

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

RUAN TELES MONTEIRO

**SUICÍDIO EM CURITIBA PR E REGIÃO METROPOLITANA:
UMA ANÁLISE DE 2018 A 2021**

CURITIBA

2021

RUAN TELES MONTEIRO

**SUICÍDIO EM CURITIBA PR E REGIÃO METROPOLITANA:
UMA ANÁLISE DE 2018 A 2021**

Artigo apresentado a Especialização em Perícias Médicas, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador(a): Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

Curitiba

RESUMO

O suicídio, ato de causar a própria morte de forma intencional, é uma prática comum ao longo da história do ser humano. Em todas as épocas e formações sociais, desde a antiguidade até os dias atuais eram ora condenados ora apoiados. Esta doutrina agregou ao pensamento romano a aceitação do suicídio em determinadas situações, sempre de cunho “nobre” como a defesa da pátria. Na sociedade atual, assuntos relacionados aos suicídios são polêmicos tanto do ponto de vista religioso quanto sociocultural, uma vez que tal atitude não se encaixa nos valores morais e sociais. Em termos globais a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. No Brasil ainda há carência de dados sobre suicídios. Assim o objetivo desse estudo é analisar dados sobre suicídio na cidade de Curitiba-PR e Região Metropolitana de 2018 a 2021. Para tanto foi realizado um estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados realizadas por meio de informações contidas nos laudos periciais e resultados de exames toxicológicos realizados no período de janeiro de 2018 a março de 2021 no Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba PR. Os principais resultados foram: predomínio da depressão entre as principais doenças ou fatores relacionados ao suicídio (341, 45,2%); o enforcamento (483, 64%) e uso de armas em geral (97, 12,8%) como meio empregado para o óbito e prevalência do suicídio nas estações de primavera e verão em detrimento do outono e inverno. Em conclusão houve aumento dos casos de suicídio com o início da pandemia por Covid-19, maior número de suicídios na primavera e verão, correspondendo aos padrões descritos de estudos realizados em zonas temperadas; a depressão e o enforcamento como fatores precipitantes e meios empregados para o suicídio respectivamente.

Palavras-chave: suicídio, pandemia, sazonalidade.

ABSTRACT

Suicide, the act of intentionally causing one's own death, is a common practice throughout human history. In all eras and social formations, from ancient times to the present day, suicide has been condemned and supported. This doctrine added to Roman thought the acceptance of suicide in certain situations, always of a "noble" nature, such as the defense of the homeland. In today's society, suicide-related issues are controversial from both a religious and socio-cultural point of view, since such an attitude does not fit in with moral and social values. Globally, suicide mortality has increased 60% in the last 45 years. In Brazil there is still a lack of data on suicides. Thus, the aim of this study is to analyze data on suicide in the city of Curitiba-PR and the Metropolitan Region from 2018 to 2021. To this end, a retrospective observational study was conducted, with data collection carried out through information contained in the expert reports and results of toxicological tests performed in the period from January 2018 to March 2021 at the Forensic Medical Institute (IML) of Curitiba PR. The main results were: predominance of depression among the main diseases or factors related to suicide (341, 45.2%); hanging (483, 64%) and use of weapons in general (97, 12.8%) as means employed for death and prevalence of suicide in the spring and summer seasons to the detriment of fall and winter. In conclusion, there was an increase in suicide cases with the onset of the Covid-19 pandemic, higher number of suicides in spring and summer, corresponding to the patterns described from studies conducted in temperate zones; depression and hanging as precipitating factors and means employed for suicide respectively.

Keywords: *suicide, pandemic, seasonality.*

SUMÁRIO

1

5

5

5

6

7

7

7

14

17

18

1. INTRODUÇÃO

O suicídio, ato de causar a própria morte de forma intencional, é uma prática comum ao longo da história do ser humano. Em todas as épocas e formações sociais, desde a antiguidade até os dias atuais eram ora condenados ora apoiados como, por exemplo, na doutrina grega do estoicismo, na qual o homem não é inteiro senhor do seu destino. Esta doutrina agregou ao pensamento romano a aceitação do suicídio em determinadas situações, sempre de cunho “nobre” como a defesa da pátria. Na sociedade atual, assuntos relacionados aos suicídios são polêmicos tanto do ponto de vista religioso quanto sociocultural, uma vez que tal atitude não se encaixa nos valores morais e sociais (RIBEIRO, 2004).

Apesar de o suicídio ainda ser um assunto que gera preconceito, sabe-se hoje que a principal causa motivadora é a depressão maior, dependência ou de álcool e outras substâncias psicoativas (LESAGE et al, 1994 apud TUREKI, 1990 p. 19). Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2011), afirmam em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, que este estado de autodestruição está correlacionado a precárias condições de vida, êxodo e exposição a agrotóxicos, sendo estes responsáveis por desencadear quadros de depressão devido à ação dessas substâncias no sistema neurológico e endócrino.

Ainda existe um embate a ser desvencilhado que é o tratamento e o entendimento do sofrimento mental, já que, apesar de em alguns casos a vítima se isolar ou apresentar perda de autoestima, o mal psicológico muitas vezes se apresenta de modo invisível, sendo, por vezes mal compreendido ou ignorado. “O sofrimento orgânico é objetivável e pode-se atuar no corpo para que o tratamento ocorra. O sofrimento psicológico, por sua vez falha nesse aspecto. Ele não possui um elemento concreto onde a intervenção possa vir a acontecer” (DIAS; MOREIRA, 2011, p.84).

Desta forma, o suicídio não costuma ser abordado como doença, apesar de, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), ser uma das maiores causas de morte no mundo, considerado um dos maiores problemas de saúde da atualidade com uma extensão ainda não precisa, uma vez que, cada suicídio é uma

tragédia que afeta famílias, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás (OPAS, 2021).

Atentos a essa realidade, iniciativas internacionais e nacionais são planejadas no sentido da modificação desse quadro. A Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP), em colaboração com a OMS promove todo dia 10 de setembro de 2003, o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio (OPAS, 2021). No Brasil, diferentes ações do Ministério da Saúde são voltadas à prevenção do suicídio. Dentre elas destaca-se: o lançamento em 2006 da Portaria nº 1876, de 14 de agosto de 2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Em 2011, pela Portaria nº 3088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Em 06 de junho de 2014 a Portaria nº 1271 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, tornando as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo território nacional (BRASIL, 2014).

Entre os anos de 2014 e 2015 foram certificados 1.990 profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde em Curso EAD, parceria Ministério da Saúde e UFSC, de Crise e Urgência em Saúde Mental (UNA-SUS, 2017).

Em dezembro de 2017, a Portaria nº 3479, instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

Em termos globais a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. De acordo com registros da OMS, 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003, isso representa uma morte a cada 35 segundos (BOTEGA, 2007). Os coeficientes de mortalidade por suicídio (calculados em termos de número de mortes

por cem mil habitantes) são consideravelmente mais baixos na América do Sul do que na América do Norte e Europa (BOTEGA, 2007).

Cassorla (2018, p. 87), ao observar essa realidade no início do século XXI, pontua a complexidade dos fatores que influenciam o suicídio, uma vez que os dados apontam não existir uma relação clara entre as suas taxas e a riqueza dos países ou o nível cultural médio. Países com as maiores taxas de suicídio encontram-se na Europa Oriental, com mais de 25 suicídios a cada 100 mil habitantes por ano. Taxas consideradas médias (de 10 a 20 suicídios a cada 100 mil habitantes) foram encontradas em Canadá, Hong Kong, Dinamarca, Alemanha, Estados Unidos, Uruguai, Chile, Cuba, Finlândia e França. Taxas baixas, isto é, com menos de 10 suicídios a cada 100 mil entre países europeus mediterrâneos e países da América Latina.

No Brasil, cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida anualmente. Entre a população de 15 a 29 anos é a terceira maior causa de morte no país. A falta de atenção dada ao tema e a discriminação que a sociedade dá ao tema tornam o suicídio um problema de difícil solução. (BAHIA, 2020).

Segundo Savaris (2015) dados Coeficientes de mortalidade de Suicídio em Curitiba-PR no período de 1980 a 2015, a avaliação da série histórica das taxas de mortalidade por suicídio mostra pequenas variações ano a ano, com leve tendência a crescimento. A maior taxa foi observada em 1988 (6.6/ 100.000 habitantes). Nos últimos 10 anos a taxa média de suicídio tem girado em torno de 4,2 por 100.000 habitantes. O perfil destaca com ênfase que existe a possibilidade dos dados apresentados estarem subestimados, uma vez que, por muitas vezes, para preservar a família ou mesmo por erro de diagnóstico, os suicídios podem ser declarados no atestado de óbito como mortes por outras causas externas, em especial mortes acidentais, encobrindo assim a verdadeira extensão deste fenômeno de autodestruição que vem caracterizando a sociedade moderna (SAVARIS, 2015).

Os efeitos da pandemia por COVID-19 na economia e no sistema de saúde são dramáticos em diversos países que vivenciam, contudo, em momentos diferentes, o ápice da emergência de saúde pública em nível internacional. No entanto, à medida que alguns países começam a debelar o crescimento exponencial dos números de mortos e infectados, descortina-se para além da crise econômica, a questão da saúde

mental. É possível que no Brasil, essa questão ainda não tenha chamado a atenção da sociedade em razão do momento de esforços ainda voltados ao enfrentamento do estado de emergência em saúde pública. Ela surge como efeito colateral da própria pandemia e costuma evidenciar a invisibilidade do tema. O silêncio a respeito da depressão, ansiedade, entre outros transtornos mentais agrava o sofrimento dos pacientes que padecem de tais males e impede, não raras vezes, a busca por ajuda profissional (ALMEIDA, 2020).

Boaventura de Souza Santos aborda o agravamento da vulnerabilidade face à pandemia em sua obra “A cruel pedagogia do vírus” e afirma que: “qualquer quarentena é discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros”. Na verdade, tais grupos já “padecem de uma especial vulnerabilidade que precede a quarentena e se agrava com ela”. Esses grupos são as mulheres, trabalhadores precários informais, trabalhadores da rua, população em situação de rua, moradores nas periferias pobres das cidades, os internados em campos de internamentos para refugiados, imigrantes ou populações deslocadas internamente, os deficientes, os idosos, os presos, pessoas com problemas de saúde mental entre outros.

O comportamento suicida contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento (WERLANG, 2012). Atrelado a todas essas questões, especula-se que no último ano houve um possível aumento nos índices de suicídio devido à violência doméstica, isolamento, desemprego, solidão e sensação de medo.

No Brasil ainda há carência de dados sobre suicídios em razão da pandemia da COVID-19. Todavia, a FIOCRUZ alerta que como “as estatísticas que apontam o aumento dos casos de tentativas e suicídios após eventos extremos, identifica-se como fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, acompanhamento e posvenção, visando o bem-estar da população” (GREFF et al., 2020).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar dados sobre suicídio na cidade de Curitiba-PR e Região Metropolitana de 2018 a 2021.

2.2. Objetivos específicos

Identificar os principais meios e contextos relacionados a este;

Identificar se existe uma predominância do suicídio sazonal;

Identificar a existência de uma relação de aumento dos casos com a pandemia pelo vírus COVID-19 no intuito de fortalecer uma intervenção precoce e estimular melhorias nas ações em saúde pública.

3. MÉTODOS

Estudo analítico observacional retrospectivo, baseado em coletas de dados nos laudos periciais e resultados de exames toxicológicos realizados no período de 01/01/2018 a 31/03/2021 no Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba-PR e Região Metropolitana (RMC).

Os dados sobre sexo, data do óbito e causa mortis foram obtidos e registrados em planilha eletrônica (Microsoft Excel ®), e posteriormente conferidos e exportados para análise estatística.

A análise de dados foi realizada com o auxílio do programa computacional SPSS v.25.0. Os resultados serão expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). A análise inferencial foi realizada por meio de Testes estatísticos como Qui Quadrado e Teste Exato de Fisher. Os valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

4. RESULTADOS

4.1. Características populacionais

Os dados da população, como sexo, cor, região e ano do ocorrido podem ser verificados na tabela 1. A população analisada durante o estudo, composta por 755 pessoas, sendo 460 (60,9%) residentes de Curitiba e 295 (39,1%) residentes nas demais cidades da RMC, teve os dados coletados através do banco de dados do IML - Curitiba. A amostra continha mais homens (570, 75,5%) do que mulheres (185, 24,5%), com idades variando entre 12 e 95 anos (média 39,95, moda 23 e mediana 38) e a maior parte dos indivíduos incluídos na pesquisa foram declarados brancos (529, 70,1%). Ao longo do estudo, ninguém foi excluído do trabalho.

Tabela 1 - Características Populacionais

Variáveis	Curitiba		Região Metropolitana		
	n	%	n	%	
Idade (média)	39		36		
Sexo	Feminino	118	25,7	67	22,7
	Masculino	342	74,3	228	77,3
Raça/ cor	Branca	344	74,8	185	62,7
	Parda	100	21,7	100	33,9
	Preta	11	2,4	8	2,7
	Amarela	5	1,1	1	0,3
	Não informada	0	0	1	0,3
Ano	2018	143	31,1	52	17,6
	2019	140	30,4	87	29,5
	2020	143	31,1	133	45,1
	2021	34	7,4	23	7,8

4.2. Análise dos resultados

Dentre as cidades analisadas, Curitiba foi a que apresentou a maior parte dos casos de suicídio entre janeiro de 2018 e março de 2021 (460, 60,9%) e o dia da semana e o período de maiores ocorrências foram, respectivamente, segunda-feira (121, 16%) e das 6:00 às 17:59 horas (448, 59,3%). Assim, partindo para a examinação dos meses, pode-se constatar que a predominância de suicídios, em Curitiba, ocorreu entre os meses da primavera e verão (273 casos entre outubro e

março dos anos de 2018 à 2021, 59,3%) e pico ocorreu no mês de novembro de 2020 (20, 4,3%), porém, mesmo que dentro da região metropolitana nenhum trimestre tenha se destacado dentre os demais, o mês de pico foi janeiro de 2020 (14, 4,7%).

Em relação as características dos casos de suicídio, foi averiguado que as motivações prevalentes eram, respectivamente, o histórico de depressão (341, 45,2%) e os demais problemas psicológicos (264, 35%) como pode ser visto na tabela 02.

Tabela 02 - Características dos Casos de Suicídio - Motivação

Motivações	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Depressão	341	45,2
Problemas Psicológicos	264	35,0
Não Determinados / Outros	43	5,7
Passional	41	5,4
Usuários de Drogas	34	4,5
Esquizofrenia	21	2,8
Financeira	5	0,7
Discriminação Ideológica	2	0,3
Violência Doméstica	2	0,3
Conflito Familiar	1	0,1
Morador de Rua	1	0,1
Total	755	100,0

Já no que se refere ao meio empregado pelas vítimas, tabela 03, o enforcamento foi o mais empregado (483, 64%), sendo seguido pela utilização de armas (97, 12,8%), sendo elas de fogo ou brancas.

Tabela 03 - Identificação do Meio Empregado pela Vítima

Meio Empregado	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Enforcamento	483	64,0
Arma	97	12,8
Não determinado	56	7,4
Arremesso ao Solo	54	7,2
Overdose	35	4,6
Envenenamento	13	1,7
Carbonixado	6	0,8
Atropelamento	5	0,7
Objeto contundente	4	0,5
Afogamento	1	0,1
Asfixia Monóxido de Carbono	1	0,1
Total	755	100,0

Quanto as faixas etárias, as mais atingidas na população curitibana foram as entre os 15 e 64 anos de idade e as da região metropolitana, foram as entre os 20 e 44 anos de idade. Outro fato a ser considerado é que, levando em consideração a distribuição de faixas etárias do IBGE (de 5 em 5 anos) e a categorização da OMS, em Curitiba evidenciou-se casos de suicídio desde a pré-adolescência até a mais senescente velhice, como visto na tabela 04 e gráfico 01. Na região metropolitana, no entanto, se nota que os episódios de suicídio só abrangem até a faixa etária dos 70 aos 74 anos para as mulheres e a dos 80 aos 84 anos para os homens, tabela 05 e gráfico 02.

Tabela 04 - Identificação de Faixa Etária das Vítimas na Cidade de Curitiba PR

Faixa Etária	Sexo	Frequência (n)	Porcentagem (%)
10-14	Feminino	2	1,7
	Masculino	4	1,2
15-19	Feminino	10	8,5
	Masculino	20	5,8
20-24	Feminino	18	15,3
	Masculino	37	10,8
25-29	Feminino	14	11,9
	Masculino	42	12,3
30-34	Feminino	9	7,6
	Masculino	28	8,2
35-39	Feminino	12	10,2
	Masculino	35	10,2
40-44	Feminino	13	11,0
	Masculino	37	10,8
45-49	Feminino	9	7,6
	Masculino	33	9,6
50-54	Feminino	9	7,6
	Masculino	20	5,8
55-59	Feminino	8	6,8
	Masculino	29	8,5
60-64	Feminino	4	3,4
	Masculino	22	6,4
65-69	Feminino	4	3,4
	Masculino	9	2,6
70-74	Feminino	1	0,8
	Masculino	7	2,0
75-79	Feminino	3	2,5
	Masculino	8	2,3
80-84	Feminino	2	1,7
	Masculino	5	1,5
85-89	Feminino	0	0,0
	Masculino	3	0,9
90-94	Feminino	0	0,0
	Masculino	2	0,6
95-99	Feminino	0	0,0
	Masculino	1	0,3
Total	Feminino	118	100,0
	Masculino	342	100,0

Tabela 05 - Identificação de Faixa Etária das Vítimas na Região Metropolitana de Curitiba PR

Faixa Etária	Sexo	Frequência (n)	Porcentagem m (%)
10-14	Feminino	7	10,4
	Masculino	0	0,0
15-19	Feminino	5	7,5
	Masculino	17	7,5
20-24	Feminino	6	9,0
	Masculino	24	10,5
25-29	Feminino	7	10,4
	Masculino	25	11,0
30-34	Feminino	6	9,0
	Masculino	33	14,5
35-39	Feminino	7	10,4
	Masculino	31	13,6
40-44	Feminino	5	7,5
	Masculino	28	12,3
45-49	Feminino	9	13,4
	Masculino	18	7,9
50-54	Feminino	3	4,5
	Masculino	15	6,6
55-59	Feminino	5	7,5
	Masculino	16	7,0
60-64	Feminino	4	6,0
	Masculino	11	5,0
65-69	Feminino	2	3,0
	Masculino	5	2,2
70-74	Feminino	1	1,5
	Masculino	3	1,3
75-79	Feminino	0	0,0
	Masculino	0	0,0
80-84	Feminino	0	0,0
	Masculino	2	0,9
85-89	Feminino	0	0,0
	Masculino	0	0,0
90-94	Feminino	0	0,0
	Masculino	0	0,0
95-99	Feminino	0	0,0
	Masculino	0	0,0
Total	Feminino	67	100,0
	Masculino	228	100,0

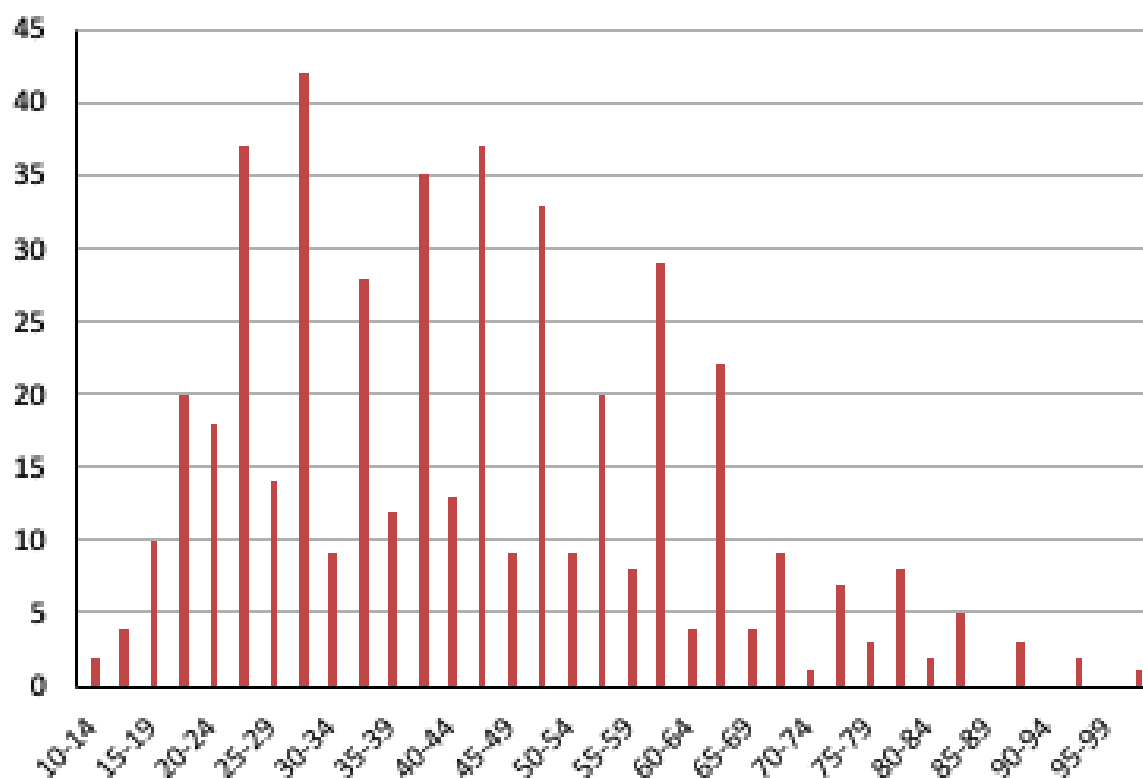


Gráfico 01 – Faixa Etária das Vítimas de Curitiba PR

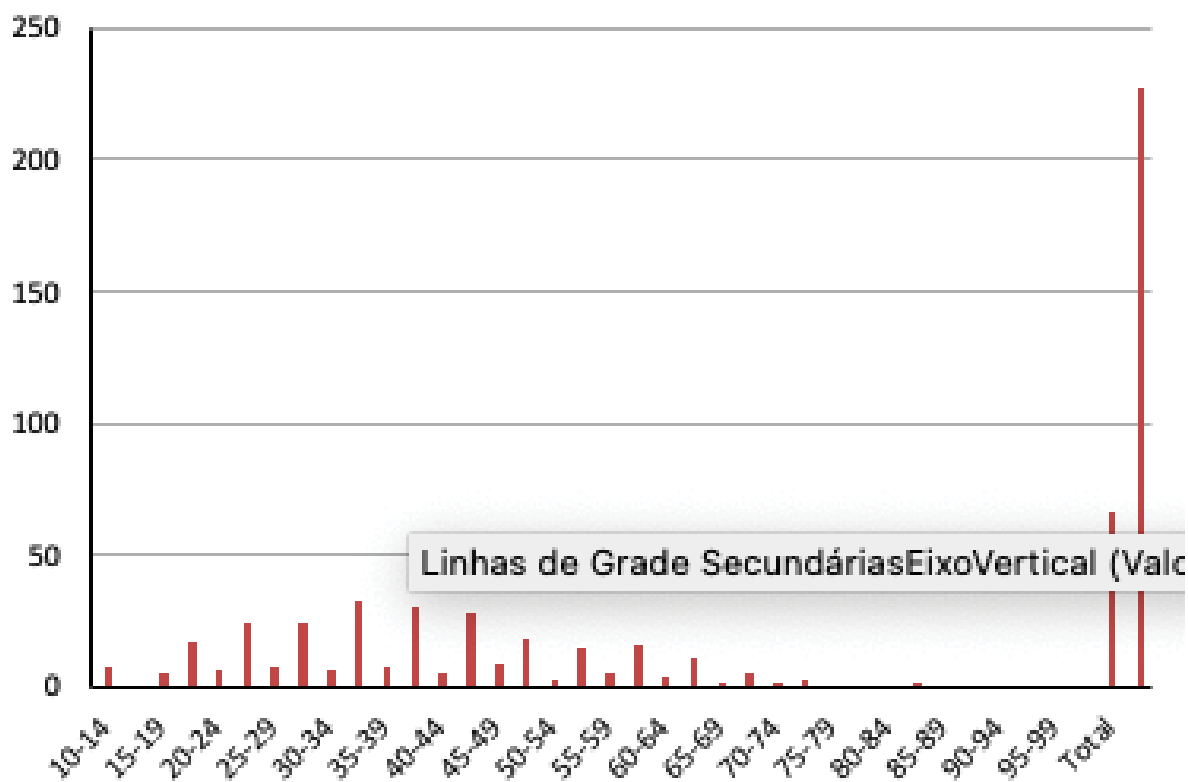


Gráfico 02 – Faixa Etária das Vítimas da Região Metropolitana de Curitiba PR

Por fim, pode-se perceber um incremento progressivo no número de suicídios do ano de 2018 a 2020, tendo um aumento relativo de 140,5% entre os anos – dado que 2021 só inclui os três primeiros meses, ele não foi contabilizado neste parecer. Em específico, a região metropolitana foi a que teve o acréscimo significativo de casos – entre 2018 (52) e 2020 (133), o aumento relativo foi de 255,8% –, enquanto em Curitiba os anos evoluíram numa mesma média de casos, tabela 6. Em relação às estações do ano foi observado que a maior predominância de óbitos nos anos de 2018 a 2020 foram nos meses de verão, sendo 53 casos em 2018, 60 em 2019 e 72 em 2020; e na primavera, sendo 49 em 2018, 67 em 2019 e 75 em 2020. Na estação de outono de 2018 foi observado presença de 50 casos de suicídios, um caso a mais que a primavera do mesmo ano (49 casos). Em todos as outras estações houve maior número de óbitos na primavera e verão.

Tabela 06 - Análise Anual dos Casos de Suicídio em Curitiba e RMC

Meses	Localidade	2018	2019	2020	2021	Sazonalidade
Janeiro	Curitiba	13	11	10	8	V E R A O
	RMC	6	6	14	8	
Fevereiro	Curitiba	13	12	9	19	
	RMC	3	5	11	12	
Março	Curitiba	16	19	15	7	
	RMC	2	10	13	3	
Abril	Curitiba	12	8	10		O U T O N O
	RMC	6	10	13		
Maio	Curitiba	11	5	14		
	RMC	8	4	13		
Junho	Curitiba	6	13	14		
	RMC	7	5	5		
Julho	Curitiba	12	13	6		I N V E R N O
	RMC	7	6	11		
Agosto	Curitiba	3	8	10		
	RMC	6	4	7		
Setembro	Curitiba	14	15	13		
	RMC	1	6	13		
Outubro	Curitiba	13	16	8		P R I M A V E R A
	RMC	2	13	9		
Novembro	Curitiba	16	12	20		
	RMC	2	8	11		
Dezembro	Curitiba	14	8	14		
	RMC	2	10	13		

5. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou aumento considerável do número de suicídios no período de 2018 a março de 2021 no estado do Paraná, sendo que a cidade de Curitiba foi responsável pela maioria dos casos. Considerando o período pandêmico pelo qual o mundo tem passado foi observado aumento nas taxas (cerca de vinte por cento) de mortalidade por suicídio quando comparado a estudos anteriores (SAVARIS, 2015) em que o perfil do suicídio mostrava pequenas variações ano a ano, com leve tendência ao crescimento. Cabe lembrar que o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial e o possível aumento no seu número de casos, em uma situação de pandemia pode estar relacionado a diferentes fatores como: medo, isolamento, solidão, desesperança, acesso reduzido a suporte comunitário e espiritual, dificuldade de acesso ao tratamento em saúde mental, doenças e problemas de saúde, suicídio de familiares, conhecidos ou profissionais de saúde (ROGER et al., 2020). De forma que, em vigência de uma pandemia justifica-se um risco maior de suicídio na população. Todavia não foi possível realizar um estudo do aumento do número de suicídio durante toda pandemia devido à sua recenticidade.

Embora as mulheres apresentem maiores tendências e ideações suicidas o estudo mostra maior número de morte em homens, este fator pode estar relacionado ao uso de meios mais agressivos e letais de óbito pelos homens (VIDAL, 2012; NOCK et al., 2009) e maior suscetibilidade a impactos negativos de instabilidades socioeconômicas. No estudo, as mulheres apresentaram maior taxa de suicídio por meio de intoxicação medicamentosa e envenenamento enquanto os homens houve predomínio do uso de armas brancas, armas de fogo, arremesso ao solo e enforcamento em relação às mulheres.

O maior número de casos de óbito por suicídio entre homens pode estar associado a menor busca pelos mesmos de ajuda profissional uma vez que questões culturais de quem o homem não pode demonstrar fragilidade ou até mesmo procurar por ajuda, dificultando assim a prevenção ao suicídio. Outro fator que estaria intimamente ligado ao aumento do óbito em homens agravado pela pandemia por Covid-19 é devido ao fator de na maioria das famílias o homem ainda ser responsável

por garantir o sustento, desta forma situações de dificuldades financeiras poderiam afetar ainda mais este gênero em relação às mulheres (WONG et al., 2017).

Em relação aos dias da semana foi observado predomínio do número de suicídios na segunda feira. Dados semelhantes são fornecidos pela bibliografia internacional, embora em algumas regiões haja variações (BANDO, 2012). A relação deste dia da semana ter predominado pode estar relacionado à depressão do domingo em que boa parte da população trabalhadora tem o estilo de vida de “sobreviver” durante a semana e “viver” nos finais de semana. Neste contexto, muitos não suportam mais retornar aos dias de tristeza e insatisfação após o domingo. Na população mais jovem e idosa o número de óbitos tende a ser maiores nos dias de semana, uma vez que durante a semana geralmente tendem a ficar mais isoladas dos pais e de amigos respectivamente (RHEINHEIMER, 2015). Todavia no presente estudo não foi possível realizar esta análise.

Analisando o padrão do suicídio relacionado as horas do dia houve predominância do número de óbitos entre as 12:00 e as 17:59, sendo que o horário das 6:00 às 11:59 e das 18: as 23:59 também apresentaram resultados próximos.

Em relação ao grupo étnico houve predomínio de suicídio na população branca. Porém, este resultado pode estar relacionado ao predomínio da população branca na região e por um viés de seleção uma vez que se trata de uma classificação subjetiva por parte dos pesquisadores.

A análise do meio empregado demonstra que houve predomínio do enforcamento em detrimento dos demais meios atingindo valores superiores aos encontrados na literatura em que predomina o enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%) (LOVISI et al., 2009). No que concerne a motivação para o suicídio tem-se que na maioria dos casos os pacientes apresentavam história de depressão seja esta passional, depressão doença ou depressão financeira; o que está em consonância com a literatura uma vez que a depressão seja como causalidade primaria ou secundaria ou como efeitos de abandonos, perdas familiares, pessoais e financeiras, doenças incapacitantes e dolorosas, sofrimentos e violências, é o elemento mais eloquente numa parcela significativa de casos, pelo vazio, desconforto e sentimento de inutilidade que ela produz. Outros fatores como uso de drogas, esquizofrenia, discriminação ideológica constituem-se como fatores

precipitadores dos suicídios. Porém, com uma expressividade muito inferior à depressão. Vale ressaltar que a coexistência destas condições à depressão agrava esta situação de risco ao suicídio. (BOTEGA, 2014).

Um estudo realizado no Brasil (BENEDITO-SILVA, 2007) investigou a sazonalidade entre 1979 e 1990 em vários estados do país. Os maiores picos no número de suicídio foram observados na primavera e verão tanto para homens quanto para mulheres no Sul do país (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Resultados semelhantes foram achados no presente estudo. No entanto, o método de análise utilizado no estudo apresenta limitações uma vez que as definições utilizadas para determinar cada estação do ano foi feita considerando o verão como os meses de, janeiro, fevereiro e março; outono como, abril, maio e junho; inverno como julho, agosto e setembro; e, finalmente, primavera como os meses de outubro, novembro e dezembro. Este agrupamento compromete os resultados obtidos, uma vez que as estações do ano são definidas considerando os fenômenos astronômicos de solstício e equinócio.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs, como objetivos analisar se ocorreu aumento nos casos de suicídios devido à pandemia assim como estabelecer quais os principais meios e contextos relacionados ao suicídio na capital e região metropolitana de Curitiba. Foi observado maior número de óbitos por suicídio nos meses de primavera e verão. Constatou-se que houve aumento significativo nos casos de suicídio com o início da pandemia, mas ainda necessitando de mais estudos até o fim do período pandêmico. Foi estabelecido como meio empregado o enforcamento em detrimento dos demais e que a depressão figura como principal doença ou fator precipitante ao suicídio o que traz à tona a necessidade do desenvolvimento de ações de prevenção integradas e abrangentes em toda sociedade como a educação e o envolvimento de gestores e profissionais de saúde para formação de redes de apoio à comunidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, V. **Saúde Mental em tempos de pandemia da covid-19: anotações sobre a responsabilidade civil de psiquiatras e psicólogos**. 2020. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/7/81EECF7AA270D3_patrimoniais.pdf. Acesso em: 25/03/2021.

BAHIA. Secretaria de saúde. **Setembro amarelo: mês de prevenção ao suicídio. Sesab**, 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>. Acesso em: 01/04/2021.

BANDO, D. H. **Sazonalidade, efemérides e a mortalidade por doença coronariana, AVC, insuficiência cardíaca, acidente de transporte, suicídio e homicídio na cidade de São Paulo, 1996 a 2009**. 106 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, USO, São Paulo, 2012.

BENEDITO SILVA, AA; PIRES, ML; CALIL, MH. **Seasonal variation of suicide in Brazil**. Chronobiol Int. 2007; 24 (4): 727-37.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo. Editore da Unesp, janeiro 2013.

BOTEGA, N.J; GUEVARA, B.S. at al. **Prevenção do comportamento suicida. Psico, 2006**. 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25531805.pdf>. Acesso em: 21/03/2021.

BOTEGA, N. J. **comportamento suicida: epidemiologia**. Psicol. USP, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=isso. Acesso em 02/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 01/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 01/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3479**. Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, 2017. Acesso em: 06/04/2021.

CASSORLA, R.M.S. **Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução** [livro eletrônico] / Roosevelt Moises Smeke Cassorla. – São Paulo: Blucher, 2018. 112 p.

DIAS, D.A.S; MOREIRA, J.de O. **As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico**: Relendo Canguilhem. Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n.1, p. 77-85, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/84>. Acesso em 01/04/2021.

GONCALVES, L. R. C.; GONCALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. NovaEecon., Belo Horizonte , v. 21, n. 2, p. 281-316, ago. 2011 . Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-63512011000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 01/04/2021.

GREFF, A.P. et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41420>. Acesso em: 25/03/2021.

GUNNEL, D. et al. **Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandem-ic**. The Lancet Psychiatry, v. 7, n. 6, p.468-471, June 01,2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext). Acesso em 25/03/2021.

LOVISI, G.M; SANTOS, S.A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Brazilian Journal of Psychiatry, v.31, N.suppl.2, p.S86-S93, 2009. ISSN 1809-452X. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462009000600007&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20Entre%201980%20e%202006,habitantes%20\(29%2C5%25\)](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462009000600007&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20Entre%201980%20e%202006,habitantes%20(29%2C5%25)). Acesso em 06/04/2021.

NOCK M.K.; Hwang I.; Sampson N.; et al. **Cross-National analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior**: Dindings from the WHO World Mental Health Surveys. PLOS Medicine v.6, p. e1000123, 2009

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Suicídio**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>. Acesso em: 23/03/2021.

RHEINHEIMER, B. **Estudo da prevalência das tentativas de suicídio por envenenamento em crianças e adolescentes no estado do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestre em Ciências Médicas)** – Faculdade de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

RIBEIRO, D.M. **Suicídio: critérios científicos e legais de análise**. 2004. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/5670/suicidio-criterios-cientificos-e-legais-de-analise>. Acesso em 25/03/2021.

ROGER, M et al. **Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm?** JAMA Psychiatry, v.77, n.11, p. 1093-1094, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>. Acesso em 02/10/2021.

SANTOS, B.S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, abril 2020.

SAVARIS, L.E. **Perfil da mortalidade por suicídio no município de Curitiba 2015**. Centro de Epidemiologia Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. 2015. Disponível em: <http://www.proec.ufpr.br/download/cps/2016/suicidio/Apresentacao%20Perfil%20Mortalidade%20Curitiba.pdf>. Acesso em: 23/03/2021.

TURECKI, G. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, p. 18-22, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006. Acesso em 01/04/2021.

UNA-SUS UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UFSC. EAD. **Resultados e Prospecções**. 2017. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/crise/>. Acesso em: 06/04/2021.

VIDAL, C. **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativas de excesso de mortalidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n. 1, p. 175-187, jul, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n1/175-187/>. Acesso em 03/10/2021.

WERLANG, B.S.G. **Autópsia Psicológica**, importante estratégia de avaliação retrospectiva. Ciênc. Saúde Coletiva, v.17, n. 8., Rio de Janeiro. Agosto, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800003. Acesso em: 01/04/2021.

WONG Y.J.; HO M-H.R.; WANG S.Y.; et al. **Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes**. Journal or Counseling Psychology, v. 64, p. 80-93, 2017.