



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 09, pp. 39784-39789, September, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19848.09.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

SÉRIE TEMPORAL E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Luis Afonso B. Cabral¹, Eliane Fraga da Silveira², Luiz Carlos Porcello Marrone³, Jussara Alves Pinheiro Sommer⁴ and Alice Hirdes⁵

¹ Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

² Bióloga, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

³ Médico Neurologista, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

⁴ Geógrafa, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

⁵ Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

ARTICLE INFO

Article History:

Received 22nd June 2020

Received in revised form

09th July 2020

Accepted 20th August 2020

Published online 23th September 2020

Key Words:

Atenção Primária à Saúde, Epidemiologia, Estudos de séries temporais, Sistemas de informação em saúde, Suicídio.

*Corresponding author: Alice Hirdes,

ABSTRACT

Objetivo: avaliar o perfil epidemiológico de indivíduos que cometeram suicídio no Rio Grande do Sul, no período entre 2010 e 2018. **Método:** estudo descritivo com dados sobre suicídio e variáveis sociodemográficas obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) através do programa 'Tabwin' do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Brasil. Para comparar as médias de suicídios entre sexos foi utilizado o teste t Student (nível de significância de 5%). **Resultados:** foram registrados 10.412 casos de morte por suicídio entre 2010 e 2018, com média anual de 1.156 (dp= 96,64) suicídios/ano, com o maior número (1.349) em 2017. Com 79,45% cometidos por homens. Na série histórica, 53,8% das mortes ocorreram entre 30 e 59 anos. Na faixa etária de 50 a 59 anos ocorreu o maior número de óbitos entre todos os intervalos de idade. Em 2017 e 2018 houve um aumento de suicídios de idosos. Os solteiros (43%) cometeram mais suicídios, seguidos por casados (31,1%) e pessoas de pele branca (90,46%) cometeram mais suicídios. **Conclusão:** a série histórica evidenciou a predominância de suicídios de homens, pessoas solteiras, com baixa escolaridade, com aumento entre idosos nos anos 2017 e 2018.

Copyright © 2020, Luis Afonso B Cabral et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Luis Afonso B Cabral, Eliane Fraga da Silveira, Luiz Carlos Porcello Marrone et al. 2020. "Série temporal e características sociodemográficas da mortalidade por suicídio no estado do rio grande do sul, Brasil", *International Journal of Development Research*, 10, (09), 39784-39789.

INTRODUCTION

Anualmente estima-se que mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio no mundo, essa causa de óbito é considerada a segunda causa de morte no público de 15 a 29 anos em ambos os sexos. Para mulheres e homens nessa idade significou a segunda e terceira causa de morte, nessa faixa etária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a) para cada adulto que morreu por suicídio, cerca de 20 indivíduos provavelmente estavam tentando, ou tiveram algum evento em determinado momento da vida. O suicídio impacta também na vida de familiares e de amigos, possuindo um efeito cascata nas relações pessoais, na saúde pública e na coletividade. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o "Mental Health Action Plan 2013-2020". Este plano tem como um dos seus objetivos a redução do número de suicídios no mundo por meio do

desenvolvimento e implantação de estratégias nacionais abrangentes de prevenção do suicídio, em particular sobre grupos vulneráveis. Outros objetivos envolvem a promoção da saúde mental, incluindo ações de prevenção de transtornos mentais. Como parte das propostas estava à redução em 10% do número de suicídios até 2020 nos Estados-Membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Um plano nacional de prevenção do suicídio deve incluir diretrizes para a vigilância epidemiológica, a restrição de acesso para os meios para o suicídio, as orientações para os profissionais de mídias, a conscientização da população, a capacitação de profissionais da saúde e de outras áreas, a redução do estigma e serviços de atenção à crise e de apoio aos enlutados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a, 2014b). Para a OMS os fatores de risco são indicativos de que um indivíduo, uma comunidade ou uma população é particularmente vulnerável a suicídio. Os fatores de risco podem existir em diferentes níveis, quais

sejam: o individual, o sociocultural e o contextual (fatores de risco situacionais) e em diversos pontos de interação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). No nível individual a literatura (BOTEGA, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012; SY *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b) é convergente que dentre os fatores de risco determinantes para os suicídios estão as doenças psiquiátricas, as tentativas anteriores, o abuso de substâncias, os conflitos familiares e com a própria vida. Ao nível sociocultural estão o estigma, as barreiras de acesso ao tratamento de transtornos mentais e uso de substâncias; as crenças culturais e religiosas e a exposição a comportamentos suicidas. No nível contextual as perdas de emprego e financeiras; as perdas relacionais ou sociais; o acesso aos meios; os clusters locais de suicídio que exercem uma influência contagiosa e eventos de vida estressantes aparecem como fatores de risco. Estratégias nacionais de prevenção devem identificar os grupos de risco e, ao mesmo tempo, abarcar toda a população, com vistas a mitigar o risco de suicídio em nível individual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Os programas de prevenção abrangentes de suicídio normalmente empregam uma combinação de intervenções efetivas: abordagem universal, seletiva e indicada. A abordagem universal se destina a população em geral, independente do grau de risco; a seletiva em subpopulações que são conhecidas por terem um risco elevado em função de características sociodemográficas, distribuição geográfica, prevalência de transtornos mentais e uso de substâncias.

A abordagem indicada se destina a populações já conhecidas pela vulnerabilidade ou por já terem tentado o suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Dentre as estratégias de prevenção ao nível individual estão a identificação e o tratamento de transtornos mentais e o monitoramento de pessoas que tentaram suicídio ou que estão sob risco de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A relação entre transtornos mentais, dentre os quais depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade e história de tentativas de suicídio como principais fatores de risco para o suicídio está consolidada (BOTEGA, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Ainda que alguns fatores de risco constituam características pessoais imutáveis como o sexo, a história de abuso sexual ou tentativas de suicídio, sobre outros é possível realizar estratégias de prevenção, como os transtornos mentais, estados emocionais e acesso a meios letais (BOTEGA, 2015). O aumento do número de suicídios é uma preocupação de profissionais e pesquisadores (GUNNELL *et al.*, 2020; REGER; STANLEY; JOINER, 2020) em âmbito global em razão da pandemia de COVID-19. Alguns fatores considerados de proteção, como as conexões fortes com a família e comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012) restringiram-se durante o isolamento social ou *lockdown*. O distanciamento social como um fator para a contenção de infecções pelo vírus tem um potencial efeito de aumento do risco de suicídio (REGER; STANLEY; JOINER, 2020) em razão do comportamento e pensamentos suicidas estarem associados ao isolamento social e a solidão (VAN ORDEN *et al.*, 2010). As consequências do aumento de suicídios estão na dependência da saúde pública dos países, das condições socioculturais e demográficas e da disponibilidade de suporte. Entretanto, os efeitos serão piores em países com poucos recursos e onde a adversidade

econômica é um componente para o inadequado suporte de bem estar social. Outros fatores incluem os efeitos adversos da não realização de serviços religiosos e funerais, a violência interpessoal e os imigrantes vulneráveis (GUNNELL *et al.*, 2020). No Brasil, não há um plano nacional de prevenção do suicídio, mas diretrizes gerais (BRASIL, 2006) com ações estratégicas de prevenção, promoção, tratamento e recuperação, em todos os níveis de atenção. Estas ações foram organizadas para combater esse grave problema de saúde pública, diminuindo os números desses casos, os impactos nas famílias e nas comunidades, garantido um acesso rápido e fácil, com uma rede de atenção integral, em todas as modalidades terapêuticas. O estado do Rio Grande do Sul, atendendo a recomendação da OMS de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio e, sobretudo, em decorrência do elevado número de óbitos por suicídio, instituiu o Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio, por meio do Decreto Nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016 (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL, 2016). Este Comitê tem a finalidade de elaborar e implantar a Política Estadual de Prevenção do Suicídio e congrega representantes das Secretarias da Saúde, de Comunicação; da Educação; da Segurança Pública; da Justiça e dos Direitos Humanos; do Trabalho e do Desenvolvimento Social; do Conselho Estadual de Saúde e do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPERGS).

Entretanto, mesmo com a instituição do Comitê, a realização de eventos anuais de prevenção do suicídio e capacitações para profissionais, o Rio Grande do Sul (RS) tem as taxas mais altas desse agravo no país. Esse número é quase o dobro do total de ocorrências no Brasil e, pode ser maior, devido às subnotificações, por desconhecimento por parte da sociedade que trata o assunto como tabu (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018). Assim, o objetivo do estudo é avaliar o perfil epidemiológico de indivíduos que cometeram suicídio no Rio Grande do Sul no período entre 2010 e 2018 em relação à cor/raça, gênero, faixa etária, estado civil e escolaridade.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo com utilização de bases de dados secundários para a análise da tendência temporal e do perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. As informações foram obtidas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) através do programa 'Tabwin' do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Brasil. Os dados foram selecionados de acordo com o interesse do estudo e teve abrangência da série temporal de 2010 a 2018. As informações do número de suicídios de 2019 não constam na análise porque, no período da pesquisa, não estavam completos no sistema SIM. Os dados utilizados na pesquisa foram obtidos através da busca dos óbitos incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID) com causa básica codificada na CID-10 e selecionados pelos códigos X60 até X84, fazendo referência a 'lesões autoprovocadas intencionalmente' (http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60_x84.htm). A busca foi realizada por ano e as variáveis relacionadas foram: sexo, idade, raça/cor, escolaridade e estado civil. A opção de resposta "missing" significa que este campo foi deixado em branco na hora do preenchimento, e a opção de resposta "ignorado" é uma opção de resposta válida, conforme

consta no dicionário dos dados do SIM, mas não consta o dado da variável. Para efeitos de análises os dados relacionados a estas categorias foram somados, e apresentados como 'sem informação', para evitar erros no total de óbitos. Foram calculadas porcentagens para cada variável por ano analisado, a partir dos dados processados no programa 'Tabwin', utilizando o pacote estatístico 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS® Versão 22.0). Para comparar as médias de suicídios entre sexos foi utilizado o teste t Student, considerando o nível de significância 5%. A pesquisa dispensou avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa porque utilizou bases de dados secundários. As informações obtidas para a análise são de domínio público e disponíveis para consulta pública no sítio eletrônico do DATASUS (www.datasus.gov.br), sem a possibilidade de identificação dos indivíduos.

RESULTADOS

Na análise da série histórica, 2010 a 2018, foram registrados 10.412 suicídios, para o estado do Rio Grande do Sul. A média anual foi de 1.156 (dp= 96,64) suicídios/ano considerando a totalidade em oito anos de análises. Comparando os dados ao longo do período estudado, de 2010 a 2018, ocorreu um aumento no número de casos de suicídios, e em 2012, o número de suicídios ficou acima da média anual. Entre 2013 e 2016 houve uma estabilização nos números de óbitos, com uma oscilação entre 1.142 e 1.168 suicídios, ocorrendo uma aproximação da média anual. Em 2017 o número de suicídios aumentou para 1.349, ficando acima da média histórica, esse foi o ano com o maior número de suicídios da série histórica. Em 2018, ocorreu uma queda no número de óbitos (1.241), ficando abaixo da média da série histórica (Tabela 1). Em relação ao sexo existe uma diferença significativa entre homens e mulheres ($p < 0,001$). Considerando o período estudado, 79,45% (8.272) dos suicídios foram cometidos por homens. Os homens apresentaram, ao longo dos 8 anos, uma proporção constante entre 79% e 80% dos suicídios em relação às mulheres. A razão sexual para a mortalidade (M:F) variou entre 3,6:1 (2013) e 4,1:1 (2010) (Tabela 1). Na análise do número de suicídios por faixa etária, na série histórica, registra-se que 53,8% (5.604) do total dos suicídios ocorreram entre indivíduos de 30 a 59 anos. Entretanto, especificamente, na faixa etária de 50 a 59, foram notificados 2.005 (19,3%) suicídios, correspondendo ao maior número de óbitos entre todas as faixas etárias. Em relação à média, as pessoas nas faixas etárias de 40-49 e 50-59 anos apresentaram as médias mais altas, 215,4 (dp=15,1) e 222,8 (dp=24,5) de suicídios, respectivamente. Nas faixas etárias de indivíduos idosos observou-se um aumento nos números de óbitos, principalmente nos dois últimos anos, 2017 e 2018. Na faixa etária de 70-79 anos, foram registrados 119 (11,5%) óbitos por suicídios em 2017, e observa-se um aumento em 2018, com 125 (12,1%) óbitos de idosos. O número de suicídios na faixa etária de 80 anos (ou mais), registrados foi de 60 (5,8%) e 62 (6%) óbitos, nos anos de 2017 e 2018, respectivamente (Tabela 2). Em relação ao tempo de estudo (escolaridade) e suicídio, considerando-se o período analisado, 2.212 (21,2%) dos óbitos por suicídios ocorreram com indivíduos com 4 a 7 anos de estudos, e em 1.722 (16,54%) dos registros, os indivíduos tinham de 8 a 11 anos de estudos. O menor número de suicídios (559) ocorreu em indivíduos com 12 anos de estudos. Cabe ressaltar que as informações sobre suicídios e tempo de estudos no SIM estão incompletas, com um elevado número de casos, 4.540 (43,6%), sem informação sobre a

variável escolaridade. (Tabela 3). Considerando o estado civil, 4.478 (43%) dos suicídios foram praticados pelos solteiros, e 3.244 (31,1%) por indivíduos casados. (Tabela 4). Em relação à etnia registrada, observa-se que 9.419 (90,46%) dos casos de suicídio ocorreram em indivíduos considerados brancos. (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O artigo apresenta em sua arquitetura os números de suicídios totais no Estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2010 e 2018, possibilitando uma análise de cinco variáveis: escolaridade, estado civil, idade, raça/cor e gênero. A análise da variável escolaridade apresentou uma prevalência maior em pessoas que possuem entre 4 a 7 anos de estudo. Contudo, os que responderam como não informado para essa variável, fica muito próximo da soma de todas as categorias, o que pode levar a interpretação errônea sobre a amostra, subestimando os valores reais dessa variável. Estudo realizado na Alemanha por Lewitzka *et al.* (2017) identificaram o tempo de escolaridade menor (até 10 anos de estudo) como preponderante ao suicídio. Dentre as possíveis causas estão à diminuição da capacidade de enfrentamento frente a fatores estressores como diminuição de renda, perda de emprego, reforçando que a redução do tempo de estudo, diminui a capacidade de enfrentamento ao suicídio. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (SECRETARIA DA VIGILÂNCIA SAÚDE, 2017), corroborou os resultados para a variável escolaridade, em anos de estudo, influenciando os números de suicídios.

Em relação ao estado civil, estudo realizado em Tocantins (BR), demonstrou maior risco de suicídio nos solteiros em razão de serem mais susceptíveis às agruras da vida social e emocional. A ausência de filhos também tem uma importância particular na decisão de morrer. (SOARES FILHO *et al.*, 2019; CHACHAMOVICH, KAPCZINSKI, 2001). Em contrapartida, os casados têm uma relação mais estável e em razão dos laços fraternos com filhos redução das chances e tendência ao suicídio (SOARES FILHO *et al.*, 2019). Entretanto, pesquisa realizada na cidade de Varanasi (Índia), evidenciou uma prevalência de suicídios maior em homens casados do que em solteiros, com um desfecho diferente dos achados nesse estudo. (GANGWAR; PATHAK, 2018). Para Alarcão *et al.* (2019) as pessoas nas faixas etárias com maior índice de suicídio continuam sendo aquelas com vida economicamente ativa da sociedade. Pesquisa realizada no estado do Paraná (ROSA *et al.*, 2017), região geográfica, econômica e social semelhante ao Rio Grande do Sul, reforçam os achados deste estudo. As pessoas na faixa etária entre 50-59 anos apresentaram o maior índice de suicídio e, na sequência, as pessoas situadas entre 40-49 anos. Em um somatório geral, essas duas faixas etárias correspondem por 38,20% do total da amostra, correspondendo ao período produtivo da vida ligado ao emprego e a renda. Ao mesmo tempo, o desemprego e a perda da capacidade de produção e geração de renda contribuem para o aumento dos casos de suicídios nessas faixas etárias (WANG *et al.*, 2020). Alarcão *et al.* (2019) identificaram nos jovens, as mesmas causas socioeconômicas como um fator de aumento no número de suicídios associados ao emprego, renda e educação. Pessoas auto declaradas brancas são as que mais cometem suicídio em relação a outras cores/etnias (SANTOS *et al.*, 2018). Esta relação se confirma no estado do Rio Grande do Sul, com *clusters* na serra gaúcha, Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul, com predomínio de população branca, de etnia alemã e italiana.

Tabela 1. Mortalidade por suicídio em relação ao sexo no Rio Grande do Sul entre 2010 e 2018.

Sexo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n (%)	n (%)							
Masculino	831(80,2)	832(79,8)	939(79,6)	896(78,5)	876(78,8)	908(79,6)	925(79,2)	1080(80,1)	985(79,4)
Feminino	205(19,8)	211(20,2)	241(20,4)	246(21,5)	236(21,2)	233(20,4)	243(20,8)	269(19,9)	256(20,6)
Razão Sexual	4.1	3.9	3.9	3.6	3.7	3.9	3.8	4.0	3.8
Total	1036	1043	1180	1142	1112	1141	1168	1349	1241

Tabela 2. Total de mortalidade por suicídio por faixa etária no Rio Grande do Sul entre 2010 e 2018.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total(%)	Média(dp)
	n (%)										
5-9	0	0	0	0	0	0	0	1(0,1)	1(0,1)	2(0,0)	0,2(0,4)
10-14	4(0,4)	3(0,3)	6(0,5)	6(0,5)	12(1,1)	10(0,9)	13(1,1)	5(0,4)	9(0,7)	68(0,7)	7,5(3,6)
15-19	46(4,4)	53(5,1)	41(3,5)	54(4,7)	59(5,3)	43(3,8)	37(3,2)	75(5,56)	55(4,4)	463(4,4)	51,4(11,5)
20-29	166(16,0)	161(15,4)	173(14,6)	149(13,0)	171(15,4)	146(12,8)	151(12,9)	184(13,6)	152(12,2)	1453(14,0)	161,4(13,0)
30-39	164(15,8)	152(14,6)	184(15,6)	191(16,7)	201(18,1)	183(16,0)	180(15,4)	215(15,9)	190(15,3)	1660(15,9)	184,4(18,6)
40-49	224(21,6)	196(18,8)	224(18,9)	229(20,0)	199(17,9)	221(19,4)	212(18,1)	237(17,6)	197(15,9)	1939(18,6)	215,4(15,1)
50-59	187(18,0)	195(18,7)	225(19,0)	221(19,3)	203(18,2)	227(19,9)	237(20,3)	261(19,3)	249(20,1)	2005(19,3)	222,7(24,5)
60-69	119(11,5)	142(13,6)	176(14,9)	136(11,9)	137(12,4)	161(14,1)	178(15,2)	191(14,2)	200(16,1)	1440(13,8)	160(28,0)
70-79	90(8,7)	94(9,0)	101(8,6)	106(9,3)	89(8,0)	103(9,0)	117(10,0)	119(8,8)	125(10,1)	944(9,1)	104,8(13,1)
≤80	36(3,5)	45(4,3)	50(4,2)	49(4,3)	40(3,6)	46(4,0)	43(3,7)	60(4,4)	62(5,0)	431(4,1)	47,8(8,6)
N/infor	0	2(0,2)	0	1(0,1)	1(0,1)	1(0,1)	0	1(0,1)	1(0,1)	7(0,1)	0,7(0,7)

Tabela 3. Total de mortalidade por suicídio por tempo de estudo (escolaridade) no Rio Grande do Sul entre 2010 e 2018.

Escolaridade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	total(%)
	n(%)									
1 a 3 anos	108(10,4)	156(14,9)	204(17,2)	161(14,1)	164(14,7)	147(12,9)	156(13,4)	161(11,9)	122(11,1)	1379(13,2)
4 a 7 anos	238(22,9)	213(20,4)	264(22,2)	252(22,1)	227(20,4)	237(20,8)	237(20,3)	264(19,6)	280(25,5)	2212(21,2)
8 a 11 anos	108(10,4)	140(13,4)	154(12,9)	182(15,9)	184(16,5)	188(16,5)	211(18,1)	284(21,0)	271(24,7)	1722(16,5)
12 anos e +	49(4,7)	45(4,3)	50(4,2)	61(5,3)	59(5,3)	48(4,2)	76(6,5)	99(7,3)	72(6,6)	559(5,4)
N/infor	533(51,4)	489(46,9)	508(43,5)	486(42,5)	478(43,3)	521(45,7)	488(41,8)	541(40,1)	496(39,5)	4540(43,6)

Tabela 4. Total de mortalidade por suicídio em relação ao estado civil no Rio Grande do Sul entre 2010 e 2018.

Estado Civil	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	total (%)
	n (%)									
Solteiro	472(45,6)	419(40,2)	469(39,7)	457(40,0)	508(45,7)	496(43,5)	504(43,1)	621(46,0)	532(42,9)	4478(43,0)
Casado	329(31,8)	355(34,0)	398(33,7)	357(31,3)	324(29,1)	340(29,8)	365(31,2)	398(29,5)	378(30,5)	3244(31,2)
Viúvo	74(7,1)	61(5,8)	76(6,4)	63(5,5)	64(5,8)	61(5,3)	64(5,5)	72(5,3)	72(5,8)	607(5,8)
Separ jud/divorc	82(7,9)	75(7,2)	86(7,3)	82(7,2)	87(7,8)	90(7,9)	98(8,4)	107(7,9)	86(6,9)	793(7,6)
União estável	1(0,1)	8(0,8)	20(1,7)	37(3,2)	23(2,1)	25(2,2)	31(2,6)	33(2,4)	40(3,2)	218(2,1)
Ignorado	78(7,5)	125(11,9)	131(11,1)	146(12,8)	106(9,5)	129(11,3)	106(9,1)	118(8,7)	133(10,7)	1072(10,3)

Tabela 5. Total de mortalidade por suicídio em relação à etnia/cor no Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2018.

Raça/Cor	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total(%)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Branca	959(92,6)	948(90,9)	1052(89,1)	1022(89,5)	988(88,8)	1044(91,5)	1059(90,7)	1219(90,9)	1128(90,9)	9419(90,5)
Preta	35(3,4)	43(4,1)	47(3,9)	50(4,4)	49(4,4)	36(3,2)	49(4,2)	65(4,8)	47(3,8)	421(4,0)
Amarela	0	1(0,1)	1(0,1)	1(0,1)	2(0,2)	48(4,2)	1(0,1)	1(0,1)	0	55(0,5)
Parda	36(3,5)	40(3,8)	67(5,7)	58(5,1)	59(5,3)	3(0,3)	48(4,1)	62(4,6)	51(4,1)	424(4,1)
Indígena	2(0,2)	0	1(0,1)	4(0,3)	2(0,2)	0	1(0,1)	2(0,1)	3(0,2)	15(0,1)
N/infor	4(0,4)	11(1,0)	12(1,0)	7(0,6)	12(1,1)	10(0,9)	10(0,9)	0	12(0,9)	78(0,7)

Especificamente com relação à última cidade, pesquisa realizada com pequenos agricultores de propriedades rurais, que vivem do plantio do fumo, com intenso uso de agrotóxicos, além do trabalho árduo na lavoura e a competição com a industrialização e mecanização dos plantios evidenciou a vulnerabilidade deste grupo ao suicídio. A pressão econômica, social e psicológica gerada pelo medo de perda das propriedades, a luta pela valorização e defesa do trabalho e atividade exercida, além dos costumes culturais ligados a religiosidade protestante, contribuiu para o aumento ano a ano do número de suicídios entre os descendentes alemães, nesta região do Estado (MENEGHEL; MOURA, 2018). A análise da prevalência de suicídios entre homens e mulheres foi demonstrado em um estudo internacional realizado na

Austrália por Schlichthorst *et al.* (2020) que evidenciou que homens cometem suicídio (com métodos mais letais, enforcamento e arma de fogo), três vezes mais do que as mulheres, excluindo as causas de tentativas de suicídios, achado esse corroborado por outra pesquisa realizada nos EUA (SY *et al.*, 2019). Para outros autores (CHACHAMOVICH, KAPCZINSKI, 2001) a relação homens/mulheres para suicídios consumados é de 4:1. Cabe ressaltar que a prevalência de suicídios em homens decorre, sobretudo, em razão dos meios utilizados, o poder de letalidade dos métodos deve ser contraposto à presteza de resgate e à viabilidade de tratamentos das pessoas que tentam se matar. No caso de pesticidas, uma tentativa de suicídio na zona rural envolve maior risco de morte nos lugares desprovidos de serviços de saúde (BOTEGA, 2015).

Além da letalidade dos meios utilizados, um mecanismo complexo de fatores faz com que homens cometam suicídio três vezes mais que as mulheres, relacionados principalmente com causas socioeconômicas. Contudo, o aumento desse número pode estar ligado às dificuldades relacionadas à masculinidade, em procurar ajuda psiquiátrica e/ou psicológica, o fortalecimento do trabalho intenso na agricultura, atividade ligada diretamente aos padrões masculinos (D'EÇA *et al.*, 2019; MENEGHEL; MOURA, 2018; PALMA *et al.*, 2020; PATEL *et al.*, 2018). Quando se analisa o público masculino idoso, estudo realizado em Manaus (AM) aponta que os idosos acima dos 60 anos tem uma tendência maior ao suicídio, superando o de mulheres que cometem esse ato. Essa pesquisa demonstra que a perda da vitalidade e as doenças crônicas são características marcantes nesses homens (COSTA; SOUZA, 2017). Outros fatores já descritos revelam que a instabilidade no emprego, os fatores estressores de vida (emprego e renda, binômios intimamente ligados), a demonstração de masculinidade, a instabilidade das indústrias, ligadas diretamente a estabilidade econômica do momento, as atividades profissionais pesadas, ocupados na sua maioria por homens e as doenças mentais prévias são as causas do maior número de suicídios nos homens (PALMA *et al.*, 2020).

Conclusão

A série histórica evidenciou que 53,8% do total dos suicídios ocorreram em indivíduos de 30 a 59 anos. Entretanto, as pessoas com idade entre 50 a 59 anos, são as que mais cometeram suicídio entre todas as faixas etárias. Em idosos, os achados são de um aumento gradual de suicídios ano a ano, particularmente nos dois últimos anos, 2017 e 2018. No que tange ao tempo de escolaridade, pessoas que possuem de 4 a 7 anos de estudo apresentaram uma prevalência maior para o suicídio, o que pode estar relacionado à menor capacidade de enfrentamento frente a fatores estressores. O resultado da variável estado civil evidencia que o percentual de suicídios é maior entre pessoas solteiras, o que vem ao encontro de outras pesquisas realizadas em âmbito mundial. No que tange a variável cor da pele, pessoas com declaração de pele branca cometeram suicídio acima do dobro das demais cores de pele. Na variável sexo, homens cometeram suicídio mais do que as mulheres, chegando a somar 80% do total da amostra. Uma limitação do estudo foi à impossibilidade de inclusão do ano de 2019 em razão da não disponibilidade dos dados completos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Brasil. Sugere-se pesquisas futuras que considerem a pandemia e o ano 2020 como fatores desencadeantes de possível aumento de casos de suicídio no mundo e, em particular, em países reconhecidos como vulneráveis considerando que recentemente o Brasil foi rebaixado à condição de país vulnerável pela Organização das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde. Tais dados poderão ser utilizados para à implantação de medidas de prevenção ao suicídio no Estado, com enfoque em clusters locais já conhecidos pela vulnerabilidade e pelo aumento do número de casos.

REFERÊNCIAS

Alarcão AC, Dell' Agnolo CM, Vissoci JR, Carvalho ECA, Staton CA, Andrade LD, Fontes KB, Pelloso SM, Nievola JC, Carvalho MD 2020. Suicide mortality among youth in southern Brazil: a spatiotemporal evaluation of

- socioeconomic vulnerability. *Braz. J. Psychiatry.* 42 1: 46-53.
- Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul 2016. Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016. Diário Oficial Eletrônico (Internet). 244.
- Botega NJ 2015. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil 2006. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde (Internet).
- Centro Estadual de Vigilância em Saúde 2018. Boletim de vigilância epidemiológica do suicídio e tentativa de suicídio. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. 1 1: 1-8.
- Costa, ALS, Souza MLP 2017. Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. *Rev. Saude Publica.* 51 121: 1-10.
- Datasus 2008. Lesões autoprovocadas intencionalmente. Brasília, DF: Ministério da Saúde (Internet).
- D'Eça Júnior A, Rodrigues LS, Meneses Filho EP, Costa LDLN, Rêgo AS, Costa LC, Batista RFL 2019. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? *Cad. Saude Colet.* 27 1: 20-24.
- Gangwar PK, Pathak MK 2018. Study of suicide among adolescent and adults in Varanasi U. P. *Int. J. Sci. Res.* 7 3: 1698-1700.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, Khan M, O'Connor RC, Pirkis J, COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration 2020. Suicide risk and prevention during the Covid-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 7 6: 468-471.
- Lewitzka U, Spirling S, Ritter D, Smolka M, Goodday S, Bauer M, Felber W, Bschor T 2017. Suicidal ideation vs. suicide attempts: clinical and psychosocial profile differences among depressed patients: a study on personality traits, psychopathological variables, and sociodemographic factors in 228 patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 205 5: 361-371.
- Meneghel SN, Moura R 2018. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. *Interface.* 22 67: 1135-1146, out./dez. 2018.
- Organização Mundial de Saúde 2012. Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura. Geneva: Organização Mundial da Saúde (Internet).
- Palma DCA, Santos ES, Ignotti E 2020. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cad. Saude Publica.* 36 4: 1-13.
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D, Collins PY, Cooper JL, Eaton J, Herrman H, Herzallah MM, Huang Y, Jordans MJD, Kleinman A, Medina-Mora ME, Morgan E, Niaz U, Omigbodun O, Prince M, Rahman A, Saraceno B, Sarkar BK, Silva M, Singh I, Stein DJ, Sunkel C, Unützer J 2018. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 392 10157: 1553-1598.
- Reger MA, Stanley IH, Joiner TE 2020. Suicide mortality and coronavirus disease 2019 - a perfect storm? *JAMA Psychiatry.* E1-E2.
- Rosa NM, Oliveira RR, Arruda GO, Mathias TAF 2017. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *J. Bras. Psiquiatr.* 66 2: 73-82.
- Santos AD, Guimarães LML, Carvalho YF, Viana LC, Alves GL, Lima ACR, Santos MB, Góes MAO, Araújo KCGM 2018. Spatial analysis and temporal trends of suicide

- mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015. *Trends Psychiatry Psychother.* 40 4: 269-276.
- Schlichthorst M, Reifels L, Krysinska K, Ftanou M, Machlin A, Robinson J, Pirkis J 2020. Trends in suicide-related research in Australia. *Int. J. Ment. Health Syst.* 14 2: 1-9.
- Schmitt R, Chachamovich E, Kapczinski F 2001. Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E eds *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, pp 149-165.
- Secretaria da Vigilância Saúde 2017. Suicídio. Saber, agir e prevenir. *Boletim epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. Ministério da Saúde. 48 30: 1-14.
- Soares Filho ES, Correia LCS, Lima PR, Gomes H, Jesus AG 2019. O suicídio no Estado do Tocantins. *Rev. Eletr. Acervo Saude.* 11 12: 1-9.
- Sy KTL, Shaman J, Kandula S, Pei S, Gould M, Keyes KM 2019. Spatiotemporal clustering of suicides in the US from 1999 to 2016: a spatial epidemiological approach. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 54 12: 1471-1482.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Junior TE 2010. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 117 2: 575-600.
- Wang MC, Lin FL, Su HH, Kuo PL 2020. Revisiting the relationship between suicide and unemployment in Mexico: evidence from linear and non-linear co-integration. *Front. Public Health.* 8 60: 1-8.
- World Health Organization 2013. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, CH: World Health Organization, 2013 (Internet).
- World Health Organization 2014a. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva, CH: World Health Organization (Internet).
- World Health Organization 2014b. *Preventing suicide: a global imperative. Executive summary*. Geneva, CH: World Health Organization (Internet).
- World Health Organization 2018a. *Mental health atlas 2017*. Geneva, CH: World Health Organization (Internet).
- World Health Organization 2018b. *Preventing suicide: a community engagement toolkit*. Geneva, CH: World Health Organization (Internet).
- World Health Organization 2019. *Suicide in the world: global health estimates*. Geneva, CH: World Health Organization (Internet).
