

VARIAÇÃO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM IDOSOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: 2006 A 2015

Susana Cararo Confortin*
Selma Regina de Andrade**
Kamylla Santos da Cunha***
Aline Rodrigues Barbosa****

RESUMO

Objetivo: analisar a variação anual percentual média da taxa de mortalidade por suicídio em idosos na região Sul do Brasil entre 2006 e 2015. **Métodos:** estudo descritivo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram incluídos óbitos de idosos (de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais) cujacausa básica foi suicídio, de acordo com a CID-10, referentes aos códigos X60-X84, Y10-Y19 e Y87. **Resultados:** houve aumento significativo na variação das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil (2008 a 2015) e no Paraná (2009 a 2015), e redução no Paraná (2006 a 2009). Ao analisar os grupos etários, houve aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio entre os idosos de 70 a 79 anos no Brasil (2008 a 2015) e no Paraná (de 2009 a 2015). Para o grupo etário de 60 a 69 anos, houve redução significativa das taxas, de 2006 a 2010, e aumento das taxas de mortalidade por suicídio de 2010 a 2015 no Paraná, e de 2006 a 2015 em Santa Catarina. **Conclusão:** constatou-se tendência crescente da taxa de mortalidade por suicídio em idosos, no grupo geral, no Brasil e Paraná. As taxas de mortalidade se diferenciaram entre os estados e grupos etários.

Palavras-chave: Suicídio. Idosos. Taxa de mortalidade.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato deliberado, consciente e intencional, executado pelo indivíduo visando extinguir sua própria vida. Trata-se um fenômeno global, complexo e multifatorial⁽¹⁾, responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo e considerado a 17ª principal causa de morte em 2015⁽²⁾, configurando grave problema de saúde pública.

Entre os fatores predisponentes associados ao suicídio, encontram-se os distúrbios de humor, tais como os sintomas depressivos e a ansiedade⁽³⁻⁵⁾, além da incapacidade funcional e do histórico familiar de suicídio^(4,5). Em idosos, a depressão é geralmente acompanhada de comorbidades⁽⁵⁾ e de fatores sociais como isolamento, decadência profissional, aposentadoria e redução do padrão de vida⁽³⁾, impactado pela crise econômica.

A complexidade e a importância crescente dessa temática levaram o Ministério da Saúde a instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, em 2006, tornando imprescindível

para a vigilância epidemiológica o registro de tentativas e de suicídios no Brasil⁽⁶⁾. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do programa de saúde mental *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP), priorizou a prevenção de suicídio. O Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020 da OMS propõe a redução de 10% nas taxas de mortalidade por suicídio até o ano de 2020, sendo o Brasil um dos signatários desse plano. O primeiro relatório sobre o suicídio evidenciou a necessidade de conscientização a respeito desse ato e de suas tentativas, tornando a prevenção do suicídio prioridade na agenda global de saúde pública⁽⁷⁾.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 23% dos casos de suicídio ocorrem na região Sul do país. A taxa de mortalidade padronizada por suicídio de 2010 a 2014 foi de 10,74 por 100 mil habitantes na região Sul, sendo a mais alta dentre as regiões do país⁽⁸⁾. Em idosos, as taxas de mortalidade por suicídio nos indivíduos com 60 anos ou mais são elevadas e afetadas de forma diferenciada pelo sexo⁽⁹⁾. No Brasil, essas taxas

*Educação Física, Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: susanacconfortin@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6159-4062>.

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: selma.regina@ufsc.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-7449-6860>.

***Enfermeira, Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: kamylasousa@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-3790-1019>.

****Educação Física, Doutora em Nutrição na Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Educação Física da UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: aline13@yahoo.com.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-0929-7659>.

foram basicamente constantes entre 1980 (7,4 óbitos/100 mil habitantes) e 2009 (7,1 óbitos/100 mil habitantes), inclusive quando analisados os grupos etários (de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais). Nos três estados da região Sul as taxas foram superiores à taxa de mortalidade nacional, e a tendência temporal da mortalidade por suicídio se manteve estável no Paraná e em Santa Catarina, mas decrescente no Rio Grande do Sul⁽¹⁰⁾.

Considerando que o suicídio é um problema de saúde pública, que grande parte dos casos de suicídio em idosos ocorre na região Sul do país, além da necessidade de vigilância e monitoramento das taxas de mortalidade para estratégias de prevenção desse agravo por gestores e profissionais de saúde, este estudo tem como questão de pesquisa verificar qual a variação anual percentual média da taxa de mortalidade por suicídio em idosos na região Sul do Brasil entre 2006-2015? Assim, tendo como objetivo analisar a variação anual percentual média da taxa de mortalidade por suicídio em idosos na região Sul do Brasil, entre 2006-2015.

MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico, com dados secundários sobre casos de óbito por suicídio coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram incluídos no estudo os casos de óbito por suicídio ocorridos de 2006 a 2015, de acordo com o grupo etário (de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), de residentes nas unidades federativas da região Sul do Brasil. Foram excluídos os casos com dados ignorados de sexo e idade. No que tange às informações relacionadas à população dos estados da região Sul, os dados foram coletados do IBGE a partir dos censos de 2010 e de estimativas populacionais (de 2005 a 2009; e de 2011 e 2015).

Para o cálculo da taxa de mortalidade por suicídio, utilizou-se a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), capítulo XX (códigos X60-X84, Y10-Y19 e Y87), que classifica o suicídio como lesão autoprovocada intencionalmente, intoxicação exógena de intenção indeterminada ou sequela

de lesões autoprovocadas intencionalmente. A intoxicação exógena de intenção indeterminada e a sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente foram inseridas na análise visto que estudos prévios descrevem que há modificação de categorização dos óbitos devido a prováveis falhas ao codificar a causa⁽¹¹⁾.

Primeiramente foram determinadas as taxas específicas de mortalidade por 100 mil habitantes no que concerne ao risco do evento de óbito por causa de certa característica: a idade. Em seguida, as taxas específicas de mortalidade foram padronizadas pelo método direto com o intuito de amenizar os efeitos da diversidade de estruturas/grupos etários sobre os valores da taxa de mortalidade bruta. A população brasileira do censo do IBGE de 2010 foi utilizada como padrão.

O cálculo das taxas padronizadas foi empregado na análise da tendência de mortalidade por meio da estimativa de modelos de regressão linear. A média móvel centrada em três termos $[Y_i = (Y_{i-1} + Y_i + Y_{i+1})/3]$ foi avaliada para atenuar a série histórica devido à oscilação dos pontos, oriunda do escasso número de casos em determinados estratos.

Para o cálculo da variação anual da mortalidade no período de 2006 a 2014, utilizou-se o programa *Join point*, versão 4.5.0.1 (*Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, Estados Unidos*), fornecido on-line pelo Instituto Nacional de Câncer Norte-Americano. Esse programa propicia uma descrição metódica das tendências de mortalidade, detectando as alterações decorridas de acordo com os anos, e realiza uma regressão linear segmentada (*join point regression*) para determinar a variação anual percentual e detectar pontos em que há mudanças na tendência. O modelo escolhido é aquele com o maior número de pontos, em que se preserva a significância estatística ($p < 0,05$).

A partir da inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão), calculou-se a variação anual em porcentagem (APC) e sua significância estatística, estimada pelo método dos mínimos quadrados por um modelo linear generalizado. Para cada segmento de reta, com inclinação estimada, foram calculados os limites do intervalo de 95% de confiança (IC 95%).

Quanto aos aspectos éticos, por se referir a informações secundárias divulgadas pelo Ministério da Saúde, viabilizadas on-line e de propriedade pública, e por não ter variável (dados nominais) que permita reconhecer os sujeitos da pesquisa, este estudo não necessitou de avaliação de comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

No período estudado (de 2005 a 2016),

ocorreram 20.059 óbitos por suicídio no Brasil entre indivíduos de 60 anos ou mais. Destes, 1.215 ocorreram no Paraná, 3.382 no Rio Grande do Sul, e 1.270 em Santa Catarina. A Tabela 1 apresenta o número de óbitos por suicídio (de 2005 a 2016) e as taxas de mortalidade, bruta e ajustada, específicas de suicídio em idosos (em geral; com 80 anos ou mais; de 70 a 79 anos; e de 60 a 69 anos), por 100 mil habitantes, no Brasil e nos três estados da região Sul do país no período de 2006 a 2015.

Tabela 1. Taxas de mortalidade específicas de suicídio em idosos, por 100 mil habitantes, no Brasil e nos estados da região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina). Florianópolis, SC, 2018

Ano	Brasil			Paraná			Região Sul			Santa Catarina		
	Óbitos	Taxa bruta	Taxa ajustada*	Óbitos	Taxa bruta	Taxa ajustada*	Óbitos	Taxa bruta	Taxa ajustada*	Óbitos	Taxa bruta	Taxa ajustada*
Geral												
2005	1.400	8,99	-	84	9,83	-	222	19,72	-	84	17,96	-
2006	1.311	8,31	8,37	83	9,62	9,62	247	21,73	20,24	67	14,12	15,65
2007	1.409	7,74	8,02	95	9,10	8,97	257	19,03	20,49	83	14,31	14,09
2008	1.498	7,98	7,81	86	7,82	8,04	283	20,69	19,35	83	13,72	14,24
2009	1.500	7,72	7,76	83	7,26	7,89	261	18,42	18,67	93	14,68	15,33
2010	1.557	7,56	7,76	100	8,54	7,80	247	16,92	18,42	113	17,20	16,48
2011	1.659	8,00	8,13	88	7,47	8,15	291	19,88	19,92	114	17,18	17,71
2012	1.846	8,84	8,43	99	8,36	8,07	336	22,89	20,41	121	18,06	17,48
2013	1.864	8,44	8,40	109	8,39	8,32	299	18,34	19,16	128	17,08	17,13
2014	1.809	7,87	8,34	111	8,18	8,85	273	16,11	17,58	127	16,09	16,55
2015	2.067	8,63	8,38	140	9,89	9,15	319	18,12	17,78	136	16,37	15,46
2016	2.139	8,58	-	137	9,27	-	347	18,97	-	121	13,85	-
80 anos ou mais												
2005	221	11,30	-	8	8,86	-	36	26,69	-	14	27,65	-
2006	200	10,11	1,41	18	19,77	1,76	36	26,45	3,36	7	13,63	2,94
2007	210	8,23	1,28	11	8,49	1,65	33	17,62	3,18	15	20,62	2,25
2008	229	8,58	1,20	9	6,44	1,03	44	22,76	3,02	10	13,00	2,12
2009	238	8,52	1,26	10	6,75	1,21	47	23,12	3,05	9	11,06	2,62
2010	279	9,50	1,29	18	12,36	1,36	37	18,33	3,21	25	30,96	2,64
2011	269	9,10	1,38	14	9,56	1,33	53	26,18	3,36	11	13,49	3,44
2012	311	10,45	1,39	9	6,11	1,03	53	26,11	3,52	23	27,94	2,58
2013	297	9,77	1,40	10	6,01	1,14	51	21,74	3,09	12	12,75	2,94
2014	290	9,15	1,34	21	11,96	1,19	42	17,12	2,76	21	21,10	2,56
2015	304	9,19	1,30	13	7,02	1,39	49	19,12	2,54	21	19,94	2,42
2016	314	9,08	-	20	10,24	-	46	17,20	-	11	9,86	-
70-79 anos												
2005	438	9,05	-	21	8,11	-	75	21,18	-	28	19,39	-
2006	376	7,68	2,52	21	8,03	2,56	72	20,14	6,60	23	15,71	5,14
2007	453	7,97	2,41	29	8,91	2,36	100	23,38	6,80	27	15,28	4,55
2008	464	7,95	2,38	21	6,14	2,28	99	23,07	6,53	25	13,64	4,24
2009	444	7,39	2,40	26	7,33	2,26	77	17,49	6,19	24	12,60	5,03
2010	513	8,14	2,46	31	8,66	2,34	90	20,04	5,96	45	23,04	5,76
2011	544	8,57	2,58	25	6,94	2,44	94	20,87	6,48	41	20,78	6,16
2012	550	8,60	2,67	30	8,29	2,64	102	22,59	6,75	33	16,57	5,63
2013	589	9,03	2,63	41	10,59	2,79	109	22,63	6,50	38	17,80	4,88
2014	552	8,19	2,72	34	8,46	3,21	92	18,47	6,29	30	13,44	5,06
2015	661	9,46	2,73	52	12,44	3,12	106	20,51	6,28	43	18,36	4,57
2016	663	9,13	-	42	9,64	-	121	22,51	-	32	12,99	-
60-69 anos												
2005	741	8,44	-	55	10,88	-	111	17,43	-	42	15,40	-
2006	735	8,26	4,44	44	8,62	5,30	139	21,61	10,27	37	13,37	7,56
2007	746	7,48	4,34	55	9,34	4,97	124	16,86	10,52	41	12,40	7,29
2008	805	7,85	4,23	56	9,07	4,73	140	18,79	9,81	48	13,92	7,88
2009	818	7,70	4,09	47	7,33	4,42	137	17,72	9,43	60	16,59	7,68
2010	765	6,74	4,01	51	7,64	4,09	120	14,84	9,24	43	11,29	8,08
2011	846	7,40	4,17	49	7,30	4,38	144	17,76	10,08	62	16,11	8,11
2012	985	8,55	4,37	60	8,89	4,40	181	22,25	10,15	65	16,73	9,28
2013	978	7,82	4,37	58	7,77	4,38	139	15,21	9,57	78	17,66	9,31
2014	967	7,40	4,28	56	7,19	4,44	139	14,62	8,53	76	16,30	8,93
2015	1.102	8,08	4,35	75	9,23	4,64	164	16,61	8,97	72	14,66	8,47
2016	1.162	8,18	-	75	8,86	-	180	17,58	-	78	15,12	-

*Os coeficientes dos anos representam a média de um ano anterior, o próprio ano e um ano posterior.

A Tabela 2 apresenta as variações percentuais que ocorreram no período estudado. No período de 2008 a 2015 houve aumento significativo de 1,6% ao ano. A maior taxa de suicídio ocorreu entre aqueles de 70 a 79 anos, que tiveram

aumento significativo de 2,2% ao ano no período de 2008 a 2015.

No estado do Paraná houve redução significativa de 7,3% ao ano da taxa de mortalidade por suicídio em idosos no período

de 2006 a 2009; enquanto no período de 2009 a 2015 houve aumento significativo de 2,8% ao ano. A maior taxa de mortalidade por suicídio foi encontrada entre idosos de 70 a 79 anos, com aumento significativo de 6,6% ao ano no período de 2009 a 2015. Entre os idosos de 80 anos ou mais houve estabilidade no período. Entre os idosos de 60 a 69 anos, houve dois períodos de variação, com redução significativa no período de 2006 a 2010 (de 5,7% ao ano) e aumento significativo da taxa de mortalidade (de 1,9% ao

ano) no período de 2010 a 2015.

O estado do Rio Grande do Sul manteve estável a taxa de mortalidade por suicídio no grupo geral e em todos os grupos etários estudados.

Em Santa Catarina houve aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio apenas entre os idosos de 60 a 69 anos, que tiveram aumento significativo de 2,4% ao ano, sem variações no período. Os demais grupos se mantiveram estáveis.

Tabela 2. Distribuição da variação anual percentual geral e por grupo etário, no Brasil e nos estados da região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), no período de 2006 a 2014. Florianópolis, SC, 2017

	Região Sul							
	Brasil		Paraná		Rio Grande do Sul		Santa Catarina	
	Período	Variação	Período	Variação	Período	Variação	Período	Variação
Geral	2006-2015	0,2 (-1,2; 1,7)	2006-2015	-0,7 (-1,7; 0,3)	2007-2015	-0,9 (-2,3; 0,5)	2006-2015	1,4 (-0,4; 3,3)
	2006-2008	-3,7 (-0,8; 4,0)	2006-2009	-7,3 [^] (-10,4; -4,2)				
	2008-2015	1,4 [^] (0,3; 2,4)	2009-2015	2,8 [^] (1,6; 4,0)				
80 anos ou mais	2006-2015	0,4 (-1,0; 1,8)	2006-2015	-3,1 (-6,9; 0,9)	2007-2015	-2,3 (-6,3; 1,9)	2006-2015	0,4 (-3,4; 4,4)
					2007-2013	1,3 (-2,0; 4,7)		
					2013-2015	-12,3 (-9,2; 8,7)		
70-79 anos	2006-2015	1,1 (-0,1; 2,4)	2006-2015	2,8 [^] (0,6; 4,9)	2007-2015	-0,4 (-1,7; 0,9)	2006-2015	0,5 (-2,7; 3,7)
	2006-2008	-2,6 (-9,0; 4,2)	2006-2009	-4,5 (-10,9; 2,4)				
	2008-2015	2,2 [^] (1,3; 3,1)	2009-2015	6,6 [^] (4,3; 9,0)				
60-69 anos	2006-2015	-0,2 (-1,4; 1,1)	2006-2015	-1,5 [^] (-2,2; -0,9)	2007-2015	-1,1 (-2,5; 0,2)	2006-2015	2,4 [^] (1,0; 3,8)
	2006-2009	-2,9 (-6,7; 1,1)	2006-2010	-5,7 [^] (-7,1; -4,3)				
	2009-2015	1,2 (-0,2; 2,6)	2010-2015	1,9 [^] (0,8; 3,0)				

DISCUSSÃO

A análise da tendência temporal revelou tendência diferenciada entre os períodos, grupos etários e estados da federação. Houve aumento significativo da variação das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil (de 2008 a 2015) e no Paraná (de 2009 a 2015). Ao analisar os grupos etários, a taxa de mortalidade por suicídio entre os idosos de 80 anos ou mais se manteve estável em todos os estados e no Brasil. Entre o grupo de 70 a 79 anos houve aumento das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil (de 2008 a 2015) e no Paraná (2009 a 2015). E entre os idosos de 60 a 69 anos houve redução significativa das taxas no estado do Paraná (de 2006 a 2010), e aumento no Paraná (de 2010 a 2015) e em Santa Catarina (de 2006 a 2015).

No que se refere ao grupo geral, assim como no estudo de Pinto et al.⁽¹⁰⁾, as taxas do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina se mostraram muito elevadas, bem como em todos os grupos etários, se comparadas ao Brasil e até ao Paraná,

ainda que venham a apresentar tendência de queda em determinados períodos. As taxas desses estados são maiores do que a da região europeia (de 15,4 a cada 100 mil habitantes), que é considerada pela OMS como a taxa mais alta em 2016⁽¹²⁾. A elevada mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina pode ser explicada por uma junção de fatores, não apenas um. Entre eles, apontam-se aspectos culturais, aspectos climáticos e a colonização europeia⁽¹³⁾; contudo, há também descendentes de escravos nesses locais, o que poderia ser melhor explorado em estudo por regiões de cada estado. Estudos indicam que as regiões oeste de Santa Catarina⁽¹⁴⁾ e centro-leste do Rio Grande do Sul⁽¹³⁾ apresentam maiores taxas de suicídio. Há prevalência elevada, quando comparada aos demais estados, na religião luterana, que possui uma característica de comportamento mais reservado e com menos socialização.

Outro fator que pode estar associado à elevada taxa de mortalidade por suicídio nesses

estados é a agricultura como meio de renda, o cultivo do fumo com agrotóxicos e a falta de informações sobre o uso destes sem equipamentos de proteção, o que pode acarretar intoxicação neurológica. Além disso, os agricultores se endividam com o modelo tecnológico rígido (sementes selecionadas, agrotóxicos, fertilizantes e estufas), tendo que vender suas propriedades para empresas multinacionais, e acabam sendo subordinados ao capital internacional como trabalhadores temporários⁽¹³⁾.

No grupo etário de 80 anos ou mais, houve estabilidade da taxa de mortalidade por suicídio, sem presença de tendência estatisticamente significativa no período de 2006 a 2015 em todos estados. A tendência das taxas de mortalidade por suicídio nesse grupo etário segue estável há algum tempo, segundo dados de tendência temporal da mortalidade por suicídio de 1980 a 2009⁽¹⁰⁾.

Ainda no que concerne à estabilidade da taxa de mortalidade por suicídio nesse grupo etário, persistem adversidades para combater inconsistências nas notificações. As mortes resultantes de suicídio podem não ser examinadas corretamente ou não receber a atenção devida dos profissionais envolvidos, sendo relatadas como acidentes ou mortes por causa natural, porque o falecido era “velho”, contribuindo para a subnotificação do suicídio nessa população e para a estabilidade mascarada dessas taxas⁽¹⁵⁾. Somada à negligência das subnotificações, existe também, nesse contexto, precariedade de ações de promoção, prevenção e educação permanente, e de protocolos coordenados que compartilhem uma linguagem comum entre os profissionais⁽¹⁶⁾.

De acordo com os resultados, no Brasil, verificou-se no grupo etário de 70 a 79 anos aumento significativo de 2,2% ao ano na taxa de mortalidade por suicídio no período de 2008 a 2015, e especificamente no estado do Paraná, no período de 2009 a 2015, houve aumento de 6,6%. Um estudo de tendência temporal da mortalidade por suicídio em idosos, segundo faixa etária e unidade da federação no Brasil, de 1980 a 2009, apresentou tendência estável no grupo de 70 a 79 anos em todos os estados da região Sul e no Brasil⁽¹⁰⁾.

Ainda nesse grupo etário, fatores como o

isolamento social por perdas de estado profissional, desvantagem financeira depois da aposentadoria, impedimentos de cumprir atividades de cuidado com a família, perdas afetivas, ambientais, viuvez, e doenças psicológicas e degenerativas contribuem para o aumento da decisão dos idosos de retirar sua vida⁽¹⁷⁾. Nessa faixa etária, vulnerabilidades socioambientais, psicológicas, familiares e de saúde, quando associadas a sintomas depressivos, podem desencadear crise suicida⁽⁵⁾.

Os resultados mostraram redução significativa de 5,7% ao ano da taxa de mortalidade por suicídio no período de 2006 a 2010 entre os idosos de 60 a 69 anos no estado do Paraná. Entretanto, no período de 2010 a 2015, houve aumento de 1,9%. Em Santa Catarina também houve aumento da taxa em 2,4% ao ano no período de 2006 a 2015. Esse período da vida é marcado pela saída do mercado de trabalho e pelo início da aposentadoria de muitos idosos, entretanto nem sempre é isso o que acontece. Um estudo confirmou a associação das atividades de trabalho dos idosos com melhores condições sociais e de saúde física. Ademais, evidenciou que a manutenção das atividades de trabalho estava associada à maior satisfação com a vida, independentemente das características socioeconômicas e clínicas dos idosos⁽¹⁸⁾.

Os exercícios físicos também são destacados como alternativas positivas nesse contexto⁽¹⁹⁾. Um estudo que buscou identificar o que motiva o idoso a participar de programas de atividade física apontou a prevenção de problemas de saúde e a melhora na qualidade de vida como principal motivo da adesão⁽²⁰⁾. Assim, pode-se inferir que a atividade física reduz de forma considerável os sintomas depressivos ligados a ideação suicida⁽¹⁹⁾.

Este estudo limita-se pela qualidade dos dados registrados pelo SIM, bem como pela possível subnotificação dos casos de suicídio e pela classificação incorreta dos óbitos.

CONCLUSÃO

Os resultados permitem observar a tendência de aumento da taxa de mortalidade por suicídio em idosos no Brasil (de 2008 a 2015) e no Paraná (de 2009 a 2015). Quando analisador

grupo etário, a tendência temporal sofre oscilações, sendo específica para cada grupo e cada estado da região Sul, com tendência de aumento nas taxas de mortalidade no Brasil (de 2008 a 2015) e no Paraná (de 2009 a 2015) entre os idosos de 70 a 79 anos. Por outro lado, entre os idosos de 60 a 69 anos, houve redução significativa das taxas de mortalidade por suicídio no Paraná (de 2006 a 2010), além de aumento das taxas no Paraná (de 2010 a 2015) e em Santa Catarina (de 2006 a 2015).

Os dados apresentados podem contribuir para

subsidiar a implementação de políticas públicas de saúde que assegurem ações de promoção e prevenção do suicídio para cada grupo etário, com suas especificidades. Em nível local, os dados alertam os profissionais de saúde sobre a prevenção do suicídio e a necessidade de um olhar mais atento sobre os idosos, auxiliando na detecção precoce e na promoção da saúde mental nesse momento da vida. Ainda, é imprescindível a educação permanente com o intuito de conhecer e reconhecer os sinais de ideação e planos de suicídio nesse grupo etário.

VARIATION OF MORTALITY BY SUICIDE IN OLDER ADULTS IN THE SOUTHERN REGION OF BRAZIL: 2006 to 2015

ABSTRACT

Objective: to analyze the average annual percentage variation in the mortality rate due to suicide in the older adult in southern Brazil between 2006 and 2015. **Methods:** a descriptive study with data from the Mortality Information System and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Deaths among the older adult (60-69, 70-79 and 80 years or more) were included in the study, according to ICD-10, referring to codes X60-X84, Y10-Y19 and Y87. **Results:** there was a significant increase in suicide mortality rates in Brazil (2008 to 2015) and in Paraná (2009 to 2015), and reduction in Paraná (2006 to 2009). When analyzing the age groups, there was a significant increase in the mortality rate due to suicide among the older adult from 70 to 79 years in Brazil (2008 to 2015) and in Paraná (from 2009 to 2015). For the 60-69 age group, there was a significant reduction in rates from 2006 to 2010 and an increase in death rates from suicide from 2010 to 2015 in Paraná and from 2006 to 2015 in Santa Catarina. **Conclusion:** there was an increasing trend of suicide mortality rate in the older adult, in the general group, in Brazil and Paraná. Mortality rates differed among states and age groups.

Keywords: Suicide. Aged. Mortality.

VARIACIÓN DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ANCIANOS DE LA REGIÓN SUR DE BRASIL: 2006 A 2015

RESUMEN

Objetivo: analizar la variación anual porcentual media de la tasa de mortalidad por suicidio en ancianos en la región Sur de Brasil entre 2006 y 2015. **Métodos:** estudio descriptivo con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Fueron incluidos óbitos de ancianos (de 60-69, 70-79 y 80 años o más), cuya causa básica fue el suicidio, de acuerdo con la CID-10, referentes a los códigos X60-X84, Y10-Y19 y Y87. **Resultados:** hubo un aumento significativo en la variación de las tasas de mortalidad por suicidio en Brasil (2008 a 2015) y en el estado de Paraná-Brasil (2009 a 2015), y reducción en Paraná (2006 a 2009). Al analizar los grupos de edad, hubo aumento significativo en la tasa de mortalidad por suicidio entre los ancianos de 70 a 79 años en Brasil (2008 a 2015) y en Paraná (de 2009 a 2015). Para el grupo de edad de 60 a 69 años, hubo reducción significativa de las tasas, de 2006 a 2010, y aumento de las tasas de mortalidad por suicidio de 2010 a 2015 en Paraná, y de 2006 a 2015 en Santa Catarina-Brasil. **Conclusión:** se constató una tendencia creciente de la tasa de mortalidad por suicidio en ancianos, en el grupo general, en Brasil y Paraná. Las tasas de mortalidad se diferenciaron entre los estados y grupos de edad.

Palabras clave: Suicidio. Anciano. Tasa de mortalidad.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado em 2018 Ago 10]. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.
2. World Health Organization. Suicide data [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado em 2018 Ago 9]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
3. Barroso ML, Silva SBF, Neves FPB, Braga IB. A depressão como causa do desenvolvimento da ideação suicida na pessoa idosa e as consequências no âmbito familiar. *Id On Line Rev Multidiscip Psicol.* 2018; 12(41):66-76. doi: <https://doi.org/10.14295/online.v12i41.1201>.

4. Antypa N, Souery D, Tomasini M, Albani D, Fusco F, Mendlewicz J, et al. Clinical and genetic factors associated with suicide in mood disorder patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016; 266(2):181-93. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00406-015-0658-1>.
5. Suresh Kumar PNS, Anish PK, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian J Psychiatry.* 2015; 57(3):249-54. doi: <https://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.166614>.
6. Ministério da Saúde (BR). 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. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2006 Ago 15 [citado em 2019 Jun 4]; 1:65. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_200

6.html.

7. Pan American Health Organization. Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. OPAS Brasil. 2016 Set 9 [citado em 2018 Ago 10]. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839.

8. Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018; 40:12-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2241>.

9. Kiosses DN, Szanto K, Alexopoulos GS. Suicide in older adults: the role of emotions and cognition. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 16(11):495. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0495-3>.

10. Pinto LW, Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Suicide mortality temporal trends in people aged 60 years or more in the Brazilian states: 1980 to 2009. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(8):1973-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800008>.

11. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(5):1057-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00054213>.

12. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2018 Ago 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>.

13. Meneghel SN, Moura R. Suicídio, cultura e trabalho em

município de colonização alemã no sul do Brasil. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2018; 22(67):1135-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0269>.

14. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008; 30(2):115-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300007>.

15. Deuter K, Procter N, Evans D, Jaworski K. Suicide in older people: Revisiting new approaches. *Int J Ment Health Nurs*. 2016; 25(2):144-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12182>.

16. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015; 64(1):45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000056>.

17. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicide in the elderly from a gender perspective. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(8):1983-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>.

18. Ribeiro PCC, Almada DSQ, Souto JF, Lourenço RA. Permanence in the labour market and life satisfaction in old age. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(8):2683-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.20452016>.

19. Oliveira JMB, Vera I, Lucchese R, Silva GC, Tomé EM, Elias RA. Aging, mental health, and suicide: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018; 21(4):488-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014>.

20. Cavalli AS, Pogorzelski LV, Domingues MR, Afonso MR, Ribeiro JAB, Cavalli MO. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários – Brasil e Portugal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(2):255-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200004>.

Endereço para correspondência: Susana Cararo Confortin. Avenida Madre Benvenuta, 40. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Telefones: (48)996634007. E-mail: susanaconfortin@gmail.com

Data de recebimento: 19/10/2018

Data de aprovação: 31/05/2019