

Valéria da Silva Matos Lima
valeriasilvamattos@gmail.com

Enfermeira, Residente em Terapia Intensiva pela SES-DF

Daniele Oliveira de Lima
enfermeiradanieleoliveira@gmail.com

Enfermeira.

Nathalia Rocha de Sousa Lima
nathaliarochoa9495@gmail.com

Enfermeira.

Daiane Alves de Carvalho
Daianealcar11@gmail.com

Enfermeira, Residente em Terapia Intensiva pela HAS-RJ

Arlsônia Santana Souza
arisllanya98santanna@gmail.com

Enfermeira, Residente em Terapia Intensiva pela HAM-AM

Felipe Souza Nery
enf.felipe.nery@gmail.com

Doutor em ciências e docente do curso de Enfermagem da FADBA e UEFS



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

EVOLUÇÃO TEMPORAL DAS TAXAS DE SUICÍDIO ENTRE TRABALHADORES BAIANOS

*TEMPORAL EVOLUTION OF SUICIDE RATES AMONG
BAHIA WORKERS*

RESUMO

Introdução: O suicídio é um grave problema de saúde pública no mundo e estudos apontam sua relação com a ocupação, visto que o desemprego ou fatores atrelados a condições de trabalhos, podem constituir em agravantes. **Objetivo:** Descrever as características da mortalidade por suicídio e seus aspectos sociodemográficos, bem como sua relação com a ocupação e tendência temporal no estado da Bahia entre os anos de 2010 a 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal, do tipo série temporal, utilizando dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade, segundo sexo, raça/cor da pele, tipo de ocupação, faixa etária e escolaridade, com análise de tendência por meio da regressão de Prais-Winsten. **Resultados:** 3.888 suicídios foram registrados na população estudada, com maior proporção no sexo masculino, representando 81,3%, sendo que 42,9% de todos os suicídios foram de trabalhadores agropecuários. Quanto à tendência temporal, houve variação de 4,04 suicídios/100.000 habitantes em 2010 para 5,21 em 2017, apresentando tendência crescente, com média de crescimento de 2,50% ao ano. **Conclusão:** Entende-se que a problemática da autoagressão deve ser discutida por órgãos públicos, em busca de meios funcionantes para minimização do agravo, com enfoque nos grupos mais vulneráveis, de forma a considerar com maior prioridade as ocupações.

PALAVRAS-CHAVE:

Suicídio; Trabalho; Estudos de Séries Temporais; Mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a serious public health problem in the world and studies indicate its relationship with occupation, since unemployment or factors linked to working conditions may constitute aggravating factors. **Objective:** To describe the characteristics of mortality from this cause and its sociodemographic aspects, as well as its relationship with occupation and temporal tendency in the state of Bahia between the years 2010 to 2017. **Methods:** It's about a longitudinal study, of the type time series, using secondary data from the Brazil Mortality Information System, according to sex, race/skin color, type of occupation, age group and education level, with tendency analysis using the Prais-Winsten regression. **Results:** 3,888 suicides were recorded in the population studied, with a higher proportion in males, representing 81.3%, where 42.9% of all suicides were of agricultural workers. As for the temporal tendency, it varied from 4.04 suicides/100,000 inhabitants in 2010 to 5.21 in 2017, showing an increasing tendency, with an average growth of 2.50% per year. **Conclusion:** It is understood that the problem of self-aggression should be discussed by public administration, in search of functional means to minimize the problem, with a focus on the most vulnerable groups, in order to consider occupations with a higher priority.

Keywords: Suicide; Work; Time series studies; Mortality.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um grave problema de saúde pública no mundo e estudos apontam sua relação com a condição ocupacional. A privação de trabalho, demissões e longa permanência em situação de desemprego aumentam o risco para descontroles psicopatológicos, podendo ocasionar em possíveis suicídios⁽¹⁾. Atualmente predomina uma realidade de trabalho com características segmentadas, flexível, apresentando grande precarização e com altas taxas de desemprego, convergindo para transtornos nas relações sociais e emocionais. Tal cenário contribui também com atos de violência, estímulo à competitividade e à falta de empatia, cujos fatores funcionam como desencadeantes de novas patologias responsáveis pelo aumento de suicídios no território brasileiro⁽²⁾.

Um aumento na mortalidade por autoagressão foi percebido ainda em momentos de crise financeira e com altas taxas de desocupação e desemprego⁽³⁾. Sendo um fenômeno complexo, sua multifatorialidade é extremamente abrangente, podendo estar associado às questões tanto individuais como sociais. A combinação desses fatores pode tornar o indivíduo mais vulnerável a essa ação⁽³⁾.

Na Grécia antiga, o suicídio era considerado um atentado à sociedade, pois afetava a estrutura comunitária, e, por isso, ao suicida eram negadas as honras da sepultura, assim como era cortada a sua mão e enterrada separadamente. Nesse contexto, o Estado tinha o poder de vetar ou autorizar um suicídio, bem como induzi-lo⁽⁴⁾. A modernidade, resultante dos processos de civilização, permitiu aos indivíduos o desenvolvimento de mecanismos para o controle das emoções e possibilitou que tivessem maior poder de decisão sobre sua vida, seu corpo, suas escolhas e caminhos a trilhar, a partir de experiências vividas individualmente⁽⁵⁾.

Anualmente, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio no mundo, representando a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no ano de 2016, ocorrendo particularmente em países de baixa e média renda⁽⁶⁾. No Brasil, o suicídio se encontra classificado como

a terceira causa de óbito por fatores externos. Entre 2007 a 2015, foram registrados 77.373 suicídios; dentre todos os grupos ocupacionais analisados no período, destaca-se o crescimento da mortalidade por suicídio dos trabalhadores da agropecuária e da indústria, sendo que em 2015 foram estimados 20,5 suicídios/100.000 habitantes agropecuários e 14,2, suicídios/100.000 habitantes industriários⁽⁷⁾. Tornando-se um grave problema social e de saúde pública, principalmente para a população masculina economicamente ativa⁽⁷⁻⁹⁾.

Entre as regiões brasileiras, metade dos casos concentra-se no Sudeste, enquanto no Sul percebem-se os maiores coeficientes de mortalidade por essa causa. Porém, quando avaliada a evolução da mortalidade por suicídio, tem-se maior crescimento nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, expressando aumentos de 130% e 68%, respectivamente, entre os anos 1980 e 2006⁽¹⁰⁾. Portanto, embora o suicídio seja mais frequente nas áreas mais desenvolvidas do país, há um crescimento significativo nas regiões em desenvolvimento, a exemplo da região Nordeste, onde 40% dessas mortes se concentram nos estados da Bahia e do Ceará⁽¹¹⁾.

Tanto o desemprego prolongado ou o episódio da perda do emprego, como fatores atrelados a condições de trabalhos específicas, podem constituir em agravantes de modo isolado ou em interação para a ocorrência do suicídio. Isso porque podem desencadear desalento, depressão ou, de certa forma, agirem como psicoestressores ocupacionais⁽⁷⁾.

Em situações mais raras, o adoecimento em massa da população diante de um contexto epidêmico pode fazer com que governos tomem medidas de distanciamento social, possibilitando assim, o agravamento econômico, o desemprego, o isolamento e a diminuição da coesão social, aspectos esses que têm fortes relações com o adoecimento mental, principalmente elevando o risco substancialmente do surgimento de depressão⁽¹²⁾. Efeitos a longo prazo também são possíveis, pois existe o potencial de aversão às repercussões públicas, exacerbadas pelo impacto do surto em setores da economia, em que esses surtos e crises econômicas podem levar a um aumento nas taxas de desemprego e a uma perspectiva crescente no número de suicídios⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O conjunto dessas condições pode possibilitar situações de violência, assédio ou mesmo o contato com substâncias químicas que produzem alterações no funcionamento neuroquímico, o que pode gerar transtornos mentais ou neurológicos, suscetibilizando o indivíduo a ideias suicidas⁽⁷⁾. Estas circunstâncias, juntamente com situações de vulnerabilidade, como barreiras no acesso à saúde, desproteção social, desassistência ou experiências crônicas de violência institucional, doméstica ou na vizinhança, aumentam o risco de autoagressão⁽⁷⁾.

Frente ao cenário atual, em que sobressai a precarização das condições trabalhistas e a falta de acesso a empregos, o trabalho tem sido uma variável responsável pelo sofrimento e adoecimento do trabalhador, uma vez que situações específicas deste ambiente, como carga excessiva, pouca significação e autoritarismo podem estar relacionadas ao suicídio⁽³⁾. O que torna de grande importância "a identificação precoce do público vulnerável, com a finalidade de se adotarem medidas preventivas ao ato fatal"⁽⁹⁾.

Assim, o presente estudo tem como finalidade descrever as características da mortalidade por suicídio e seus aspectos sociodemográficos, bem como sua relação com a ocupação e tendência temporal, no estado da Bahia, entre os anos de 2010 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, do tipo série temporal, realizado através da análise das taxas de suicídio do estado da Bahia, observadas no período de 2010 a 2017.

As taxas foram calculadas a partir dos dados referentes aos óbitos de residentes no estado da Bahia cuja causa básica foi codificada no grupo das “Lesões autoprovocadas intencionalmente” da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID-10), entre os códigos X60-X84, obtidos do SIM do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados foram obtidos a partir do acesso às declarações de óbitos utilizando as causas bases especificadas acima, enquanto que os dados populacionais, segundo ano e sexo, foram obtidos através da estimativa oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram considerados óbitos de pessoas com idade igual ou maior a 14 anos e analisados segundo sexo, escolaridade, estado civil, faixa etária, e raça/cor. A variável ocupação foi decifrada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), utilizando as classificações dos grandes grupos ocupacionais. Para fins de análise foram unificados os dois grandes grupos de trabalhadores de produções de bens e serviços industriais, enquanto os demais se mantiveram como especificado na CBO.

Ressalta-se que os arquivos do SIM foram baixados em formato “.dbc”, acessados com o auxílio do aplicativo TABWIN – software próprio do DATASUS, posteriormente convertido em “.dbf” e, em sequência, em formato “.csv”. Este último permitiu o acesso às declarações de óbito por meio do aplicativo Microsoft Excel. O banco foi depurado conforme variáveis de interesse. O software SPSS versão 23.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), foi utilizado para armazenamento e análise dos dados.

Para análise de série temporal das taxas de suicídio, foi empregado o modelo de regressão linear com correção da autocorreção temporal de Prais-Winsten, com auxílio do aplicativo STATA, para Windows, versão 12.0. Pontua-se que, para significância estatística, foi adotado p-valor < 0,05.

O presente estudo está em acordo com as normas éticas para a pesquisa científica no Brasil, respeitando a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que o isenta de apreciação ética por utilizar dados secundários de domínio público e acesso livre.

RESULTADOS

No estado da Bahia, entre 2010 e 2017, foram identificados 3.888 suicídios na população acima de 14 anos. A maior proporção de óbitos ocorreu no sexo masculino, representando 81,3% com média de 395,3 (desvio padrão = 47,1) suicídios por ano. Observou-se maior frequência entre os indivíduos na faixa etária de 20 a 39 anos (43,5%) e de raça/cor da pele parda (72,6%). Ao se consultar a escolaridade, notou-se maior proporção de pessoas com baixa escolaridade. Quanto ao estado civil, identificou-se uma maior frequência de solteiros (66,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição percentual das variáveis sociais e demográficas de suicídios de residentes, com idade acima de 14, no estado da Bahia, Brasil, 2010 a 2017.

VARIÁVEIS	2010		2017		TOTAL		MÉDIA	DESVIO PA-DRÃO	AMPLITUDE
	n	%	n	%	n	%			
Sexo									
Masculino	336	78,5	494	82,6	3.162	81,3	395,3	47,1	158
Feminino	92	21,5	104	17,4	726	18,7	90,8	9,0	12
Faixa etária (n = 3.886)									
14 a 19 anos	29	6,8	45	7,5	251	6,5	31,4	7,1	16
20 a 39 anos	197	46,0	236	39,5	1.692	43,5	211,5	20,1	39
40 a 59 anos	139	32,5	210	35,1	1.287	33,1	160,9	24,0	71
60 a 79 anos	52	12,1	97	16,2	567	14,6	70,9	17,5	45
80 anos ou mais	11	2,6	10	1,7	89	2,3	11,1	2,1	-1
Raça/cor (n = 3.756)									
Branca	59	14,7	66	11,2	534	14,2	66,8	9,8	7
Preta	49	12,2	76	12,9	483	12,8	60,4	11,1	27
Amarela	-	-	2	0,3	10	0,3	2,0	0,6	2
Parda	294	73,1	446	75,6	2.726	72,6	340,8	52,2	152
Indígena	-	-	-	-	3	0,08	1,0	0,0	0
Escolaridade (n = 3.043)									
Nenhuma	38	12,1	58	12,0	362	11,9	45,3	8,8	20
de 1 a 3 anos	78	24,8	125	25,8	960	31,5	120,0	18,5	47
4 a 7 anos	125	39,8	154	31,8	896	29,5	112,0	25,5	29
8 a 11 anos	59	18,8	117	24,2	625	20,5	78,1	18,6	58
12 anos e mais	14	4,5	30	6,2	200	6,6	25,0	9,5	16
Estado civil (n = 3353)									
Solteiro	265	69,9	346	68,0	2.222	66,3	277,8	35,5	81
Casado	91	24,0	126	24,8	893	26,6	111,6	12,8	35
Viúvo	14	3,7	16	3,1	109	3,3	13,6	1,7	2
Divorciado	9	2,4	21	4,1	129	3,8	16,1	5,0	12

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2010-2017. Elaboração dos autores (2019).

De acordo com a Tabela 2, o enforcamento foi a principal escolha para cometer o suicídio. Em todos os anos observados, mais da metade dos suicídios foram cometidos dessa forma, variando de 53,0% em 2010 para 63% em 2017. Seguido do enforcamento, a intoxicação e o uso de arma de fogo foram os mais frequentes, representando, respectivamente, 16,4% e 8,4% de todos os suicídios.

Vale destacar que a precipitação foi uma das formas utilizadas por 171 suicídios e que o uso de um objeto cortante, penetrante ou contundente (arma branca) também foi um recurso aplicado. Os meios menos frequentes foram as mortes por explosivos/fogo e por afogamento.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos meios utilizados para cometer o suicídio de residentes com idade acima de 14, Bahia, Brasil, 2010 a 2017.

MEIO UTILIZADO	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enforcamento	226	53,0	255	59,0	297	63,0	305	63,0	263	59,0	323	65,0	346	66,0	377	63,0	2.392	61,5
Intoxicação	96	22,0	95	22,0	89	19,0	72	15,0	69	16,0	64	13,0	73	14,0	81	14,0	639	16,4
Armas de Fogo	44	10,0	25	5,8	39	8,2	42	8,6	43	9,7	38	7,6	34	6,5	62	10,0	327	8,4
Precipitação	15	3,5	15	3,5	18	3,8	18	3,7	20	4,5	27	5,4	34	6,5	24	4,0	171	4,4
Impacto ^a	20	4,7	17	4,0	10	2,1	13	2,7	13	2,9	14	2,8	12	2,3	18	3,0	117	3,1
Arma branca ^b	13	3,0	14	3,3	07	1,5	11	2,3	14	3,1	13	2,6	16	3,0	12	2,0	100	2,6
Explosivos/ Fogo	06	1,4	03	0,7	08	1,7	15	3,1	17	3,8	17	3,4	08	1,5	17	2,8	91	2,3
Afogamento	08	1,9	05	1,2	05	1,1	12	2,5	06	1,3	4	0,8	04	0,8	07	1,2	51	1,3
Total	428		429		473		488		445		500		527		598		3.888	

Nota: ^aImpacto com objeto em movimento, como por exemplo, jogar-se na frente de um carro em movimento. ^bUso de objeto cortante, penetrante ou contundente.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2010-2017. Elaboração dos autores (2019).

A respeito da distribuição percentual das ocupações, conforme Tabela 3, a proporção de suicídios cometidos por agropecuários foi superior em relação a todas as outras categorias, resultado observado em todos os anos da série. Em 2010, por exemplo, 42,9% de todos os suicídios cometidos em pessoas acima de 14 anos, no estado, eram trabalhadores agropecuários.

A segunda categoria com maior frequência de suicídio esteve relacionada a trabalhadores da classe de produção de bens e serviços industriais. Destaca-se que os resultados dos números de suicídios nas categorias aposentados e estudantes exibiram discretas oscilações nos anos observados. Já as ocupações de serviços administrativos, desempregados e agentes de segurança públicas apresentaram as menores proporções de casos.

Tabela 3 – Distribuição percentual das ocupações segundo suicídio de residentes com idade acima de 14, Bahia, Brasil, 2010 a 2017.

OCUPAÇÕES	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Agropecuários ^a	119	42,9	137	47,2	139	49,1	147	44,9	120	34,3	134	34,0	149	34,4	169	36,5	1.114	39,5
Produção de bens e ^b serviços industriais	28	10,1	35	12,0	43	15,2	36	11,0	71	20,3	71	18,0	62	14,3	79	17,1	425	15,1
Aposentado	35	12,7	12	4,1	21	7,4	45	13,8	37	10,6	44	11,2	41	9,5	45	9,7	280	9,9
Estudante	26	9,4	25	8,6	18	6,4	19	5,8	21	6,0	30	7,6	29	6,7	32	6,9	200	7,1
Vendedores	19	6,8	14	4,8	17	6,0	21	6,4	20	5,7	22	5,6	46	10,6	36	7,8	195	6,9
Dona de Casa	18	6,5	15	5,2	21	7,4	22	6,7	20	5,7	17	4,3	18	4,2	15	3,2	146	5,2
Técnicos/nível médio	06	2,2	17	5,9	07	2,5	10	3,1	17	4,8	15	3,8	24	5,6	36	7,8	132	4,7
Ciências e artes	04	1,4	10	3,5	06	2,1	13	4,0	18	5,1	22	5,6	23	5,3	14	3,0	110	3,9

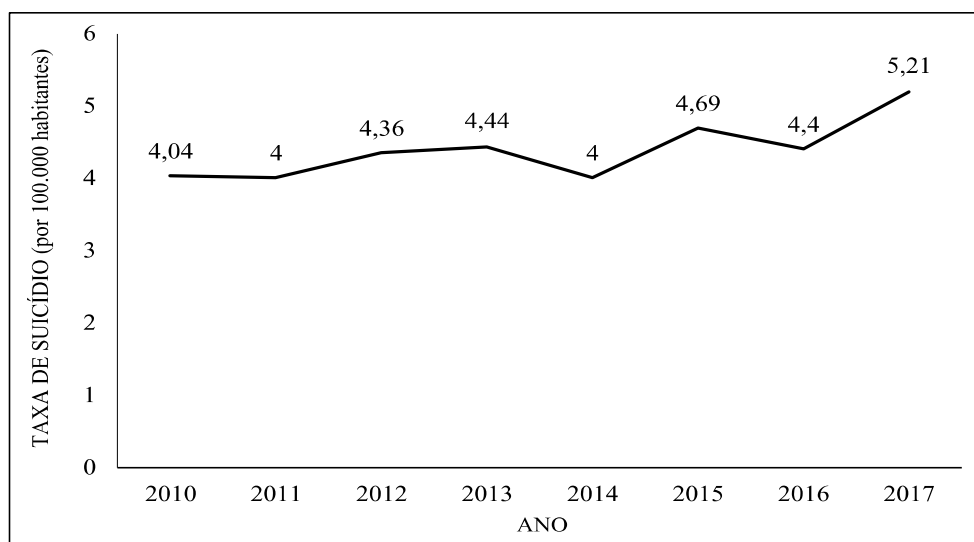
Poder público ^c	09	3,3	13	4,5	04	1,4	08	2,5	07	2,0	19	4,8	08	1,8	15	3,2	83	3,0
Manutenção/reparação	06	2,2	04	1,4	02	0,7	01	0,3	09	2,6	09	2,3	10	2,3	15	3,2	56	2,0
Serviços administrativos	05	1,8	04	1,4	03	1,1	-	-	04	1,1	07	1,8	13	3,0	-	-	36	1,3
Desempregado	-	-	02	0,7	02	0,7	03	0,9	02	0,6	04	1,0	08	1,8	04	0,9	25	0,9
Agentes da segurança pública ^d	02	0,7	02	0,7	-	-	02	0,6	04	1,2	-	-	02	0,5	03	0,7	15	0,5
Total		277	290	283	327	350	394	433	463	2.817								

Nota: ^a Incluindo trabalhadores florestais, da caça e pesca. ^b Foram agrupados tanto os trabalhadores de sistemas de produção discretos quanto trabalhadores contínuos, que lidam com a forma do produto e que lidam mais com seu conteúdo químico-físico respectivamente ^c Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes. ^d Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2010-2017. Elaboração dos autores (2019).

Em relação à análise de tendência temporal das taxas de suicídio, houve variação de 4,04 suicídios/100.000 habitantes em 2010 para 5,21 em 2017, representando um aumento absoluto de 1,17 suicídios /100.000 habitantes e apresentando tendência crescente, com média de crescimento de 2,50% ao ano (IC95%: 1,25% - 3,77%, p-valor = 0,003), resultado este estatisticamente significativo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Tendência temporal das taxas de suicídio na população ocupada, com idade acima de 14 anos, segundo os anos de 2010-2017 no estado da Bahia.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2010-2017, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Elaboração dos autores (2019).

DISCUSSÃO

Entre os elementos avaliados no perfil demográfico, a variável de sexo Masculino obteve maior destaque com uma porcentagem significativa quando comparada ao gênero feminino. A masculinidade, por vezes, é pautada por um ideal hegemônico, no qual, para possuir êxito, uma dupla virilidade necessita ser alcançada: o sucesso laboral e sexual⁽¹⁵⁾. O contraste encontrado

nesta pesquisa entre os gêneros pode ser explicado por diversas condições, desde a impossibilidade do alcance ou a perda desta dupla virilidade que, por consequência causa sofrimento, como também pela pressão para o desempenho da masculinidade, do estímulo social para a competitividade, impulsividade e o acesso facilitado a armas de fogo ou outras ferramentas letais. Essa conjuntura expõe o gênero masculino a maiores riscos de autoagressão⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Assim como os dados encontrados no Brasil, a maioria dos países apresenta essa relação entre a violência autoinfligida e a população masculina, com exceção da China e Índia⁽¹⁷⁾. Estudos afirmam que apesar da frequência persistir entre os homens, as mulheres são propensas a tentar o suicídio, porém as tentativas masculinas ocorrem com maior êxito⁽¹⁶⁾. De maneira abrangente, observa-se que as mulheres, ao praticarem o ato, utilizam meios com baixo grau de letalidade, o que pode evidenciar mais um desejo de comunicar determinada angústia ou de mudar o meio social vivente do que de morrer, enquanto que, por sua vez, o público masculino apropria-se de métodos com alto grau de letalidade, expondo esse paradoxo de gênero⁽¹⁸⁾.

O estudo evidenciou padrões já presentes nas literaturas quanto à associação entre suicídio e ocupação. Agricultores, servidores industriários, aposentados e estudantes ocupam as posições mais relevantes entres os trabalhadores mais prevalentes quanto ao ato suicida, corroborando com várias regiões do Brasil, principalmente referente à ocupação agropecuária^(7,13,19,23).

Várias localidades no mundo corroboram com a relação entre a agropecuária e o suicídio⁽²⁰⁾. Apesar de não haver uma explicação específica para essa associação, entende-se que o suicídio se trata de um fenômeno complexo e multifatorial^(7,21). Assim, evidenciam-se como fatores correlacionados ao suicídio a baixa renda, instabilidade no emprego, pressão por produtividade, acesso limitado às redes de saúde e educação, além da exposição a substâncias químicas, como as presentes em agrotóxicos. Tais substâncias podem agir desregulando tanto o sistema endócrino como o sistema nervoso central, ocasionando diversos transtornos mentais e neurodegenerativos que contribuem para o suicídio⁽⁷⁾.

A lógica capitalista vem sendo inserida na população em geral, promovendo um impacto maior no meio rural ao proporcionar diversas transformações, um processo que, em grande escala, chama-se de desruralização. Nele, a conexão do trabalhador rural com a terra é desfeita, gerando sofrimentos, além de desempregos⁽²²⁾.

Os dados evidenciaram também baixa escolaridade para o número de pessoas que cometeram suicídio no período de 2010 a 2017, além de o grupo com idade de 20 a 39 anos formar a faixa etária mais acometida, encontrando valores altos também na faixa etária de 40 a 59 anos e na terceira idade. Outros autores citam as idades encontradas no estudo^(11,16), porém algumas divergências foram encontradas quanto aos idosos possuírem maiores taxas de mortalidade em algumas localidades⁽²³⁾. No Brasil, trabalhos focados na dimensão geográfica nacional sobre o suicídio entre os idosos mostram que esse autoflagelo tem acometido números crescentes em relação a esta população⁽²⁴⁾. O fator escolaridade diminuída pode ser argumentado por implicar na situação de empregabilidade e influenciar na sua autoavaliação, autoestima e interações sociais⁽¹⁷⁾.

Apesar desta pesquisa não apresentar altas taxas de suicídio em desempregados, estudos afirmam uma forte ligação entre ambos. A universidade de Zurique financiou um estudo englo-

bando dados da Organização Mundial da Saúde - OMS sobre mortalidade em 63 países que apontam o desemprego como fator associado a cada uma em cinco mortes por suicídio, com 20 a 30% de risco relativo relacionado à falta de emprego em todas as regiões do mundo. Desse modo, evidencia-se que questões financeiras e baixa produtividade geram vulnerabilidades em pessoas em grupos de riscos⁽²⁵⁾.

Essas questões acima citadas podem ser motivos de preocupação para os próximos anos no Brasil. A partir de março de 2020, foi discutida no país a possibilidade da inserção do fechamento das cidades em massa (lockdown), ou restrição de mobilidade social (isolamento vertical ou horizontal) para contenção da transmissão do Sars-Cov2, vírus responsável pela pandemia COVID-19 (Corona Virus Disease 2019). Todavia, ocorre uma exposição à vulnerabilidade, dado que o país não possui um plano de mobilização e contingência para o distanciamento social em massa, com o agravante de que se tem visto uma imparcialidade política e social sobre as medidas de isolamento e de soluções econômicas⁽²⁶⁾.

Essa instabilidade econômica secundária à crise sanitária têm provocado em alguns grupos sociais, em especial pessoas de baixa renda, o desespero e o medo, com vistas ao desemprego eminente, cortes de salários e privação de trabalhos não registrados, que são essenciais para a sobrevivência. Esse contexto torna tais pessoas vulneráveis a pensamentos ou atos suicidas, assim como os pequenos empresários, produtores e agropecuários, que são totalmente dependentes da circulação do comércio livre para a vida útil do seu negócio⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Nesse âmbito emergencial, definido como estado de calamidade pública, o Governo Federal, por meio da Medida Provisória (MP) nº 936, de 1º de abril de 2020, instituiu o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda. Este programa dispõe também sobre medidas trabalhistas complementares, com o intuito de proteger e assegurar à população, evitando demissões em massa e preservando emprego e renda durante a crise provocada pela pandemia⁽²⁸⁾.

A MP 936/2020 permite redução da carga horária e salários, suspensão de contrato de trabalho dos funcionários, além de prever o pagamento do Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda para trabalhadores afetados por estas medidas, tendo como base o valor mensal do seguro-desemprego a que o empregado teria direito. Estabelece também ao empregado com contrato de trabalho intermitente formalizado um valor mensal de R\$600,00⁽²⁸⁾.

Quanto às medidas de prevenção a nível governamental específicas para o suicídio, o Brasil tem adotado certas providências, como a criação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, através da Portaria nº 1.876/2006. Esse documento foi publicado com instruções que tem como objetivo diminuir tentativas de suicídio, respectivamente decrescendo o número de óbitos por esta causa⁽²⁹⁾.

O presente trabalho também evidenciou que o enforcamento é o meio mais utilizado para o suicídio, seguido de intoxicações e lesões por armas de fogo. Esses dados encontram-se em concordância com resultados relacionados ao Brasil, onde a OMS propõe estratégias para promover restrições de meios de praticar o suicídio, dentre essas, destaca-se o controle do acesso ao uso de agrotóxicos e pesticidas, assim como de armas de fogo. Por sua vez, a detecção precoce da pessoa em risco de enforcamento ou estrangulamento torna-se essencial, por serem métodos de difícil

controle⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Embora este trabalho não tenha examinado taxas de subnotificação, estudos mostram que essa questão é um fator limitante para várias pesquisas, de forma a camuflar números entre registros de homicídios, acidentes e outras causas de morte⁽³⁰⁾. No entanto, mesmo à luz de subnotificações, na Bahia as taxas vêm aumentando, e este aspecto pode ser reflexo não apenas do crescente número de óbitos, mas também de possíveis melhorias no preenchimento das declarações de óbitos, em virtude da melhor identificação e classificação do suicídio como causa base⁽¹¹⁾.

Embora as políticas de ações de prevenção do suicídio ainda sejam insuficientes, programas de qualidade de vida dentro das empresas devem ser estimulados para que sejam aderidas ações de prevenção voltadas às populações vulneráveis, como o sexo masculino. Este, por muitas vezes, tem menor liberdade para verbalizar suas queixas ou disposição para tratar-se, atentando para o fato de que um acolhimento efetivo e um correto encaminhamento depende também da desestigmatização das doenças mentais e do fortalecimento de redes de apoio⁽⁷⁾. Contudo, é importante frisar que as medidas preventivas devem se concentrar ainda mais em momentos economicamente estáveis do que em momentos de crise, pois em períodos instáveis há menor disposição de recursos⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, percebe-se que o ato suicida ainda permeia em valores elevados na população baiana, conforme se observa em razão de o último ano analisado ter apresentado a maior taxa. Essa informação torna-se de grande relevância, pois permite afirmar que políticas públicas e programas aderidos à causa ainda não têm obtido a eficácia necessária.

Com a evidência clara que a população masculina, em especial, trabalhadores rurais, são o público com maior grau de vulnerabilidade, constata-se que a intensificação de ações preventivas e disseminação de conhecimentos necessários para um maior entendimento sobre causas e meios de prevenção podem ser de grande valia. É preciso considerar, ainda, que muitas vezes a sociedade age com receio ao lidar com o termo suicídio.

O período de crise em que a população brasileira se encontra, em decorrência da pandemia COVID-19, promove um agravamento de fatores de risco já existentes para o suicídio, como o aumento da ansiedade, depressão e outros transtornos mentais, que podem ser atribuídos ao medo, instabilidade financeira e isolamento social. Dessa maneira, é cabível considerar que as medidas emergenciais aderidas pelo governo são necessárias para garantia da segurança da população e atenuar as taxas de suicídio a médio e longo prazo. Os autores sugerem a necessidade que novos estudos sejam conduzidos após a pandemia, para avaliar o efeito nas taxas de suicídio no país.

É importante frisar sobre a subnotificação das informações evidenciadas durante a obtenção dos dados relacionadas à ocupação e à circunstância do óbito. Portanto, medidas voltadas para o incentivo do preenchimento correto do referido documento é essencial para que a dimensão dessa problemática seja, de fato, conhecida.

REFERÊNCIAS

1. Dejours C, Bégue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Brasília: Paralelo 15; 2010.
2. Andrade CB, Casulo AC, Alves G, organizadores. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da Era Neoliberal. Bauru: Projeto Editorial Praxis; 2018. Ciênc Amp Saúde Coletiva. 2019 Dez; 24(12):4739–42. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25052019
3. Ceccon RF, Meneghel SN, Tavares JP, Lautert L. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. Ciênc Amp Saúde Coletiva, 2014 Jul;19(7):2225–34. DOI: 10.1590/1413-81232014197.09722013.
4. Dantas DS. A significação da morte voluntária. Lumina [citado 15 de maio de 2020]. 2005;8(1/2):47-61 Disponível em: <https://silو.tips/download/a-significacao-da-morte-voluntaria-estudo-sobre-o-papel-da-midia-em-suicidios-con>
5. Brandão WO, Ferreira EA, Sussuarana AC. O suicídio no contexto dos processos de civilização. Pr Rev Eletrônica Humanidades Curso Ciênc Sociais UNIFAP. 2016 Jun;8(2):229–245. Disponível em: [file:///C:/Users/natha/Downloads/1790-10286-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/natha/Downloads/1790-10286-1-PB%20(2).pdf)
6. Bastos LFCS. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Brasil - Folha informativa - Suicídio | OPAS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization/World Health Organization. 2018 [Acesso em: 3 mai. 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839.
7. Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador. Boletim Epidemiológico - Ocupação e Suicídio no Brasil, 2007-2015 [Internet]. 2019 Ago. Disponível em: http://www.ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/08/SUICIDIO_BOLETIM_CCVISATfinalFINAL.pdf. Acesso em: 13 nov. 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio [Internet]. 2018 [Acesso em: 8 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcaram-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>.
9. Moreira RMM, Félix TA, Flôr SMC, Oliveira EN, Albuquerque JHM. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. SANARE - Revista de Políticas Públicas [Internet]. 6 de outubro de 2017 [citado 18 de agosto de 2021];16(0):30–1. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1136>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: Saber, agir e prevenir [Internet]. 2017;48(30):1-13. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atend-a-sa-de.pdf>. Acesso em: 8 set. 2019.

11. Carmo ÉA, Ribeiro BS, Nery AA, Casott CA. Tendência temporal da mortalidade por suicídio no estado da Bahia. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 Abr 18;23(1): e52516. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52516>. Acesso em: 3 abr. 2020.
12. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Bin V, Fang Y, Konge J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*, 2012 jan;53(1):15–23. DOI: 10.1016 /j.comppsy.2011.02.003
13. Pedrosa NFNC, Barreira DA, Rocha DQ de C, Barreira MA. Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. *J Health Biol Sci*. 2018 Out 9;6(4):399–404. DOI:10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018
14. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* [Internet]. 2020 Fev 28;368:m313. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m313>. Acesso em: 3 mai. 2020.
15. Zanello V, Fiuza G, Costa HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal Rev Psicol*, 2015 Dez;27(3):238–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>
16. D’Eça Júnior A, Rodrigues L dos S, Meneses Filho EP, Costa LDLN, Rêgo AS, Costa LC, et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? *Cad Saúde Coletiva*. 2019 Mar;27(1):20–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010211>
17. Machado DB, Santos DN. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *J Bras Psiquiatr*, 2015 Mar;64(1):45–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
18. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 2017 Jun;17(1):234. DOI 10.1186/s12888-017-1398-8
19. Nascimento RP do, Fernandes LCC, Bento MIC, Batista DA, Santiago BM, Rabello PM. Perfil das vítimas de suicídio necropsiadas no núcleo de medicina e odontologia legal de João Pessoa - PB - Brasil. *RBOL- Rev Bras Odontol Leg* [Internet]. 2019 Dez;6(3):35-46. Disponível em: <http://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/258>. Acesso em: 3 mai. 2020.
20. Klingelschmidt J, Milner A, Khireddine-Medouni I, Witt K, Alexopoulos EC, Toivanen S, et al. Suicide among agricultural, forestry, and fishery workers: a systematic literature review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2018;44(1):3–15. DOI: 10.5271 / sjweh.3682
21. Peterson C. Suicide Rates by Major Occupational Group — 17 States, 2012 and 2015. *MMWR*

Morb Mortal Wkly Rep [Internet], 2018;67(3):57-62. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6745a1.htm>. Acesso em: 14 abr. 2020.

22. Meneghel SN, Moura R. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. *Interface - Comun Saúde Educ*, 2018 Abr;22:1135–46. DOI: 10.1590/1807-57622017.0269

23. Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro ÍJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *J Bras Psiquiatr*, 2017 Out;66(4):203–10. DOI: 10.1590/0047-2085000000172

24. Cavalcante FG, Minayo MC de S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*, 2015 Jun;20(6):1655–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>

25. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *Lancet Psychiatry*, 2015 Mar 1;2(3):239–45. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)

26. Corrêa Filho HR, Segall-Corrêa AM. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. *Saúde Debate*. 2020;44(124):5–10. DOI: 10.1590/0103-1104202012400

27. Reis-Filho JA, Quinto D. COVID-19, afastamento social, pesca artesanal e segurança alimentar: Como esses temas estão relacionados e quão importante é a soberania dos trabalhadores da pesca diante do cenário distópico [Internet]. 2020 Abr. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/54/version/58>. Acesso em: 15 mai. 2020.

28. Brasil. Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares [Internet]. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm. Acesso em: 15 mai. 2020.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Internet]. Diário Oficial da União. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 15 mai. 2020.

30. Teixeira SMO, Souza LEC, Viana LMM. O suicídio como questão de saúde pública. *Rev Bras Promoç Saúde Impr*, 2018;31(3):1–3. DOI: 10.5020/18061230.2018.8565