

SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO

DOI: 10.12957/synthesis.2022.69291

KARINA CARDOSO MEIRA^{*}, JORDANA CRISTINA DE JESUS^{**}, WEVERTON THIAGO DA SILVA RODRIGUES^{***} E EDER SAMUEL OLIVEIRA DANTAS^{****}

Resumo: Em contextos de crise, os fatores de risco para o suicídio são exacerbados na população, entre eles, o aumento nas dificuldades para atender aos papéis tradicionais de gênero. O objetivo do estudo é avaliar a tendência de suicídios no Rio Grande do Norte (RN) entre 2011 e 2020, buscando dialogar com a perspectiva de gênero bem como lançar luz sobre as possíveis implicações da pandemia de COVID-19 para os suicídios no estado. Os dados utilizados são do Observatório da Violência da UFRN (OBVIO). A tendência temporal foi avaliada com modelos de regressão binomial negativa. Observou-se tendência ascendente para ambos os sexos, com maior crescimento para as mulheres (RR homens=1,05, p=0001; RR mulheres RR=1,07, p=0001). As maiores taxas de mortalidade por suicídio ocorreram em 2020 (homens=13,17 por 100 mil; mulheres = 3,29 por 100 mil), evidenciando os efeitos da pandemia da COVID-19 e da crise socioeconômica associada.

Palavras-Chave: suicídio; gênero; estudos ecológicos; pandemia; infecção pelo Coronavírus.

Suicide in Rio Grande do Norte state from a gender perspective

Abstract: In crisis contexts, risk factors for suicide are exacerbated in the population, among them, the increase in difficulties in meeting traditional gender roles. The objective of the study is to evaluate the trend of suicides in Rio Grande do Norte (RN) between 2011 and 2020, seeking to dialogue with the gender perspective as well as to shed light on the possible implications of the COVID-19 pandemic for suicides. The data used are from the UFRN Violence Observatory (OBVIO). We use negative binomial regression models to assess the temporal trend. The trend of suicides is upward for both sexes, with greater growth for women (RR men=1.05, p=0001; RR women RR=1.07, p=0001). The highest suicide mortality rates

^{*} Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ. Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1722-5703>. E-mail: ninameira87@gmail.com.

^{**} Doutora em Demografia (Cedeplar/UFMG). Professora Adjunta do Departamento de Demografia e Ciências Atuariais/UFRN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1021-1787>. E-mail: jordana@ce@gmail.com.

^{***} Mestrando em Demografia (UFRN). Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela UFRN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6411-5390>.

^{****} Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN). Mestre em Saúde Pública (UFRN). Enfermeiro no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/EBSERH/UFRN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6595-6105>.

occurred in 2020 (men = 13.17 per 100,000; women = 3.29 per 100,000), evidencing the effects of the COVID-19 pandemic and the associated socioeconomic crisis.

Keywords: suicide; gender; ecological studies; pandemic; Coronavirus infection.

INTRODUÇÃO

O suicídio é conceituado como o ato intencional, deliberado e consciente de pôr fim à própria vida (WHO, 2019), constituindo-se problema de saúde pública de alta transcendência e magnitude, sendo um agravo complexo à saúde, multideterminado por questões socioeconômicas, biológicas, psicológicas, políticas e culturais (WHO, 2019; BACHMAN, 2018; MINAYO, 2014). Em 2014, a OMS publicou o relatório “Prevenir o suicídio: um imperativo global”, com vistas a aumentar a conscientização sobre a importância do suicídio para a saúde pública. Internacionalmente, a vasta maioria dos países apresenta taxas de suicídio maiores em homens do que em mulheres. Entre as potenciais explicações para as diferenças observadas entre os coeficientes de suicídio de homens e mulheres estão as próprias questões de desigualdade de gênero, as diferenças nos métodos que são socialmente aceitos para homens e para mulheres ao encarar situações de estresse e sofrimento, diferenças na procura por cuidados para transtornos mentais entre homens e mulheres; o acesso a diferentes meios de perpetração do suicídio (como armas de fogo) e diferentes padrões de consumo de álcool e/ou drogas (WHO, 2014). Essas potenciais explicações para as diferenças observadas nas taxas de suicídio de homens e mulheres estão relacionadas direta ou indiretamente aos distintos papéis socialmente esperados para o gênero feminino e o gênero masculino.

Embora os principais fatores associados ao suicídio e comportamento suicida sejam problemas psiquiátricos, ambientais, filosóficos existenciais e motivações socioculturais, as crises econômicas, os ajustes fiscais e crises sanitárias, responsáveis por aumento do desemprego, elevação da prevalência de alterações psicoemocionais, e intensificação da violência de gênero também são fatores de risco para o suicídio. (CHEUNG et al., 2008; BASTA et al., 2018; YAO et al., 2020; GUNNELL et al., 2020; BANERJEE et al., 2021; SOUZA et al., 2021).

Na atualidade, o mundo vivencia a pandemia de Covid-19, que se caracteriza como um desafio sanitário sem precedentes e que tem impactos diretos na saúde mental dos sujeitos, além de reverberar negativamente na vida em sociedade, e nos aspectos econômicos e políticos dos países, especialmente do Brasil, que contabilizou mais de 500.000 mortes por Covid-19 em pouco mais de um ano de pandemia (DANTAS, 2021). A pandemia da Covid-19 e as medidas insuficientes para seu enfrentamento – como a resistência do governo federal em apoiar o distanciamento social, medida recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o uso obrigatório de máscara – trouxeram à tona diversos desafios que afetaram homens e mulheres de maneira distintas. A crise econômica afetou desproporcionalmente famílias chefiadas por mulheres negras (FARES et al., 2021), aumentando a vulnerabilidade que já era conhecida.

Deste modo, no cenário em que os fatores de risco clássicos para o suicídio estão exacerbados na população, o objetivo do presente trabalho é avaliar a tendência de suicídios no Rio Grande do Norte (RN) no período de 2011 a 2020, buscando dialogar com a perspectiva de gênero bem como lançar luz sobre os possíveis efeitos da pandemia de Covid-19 sobre esse problema de saúde pública. A hipótese com que se trabalha é de que as consequências da pandemia no âmbito socioeconômico criaram obstáculos, que impediram homens e mulheres de seguir exercendo os papéis tradicionais de gênero esperados pela sociedade.

O estudo recorre a registros de óbito fornecidos pelo Observatório da Violência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (OBVIO) e a dados populacionais obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A análise de tendência temporal dos suicídios foi feita a partir de modelos de regressão binomial negativa. Os resultados, como se descreverá adiante, apontam para o aumento dos suicídios durante pandemia da Covid-19 e para a relevância da incorporação da perspectiva de gênero para compreender a tendência ascendente de suicídio no período.

O trabalho está dividido de maneira a apresentar, além dessa introdução, uma seção que discute o tema do suicídio e sua interseção com a temática de gênero, trazida pela literatura

recente. Em seguida, uma seção que contextualiza o estado do Rio Grande do Norte quanto a aspectos sociodemográficos, econômicos e políticos relevantes para a compressão do fenômeno que está sendo estudado e da perspectiva adotada. Segue-se com uma seção com a metodologia, que descreve a fonte de dados utilizada e os procedimentos adotados para as análises. Em seguida, há uma seção dedicada a apresentação e discussão dos resultados, e uma última onde se tecem as considerações finais.

SUICÍDIO: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

O comportamento suicida se manifesta sob a forma de ideação suicida, etapa de planejamento, tentativa de suicídio e lesão autoprovocada (MINAYO, 2014; BAHIA et al., 2017; BOTEGA, 2014; BRASIL, 2017a). A ideação suicida é caracterizada por pensamentos que estimulam o desejo de pôr fim à própria existência e se intensificam quando acompanhados por um plano de autoextermínio (MINAYO, 2014; BAHIA et al., 2017). A tentativa de suicídio engloba comportamentos com propósito de se matar, e de acordo com a gravidade, pode gerar ferimentos ou morte (BAHIA et al., 2017; WHO, 2019). A partir da etapa de planejamento, poderá ocorrer a tentativa de suicídio, que por sua vez, poderá resultar ou não em morte. Apesar das dificuldades em se medir, devido à subnotificação, a OMS afirma que há indicativos de que para cada adulto que vem a falecer por suicídio podem existir mais do que 20 tentativas de suicídio, destacando a magnitude e transcendência deste fenômeno (WHO, 2014).

A lesão autoprovocada é a conduta violenta desferida a si, sendo classificada como comportamento suicida ou autoagressão. Considera-se autoagressão desde as condutas de automutilação leve (parasuicídio) até as mais severas que envolvem até amputação de membros (BAHIA et al., 2017; WHO, 2019). Destaca-se que os limites entre lesão autoprovocada, ideação suicida, comportamento suicida e suicídio propriamente dito são muito tênues, nem toda ideação suicida resultará em tentativa de suicídio (BAHIA et al., 2017). Ademais, existem suicídios por impulso, no entanto, estudos mostram que são eventos raros e advogam que todo suicídio é um ato pensado, preparado e precedido por tentativas, tornando-o um agravo evitável (BOTEGA, 2014; BAHIA et al., 2017; WHO, 2019). Entre os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida estão a idade, o não desempenho de papéis tradicionais de gênero (homens, transexuais e travestis) e os transtornos mentais, especialmente depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, além de uso abusivo de álcool e outras drogas. Fatores de risco do nível individual interagem com questões conjunturais como crises econômicas, violações de direitos comuns em territórios com alta vulnerabilidade socioeconômica (BOTEGA, 2014; BAHIA et al., 2017; WHO, 2019).

Apesar da tendência internacional de diferencial de mortalidade por suicídio entre homens e mulheres, existe considerável variação na razão de incidência de acordo com a região. Nos países de alta renda, três vezes mais homens morrem de suicídio do que mulheres. Em seu turno, países de baixa e média renda apresentam um diferencial muito menor: a razão de suicídios é da ordem de 1,5 homens para cada mulher (WHO, 2014). Para além do contexto socioeconômico, há que se reconhecer também que há variação segundo os contextos socioculturais. Na China e Índia, por exemplo, são observadas taxas semelhantes entre homens e mulheres, principalmente pelo fato de que mais suicídios ocorrem entre as mulheres. As altas taxas de suicídio feminino na Ásia podem ser atribuídas a posição das mulheres na sociedade patriarcal tradicional (AGGARWAL, 2015). Ademais, no caso da China, o suicídio é visto como um ato de impotência e é mais frequente em mulheres jovens. Os homens que cometem suicídio nesse país são considerados fracos e desviantes do padrão de masculinidade (CANETTO, 2008).

Evidencia-se, dessa forma, a importância de explorar o suicídio para além do sexo biológico: é necessário enxergá-lo como uma questão de gênero. Neste artigo, embora reconheçamos a complexidade do construto gênero, partimos da perspectiva relacional proposta por Scott (1986), que considera que das relações de poder resulta a subordinação social das mulheres em relação aos homens. Considera, ainda, que essas relações de poder também delimitam as concepções de masculinidade e a feminilidade.

Historicamente, o suicídio foi encarado como um problema masculino, fato explicado, principalmente pela epidemiologia, ou pelas marcas socioculturais dos países, que impedem a

realização de estudos com essa característica (MINAYO; CAVALCANTE, 2013; MENEGHEL et al., 2012). Nessa perspectiva de gênero, existe o “paradoxo do suicídio”, conceito utilizado internacionalmente, pelo fato de que apesar de homens morrerem mais por suicídio, as mulheres são as que mais apresentam ideias e tentativas, e dessa maneira, são mais afetadas pelo comportamento suicida como um todo (BEAUTRAIS, 2006; MENEGHEL et al., 2015). Além disso, o processo suicida é mais duradouro entre mulheres do que entre homens (DIDIER et al., 2012) e as diferenças emergem já na adolescência, no processo de definição de identidade (CANETTO, 1997).

Em países onde as taxas de suicídio feminino são baixas, o agravo é percebido como um comportamento masculino, atribuindo-se para sua consumação um grau de coragem e destemor somente encontrado nos homens, enquanto as tentativas de suicídio são consideradas femininas e as mulheres vistas como incapazes de efetivar o ato. Em países com altas taxas de suicídio feminino a explicação é inversa e o ato é considerado um sinal de fraqueza próprio das mulheres (MENEGHEL et al., 2015).

O risco de suicídio nas mulheres está atrelado ao início precoce da vida sexual em comunidades conservadoras, a presença de abortos, a gravidez indesejada e os problemas com a imagem corporal, história de vida marcada por violência doméstica e abuso sexual, assim como a existência de padrões conservadores de gênero e sofrimento mental (MINAYO; CAVALCANTE, 2012). Também existem evidências do efeito da desigual divisão do trabalho doméstico e sobrecarga de trabalho sobre ideação suicida entre as mulheres. Estudo feito na Coreia, que avaliou mulheres casadas com trabalho remunerado, apontou que aquelas insatisfeitas com a participação do cônjuge nas tarefas domésticas são mais propensas a pensar em suicídio do que aquelas que estão satisfeitas (LEE et al., 2018).

Em relação aos homens, normalmente estes apresentam maior mortalidade por suicídio em sociedades onde os papéis masculinos hegemônicos estão em crise, nessas eles encontram grande dificuldade em realizar o papel normativo ligado ao trabalho, a honra e as masculinidades e veem sua identidade em risco (MENEGHEL et al., 2015; BAËRE; ZANELLO, 2020).

Reforça-se, ainda, a importância do reconhecimento de relações de gênero para o estudo do suicídio quando, paralelamente, há evidências de ligações entre discriminação e suicídio em pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (HAAS et al., 2011).

O Brasil possui um coeficiente de mortes por suicídio considerado baixo para Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre os anos de 2011 e 2015, a taxa observada foi de 5,5 mortes por 100.000 habitantes. O maior risco de suicídio foi observado no sexo masculino (8,7/100 mil homens), cerca de quatro vezes maior do que no sexo feminino (2,4 /100 mil mulheres) (BRASIL, 2017a; WHO, 2014). As taxas de suicídio por sexo no Brasil são semelhantes ao resto do mundo em proporção de óbitos por sexo (BRASIL, 2017a). Em 2019, foram contabilizados 13.523 óbitos autoinfligidos (6,6 óbitos por 100 mil habitantes), representando um aumento no número de mortes de 43,0% quando comparados aos 9.454 registrados de 2010 (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2021). Tendência temporal ascendente foi verificada nas taxas de mortalidade por suicídio em todas as regiões geográficas, com coeficientes mais elevados na região Sul (10,4 óbitos por 100.000 habitantes) e Centro-Oeste (8,3 óbitos por 100.000 habitantes) em todo o período em estudo (BRASIL, 2021).

A magnitude das taxas de suicídio no Brasil pode estar subestimada devido à alta proporção de registros classificados como evento cuja intenção é indeterminada (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020). Nesse sentido, pesquisa realizada pela OMS avaliando a qualidade dos registros de óbito de 180 países integrantes mostrou que apenas 80 países dispõem de dados de boa qualidade sobre as estatísticas vitais. Mesmo nestes países, as mortes por suicídio podem ser classificadas como acidentes ou mortes não especificadas, devido ao complexo procedimento de registro do óbito que envolve o setor saúde e segurança pública. E, assim, não se sabe ao certo o quanto a mortalidade decorrente do suicídio incide nos percentuais de mortes não-declaradas ou não-determinadas, devido aos altos percentuais onde ocorre a subnotificação dos casos (WHO, 2014; WHO, 2019; PAHO, 2014). No presente estudo trataremos do estado do Rio Grande do Norte para estudar o fenômeno do suicídio, pois este estado possui uma fonte de dados que tende a ser

mais fidedigna (Observatório da Violência da UFRN) ao compilar dados do setor de saúde, do Instituto Médico Legal e do Ministério Público.

RIO GRANDE DO NORTE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E POLÍTICOS

Do ponto de vista demográfico, o estado do Rio Grande do Norte (RN) possui uma população estimada, para 2021, de 3,5 milhões de pessoas, o que representa 1,67% da população do Brasil. Com efeito, o estado acumulou, até abril de 2022, 1,74% dos casos confirmados de Covid-19 ocorridos no país e 1,26% dos óbitos ocorridos pela doença¹.

Se, por um lado, esta Unidade Federativa (UF) pertence a uma região caracterizada como um centro expulsor de população, o RN é um dos poucos estados do Nordeste que apresenta saldos migratórios positivos desde a década de 1990 (recebe mais imigrantes do que a população que emigra do estado) (OJIMA, 2012). Apesar dessa característica sociodemográfica distinta dos demais estados da região, o estado não está ileso dos impactos das desigualdades inter-regionais do país. Em 2017, ocupava a 16^a posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das Unidades da Federação do Brasil², abaixo do qual estavam outros sete estados do Nordeste. Ainda, com base nos dados do IBGE, estima-se que o PIB do estado componha a parcela de 0,97% do PIB nacional³.

Além dos aspectos sociodemográficos listados, há que se mencionar, ainda, alguns aspectos sociopolíticos no estado e suas incoerências. O RN apresenta destaque na história brasileira no que tange ao direito ao voto feminino. É no estado, no século XIX, que nasce Nísia Floresta, uma das grandes impulsionadoras da emancipação feminina, ainda em um contexto de reclusão e controle da vida das mulheres nos espaços públicos e privados, com socialização de meninas marcada por preparo para o casamento, a maternidade e subordinação a pais e maridos (SILVERIO DE ALMEIDA; DAL MAS DIAS, 2009). O RN registra, ainda, em sua história, em 1927, a sanção de uma lei estadual que garantia às mulheres o direito de votar e de serem votadas. Posterior a essa lei, ocorre no estado a primeira eleição de uma mulher como prefeita na América do Sul, em 1928 (SOUZA, 1993). Em 2018, o estado elegeu como governadora Maria de Fátima Bezerra, a única mulher eleita para o cargo naquele ano. A eleição de Fátima Bezerra ocorre paralelamente a eleição de representantes que usaram de campanhas declaradamente antigênero.

Esses marcos e avanços de gênero na política do estado, todavia, parecem pouco repercutir na promoção da igualdade de gênero do estado. Do ponto de vista de violência contra a mulher, no triênio 2017-2019, em todas as microrregiões do estado foram observadas taxas de feminicídio superiores a 3 óbitos por 100 mil mulheres (MATOS, 2021), o que segundo parâmetros da OMS, classificaria a região como de alta incidência de violência contra as mulheres. Ser vítima de violência doméstica é um fator de risco para o suicídio entre as mulheres brasileiras (BRASIL, 2017a).

Na literatura, são encontrados poucos estudos com abordagens quantitativas no tema do suicídio com foco no Rio Grande do Norte. Avaliando o período de 2000 a 2015, Santos, Barbosa e Severo (2020) encontram evidência de aumento da mortalidade por suicídio no sexo masculino até o ano de 2003, seguido de um período de estabilidade. No presente artigo, pretende-se avançar nessa literatura, tratando o gênero não como um fator descritivo, mas como uma abordagem para a compreensão dos comportamentos suicidas. O artigo avança, ainda, ao trazer contexto crise sanitária causada pela Covid-19. Os resultados, como se demonstrará nas seções adiante, apontam recente tendência de aumento na incidência de suicídios no estado, com diferenças relevantes entre os gêneros.

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO E FONTE DE DADOS

Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal dos registros de óbito por suicídio ocorridos em residentes do estado do Rio Grande do Norte, no período de 2011 a 2020. A escolha por esse recorte geográfico se justifica pela disponibilidade de dados de registros de óbito fornecidos pelo Observatório da Violência da UFRN (OBVIO). Através de técnicas de

linkage, o OBVIO compila dados de mortes violentas ocorridos no estado do Rio Grande do Norte desde 2011 a partir das seguintes fontes de dados: (i) Sistema de Informação Sobre Mortalidade do Departamento de Informática do SUS (SIM/DATASUS); (ii) Sistema Informatizado de Coleta e Guarda das Informações Cadastrais e Registros de Óbitos Comunicados ao Instituto Nacional do Seguro Social (SISOBI); (iii) Instituto Técnico Científico de Perícia do Rio Grande do Norte (ITEP) e; (iv) Ministério Público de óbitos. São coletadas todas as informações da Declaração de Óbito e variáveis adicionais como renda e ocupação provenientes das outras fontes. Os dados populacionais segundo sexo e faixa etária foram obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no censo populacional de 2010. Para os anos intercensitários, foram usadas estimativas igualmente disponibilizadas pelo IBGE. Por se tratar de dados nos quais não há identificação dos sujeitos, o presente trabalho não teve que ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ANÁLISE DOS DADOS

Uma vez obtidos os registros de óbitos, foram calculadas as taxas de mortalidade específicas por sexo e faixa etária, e as taxas padronizadas pelo método direto tendo como população padrão a população mundial proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), segundo ano de ocorrência, sexo. As taxas de mortalidade foram suavizadas por médias móveis trienais. Também foram calculadas as proporções de óbitos segundo meio de perpetração e raça/cor da pele.

PROCEDIMENTO DE MODELAGEM

A análise de tendência temporal foi realizada em duas etapas: análise exploratória, por meio da função de autocorrelação, e do teste de Durbin-Watson para avaliar a autocorrelação da série histórica. Confirmada a dependência temporal dos dados, foi estimada a tendência temporal, mediante a regressão binomial negativa. Apesar de a variável resposta se apresentar como uma contagem (número de óbitos), os dados apresentem superdispersão (variância maior que a média), o que fez com que a regressão de Poisson não fosse o método mais adequado (MEIRA et al., 2019; ANTUNES; CARDOSO, 2015).

O número de óbitos esperados para cada ano representou a variável dependente; e o ano calendário centralizado, a variável independente. Nesta análise, decidiu-se por estimar modelos de regressão ponderados, proporcionais ao tamanho populacional, adicionando parâmetro conhecido como *offset*, em que o logaritmo da população de cada ano, sexo e faixa etária é dado pela seguinte equação: $y_i \sim \text{Binomial Negativa}(\mu_i, \theta)$

$$y_i \sim \text{Binomial Negativa}(\mu_i, \theta) \quad (1)$$

$$\log(\mu_i) = \log(N_i) + \beta_0 + \beta_1(t - E(t)) + \epsilon_i \quad (2)$$

$$\epsilon_t \sim \text{Gamma}(\theta, \theta) \quad (3)$$

Onde μ representa a média da variável resposta por ano (número de óbitos) na localidade i , θ o parâmetro de dispersão, β_0 o intercepto, β_1 a variável tempo centralizada, $(t - E(t))$ é a variável tempo *menos* a média do tempo e ϵ_i é o erro aleatório com distribuição Gama.

As análises foram realizadas pelo programa estatístico R, versão 4.2.1, utilizando-se do pacote estatístico *MASS* e *lntest*, considerando-se estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$ (MEIRA et al., 2019; ANTUNES; CARDOSO, 2015).

A tendência é classificada em estacionária, decrescente ou ascendente, de acordo com o valor do Risco Relativo (RR), calculado por meio da exponenciação do coeficiente da regressão ($e^{\beta_1(t - E(t))}$) e do respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). As séries são classificadas estacionárias, descendentes e ascendentes pela avaliação do RR e respectivo IC95%: estacionária, quando o valor 1 estiver entre o limite superior e inferior do IC95%; descendentes, quando o Risco Relativo e IC95% apresentarem valores menores que 1; e ascendentes, quando o Risco Relativo e o IC95% evidenciarem valores maior que 1 (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

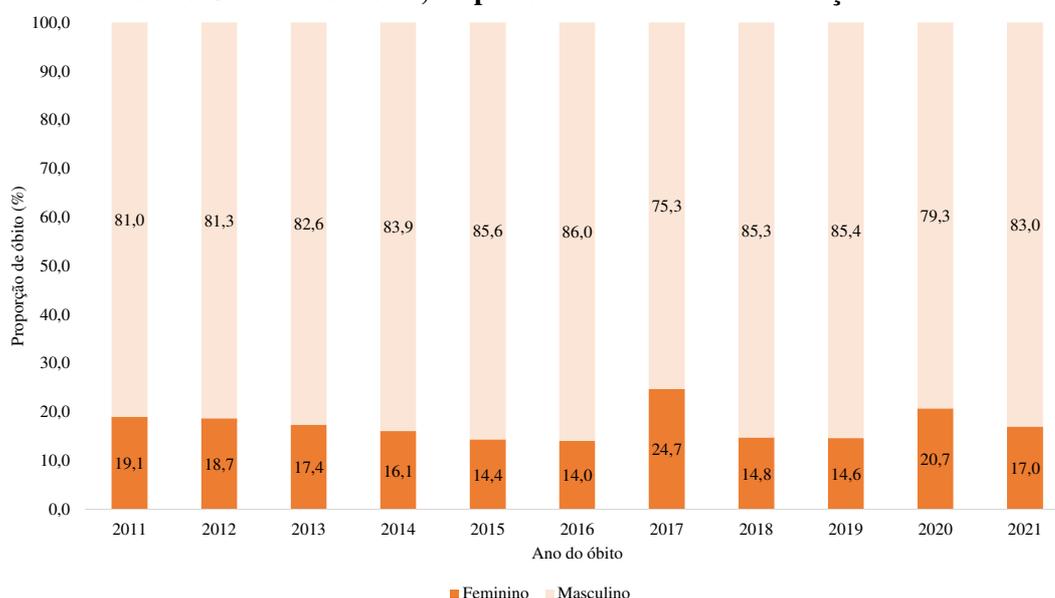
Para avaliar o efeito da pandemia nas taxas de mortalidade por suicídio, foram calculadas as variações percentuais do coeficiente de mortalidade de cada ano em relação ao ano anterior. Ademais, foram calculadas taxas de mortalidade por suicídio, segundo trimestre para cada ano em análise, e a variação percentual dos trimestres de cada ano em comparação ao trimestre do ano anterior. Todas as análises foram realizadas no programa R versão 4.1.1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O suicídio constitui-se uma questão relacionada à violência de gênero, por ser um fenômeno multideterminado e multicausal que varia de acordo com questões psicológicas, sociais, biológicas e culturais. Nas mulheres, estão relacionados à violência de gênero, às relações desiguais de poder, à violação de direitos, à depressão, privação social, perdas afetivas de cônjuges e filhos, abortamento, além das singularidades que permeiam as histórias de vidas (BEAUTRAIS, 2006; MENEGHEL et al., 2015). Nos homens, este fenômeno apresenta alta magnitude e associa-se com situações em que estes não correspondem a masculinidade hegemônica nas relações de poder no sistema patriarcal. Considera-se como o representante da masculinidade hegemônica o homem branco, cisgênero, heterossexual, sexualmente ativo, produtivo e próspero (BAÉRE; ZANELLO, 2020).

No período de janeiro de 2011 a 10 de março de 2021 foram notificados 1.727 suicídios no estado do Rio Grande do Norte, representando 2,6 suicídios por dia. Como demonstra o Gráfico 1, que apresenta a distribuição percentual de óbitos por suicídio por sexo, o maior percentual dos óbitos foi no sexo masculino (82,6%), perfil que se manteve em todos os períodos em estudo. No entanto, houve aumento da proporção de óbitos em mulheres quando se compara 2019 e 2020 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição percentual de óbitos por suicídio por sexo segundo ano de óbito no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2011 a 10 de março de 2021.



Fonte: Rede e Instituto OBVIO.

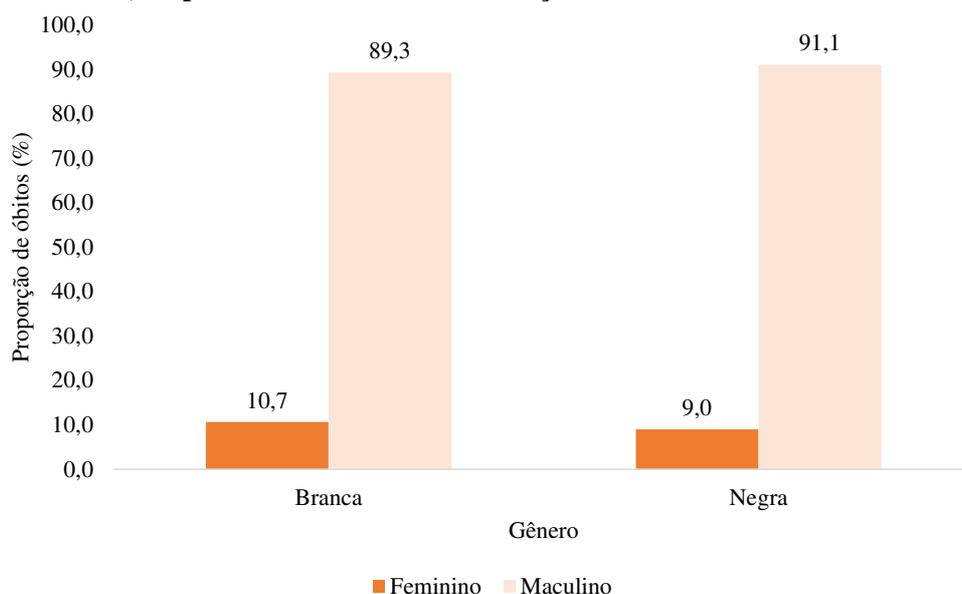
Os suicídios em mulheres apresentam valores inferiores aos suicídios em homens, no entanto, as mulheres apresentam mais tentativas de suicídio do que estes (MEIRA et al., 2021), o que se denomina como o paradoxo do suicídio. No período de 2010 a 2019, 67,5% das 338.569 notificações de tentativas de suicídio ocorreram em mulheres, perfil semelhante ao observado em cada um dos anos desta série histórica (MEIRA et al., 2021). Segundo Meneghel et al. (2012), se considerarmos apenas o suicídio consumado teremos um problema masculino, contudo, se avaliarmos a ideação e tentativa de suicídio teremos uma alta carga de doenças para as mulheres (MEIRA et al., 2021; MENEGHEL et al., 2015). Cabe registrar que as mulheres brasileiras com notificação prévia de violência doméstica, no período de 2011 a 2015,

apresentaram 30 vezes maior risco de morte por suicídio quando comparadas com as mulheres sem notificação prévia de violência (BRASIL, 2017a).

Os resultados de ocorrência de suicídio segundo sexo no RN corroboram os observados no Brasil e Grandes Regiões, pois no período de 2000 a 2019 observou-se maiores taxas de mortalidade por suicídio em homens, sendo estas cerca de 4 vezes maiores que as taxas femininas (BRASIL, 2021; MEIRA et al., 2021).

O Gráfico 2, por sua vez, apresenta distribuição percentual de óbitos por suicídio segundo raça/cor da pele para homens e mulheres. Nota-se no período analisado uma maior proporção de óbitos de negros (pretos e pardos), tanto em homens quanto em mulheres, proporção superior à 80% (Gráfico 2). Cabe ressaltar que segundo o Censo Demográfico de 2010, a população do Rio Grande do Norte era composta por 57,7% de pessoas negras. Essa comparação demonstra a maior incidência do suicídio na população negra, tanto de homens quanto de mulheres. Resultados semelhantes aos observados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste no período de 2000 a 2019. Resultados que podem estar relacionados às desigualdades sociais que se exacerbam em mulheres negras nas regiões mais pobres do país. Vale destacar, contudo, que podem existir inconsistências nos dados do Sistema de Informação, tendo em vista que a raça/cor na Declaração de óbito é preenchida por profissional da medicina que faz a Declaração de Óbito (DO) (MEIRA et al., 2021).

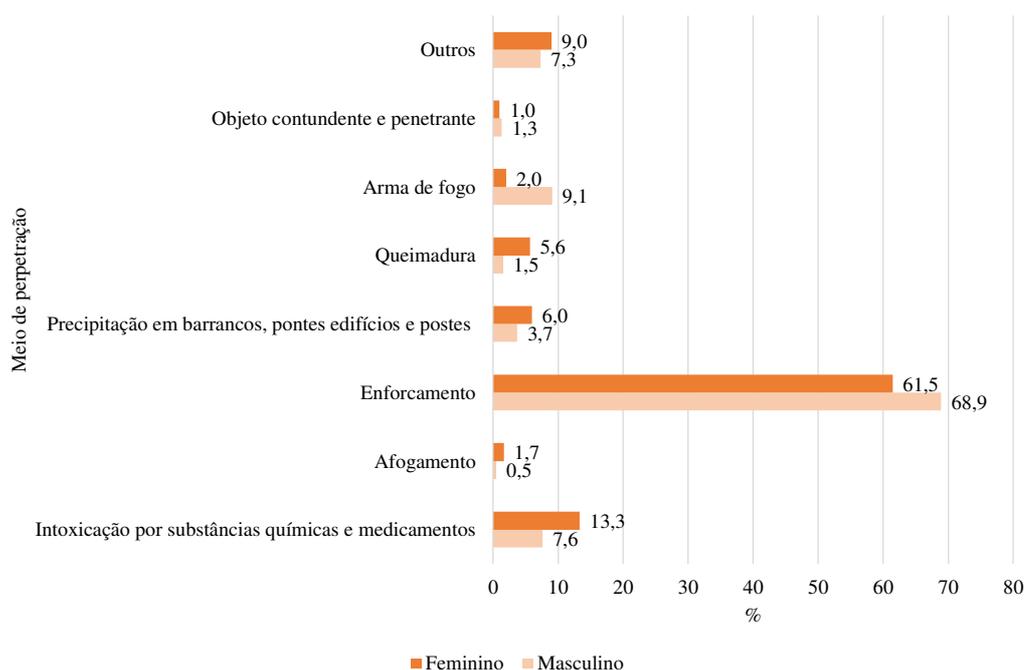
Gráfico 2 – Distribuição percentual de óbitos por suicídio segundo raça/cor, estado do Rio Grande do Norte, no período de 2011 a 10 de março de 2021.



Fonte: Rede e Instituto OBVIO.

O suicídio pode ser estudado, ainda, conforme o meio de perpetração empregado, no que ainda se faz presente a diferença entre os gêneros. O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos óbitos por suicídio segundo o meio de perpetração, em que se pode avaliar as diferenças entre homens e mulheres. A maior proporção de suicídios em todos os anos em estudo foi perpetrada por meio do enforcamento seguido do uso de substâncias químicas (Gráfico 3). Sob a perspectiva de gênero, destaca-se que os homens utilizam em maior frequência os meios de maior violência e letalidade como arma de fogo e precipitação de pontes e edifícios quando comparados às mulheres (MEIRA et al., 2021; BAÉRE; ZANELLO, 2020)

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos óbitos por suicídio por meio de perpetração segundo sexo, Rio Grande do Norte, no período de 2011 a 10 de março de 2021.



Fonte: Rede e Instituto OBVIO.

Para estudar a evolução das taxas de suicídio no período de interesse e as diferenças observadas entre homens e mulheres, parte-se, em primeiro plano, da análise das taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes e da variação percentual ao longo dos anos, ambas apresentadas na Tabela 1. No período de 2011 a 2020, observou-se aumento nas taxas de mortalidade, com os maiores coeficientes no ano de 2020, tanto em homens e quanto em mulheres. Entretanto, há maior aumento percentual nas mulheres quando se compara o coeficiente de suicídio do ano 2020 em relação a 2019 (55,9%). O aumento das taxas de mortalidade durante a pandemia era um resultado esperado. Estudos evidenciaram intensificação da mortalidade por suicídios após crises sanitárias, como a pandemia da gripe espanhola (1918-1919) nos Estados Unidos da América, em Hong Kong após a epidemia da SARS, em 2003, também foram reportados aumento de automutilação em países africanos que viveram o surto de Ebola (BANERJEE et al., 2021; CHEUNG et al., 2008; BITANIHIRWE et al., 2016).

Tabela 1 – Taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil e variação percentual, no estado do Rio Grande do Norte segundo sexo e ano do óbito.

Ano	Sexo feminino		Sexo masculino		População total	
	Taxa de mortalidade	Variação percentual (%)	Taxa de mortalidade	Variação percentual (%)	Taxa de mortalidade	Variação percentual (%)
2012	2,61	-	11,84	-	5,93	-
2013	1,95	-25,29	9,64	-18,58	4,77	-19,54
2014	1,85	-5,03	10,07	4,46	4,93	3,29
2015	1,42	-23,24	8,80	-14,43	4,24	-13,95
2016	1,00	-29,58	6,39	-27,39	3,08	-27,40
2017	2,56	156,00	8,16	27,70	4,51	46,32
2018	2,07	-19,14	12,53	53,55	6,13	36,13
2019	2,11	1,93	12,92	3,11	6,33	3,26
2020	3,29	55,92	13,17	1,93	6,98	10,15

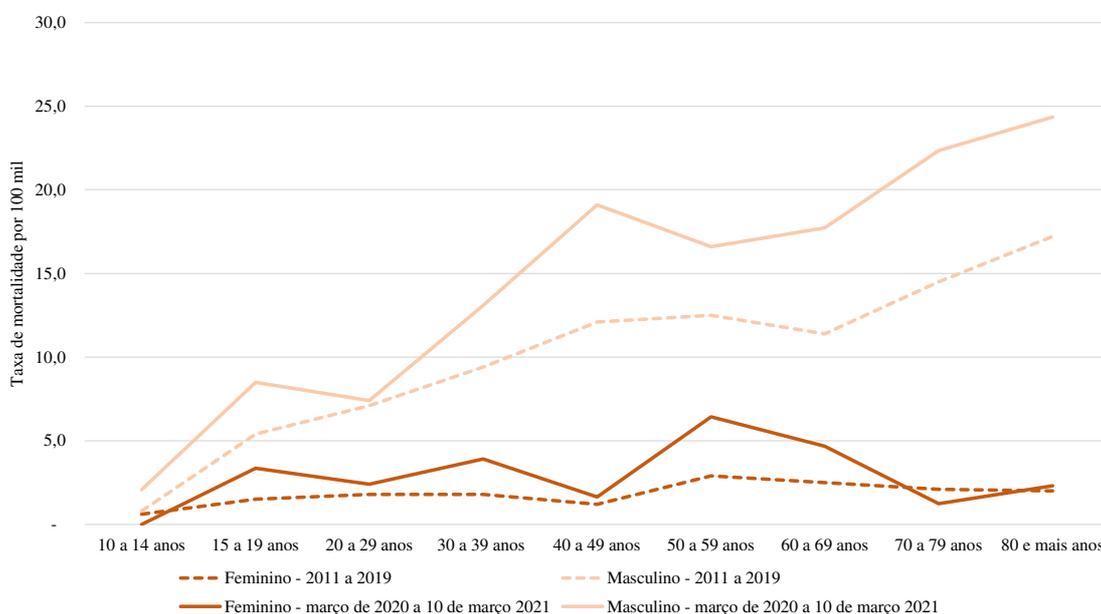
Fonte: Rede e Instituto OBVIO.

Ainda no intuito de analisar o contexto da pandemia, optou-se por apresentar, separadamente, as taxas de mortalidade por faixa etária no período anterior à pandemia de

Covid-19 (2011 a 2019) e no período pandêmico (ano de 2020 a 10 de março de 2021). O Gráfico 4 apresenta as taxas de mortalidade por idade antes e durante a pandemia. Dessa comparação conclui-se que houve aumento nas taxas de mortalidade em praticamente todas as faixas etárias com o advento da pandemia de Covid-19 (Gráfico 4).

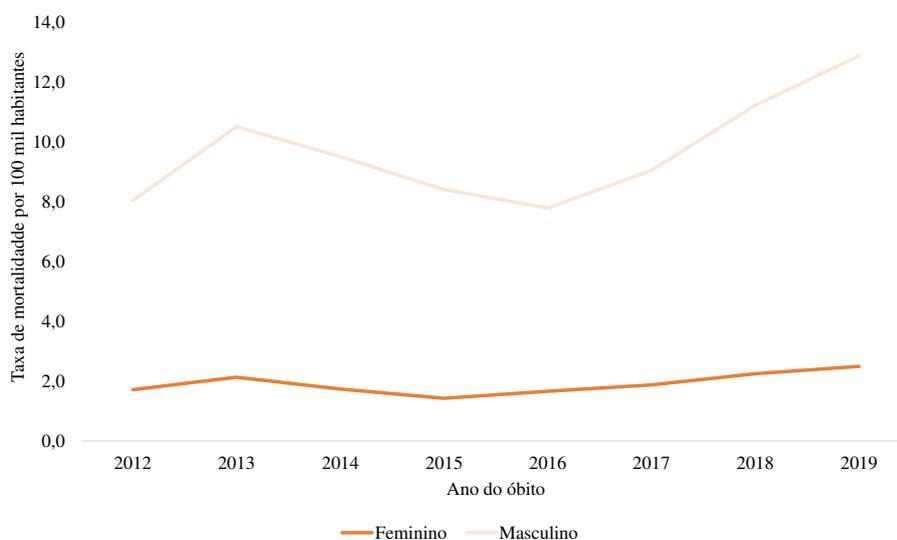
O Gráfico 5 apresenta as taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil por sexo, que permite a análise exploratória da evolução temporal das taxas de mortalidade por suicídio no período de 2011 a 2020. As taxas, que são suavizadas por médias móveis trienais, sugerem uma tendência ascendente tanto para homens quanto para mulheres. Esses resultados foram confirmados pela análise de tendência indicada pela regressão binomial negativa (Tabela 2). Destaca-se que o aumento nas taxas entre os homens foi de 5% ao ano, e nas mulheres 7%. O aumento é menos perceptível, em termos gráficos, entre as mulheres, por apresentarem uma menor magnitude das taxas. A partir da segunda década dos anos 2000, a região Nordeste, vivenciou o processo de disseminação e interiorização da violência, e o estado do Rio Grande do Norte nos anos de 2016 e 2018 apresentou os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios do Brasil (BRASIL, 2020). A guerra entre facções pelo domínio do tráfico de drogas gerou uma onda de insegurança dentro e fora dos presídios. Em 2017 houve uma grande rebelião no presídio de Alcaçuz que gerou dezenas de mortes com requintes de crueldade (BRASIL, 2020). Possivelmente esta onda de violência associada à crise econômica pode explicar em partes o aumento observado nos suicídios em homens a partir de 2016, hipótese que deve ser mais bem avaliada em estudos posteriores.

Gráfico 4 – Taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil, segundo faixa etária no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2011 a 2020.



Fonte: Rede e Instituto OBVIO

Gráfico 5 – Taxas de mortalidade por suicídio por 100 mil por sexo, suavizadas por média móvel trienal no período de 2011 a 2020, Rio Grande do Norte



Fonte: Rede e Instituto OBVIO.

A tendência temporal das taxas de mortalidade por suicídio também foi analisada por meio de regressão binomial negativa. Os resultados compõem a Tabela 2. Nas mulheres houve aumento nos coeficientes de mortalidade nas faixas etárias de 40 a 69 anos, e nos homens entre os 40 e 49 anos. Em termos de magnitude, os coeficientes no período de 2011 a 2019 no estado do Rio Grande do Norte são inferiores aos coeficientes observados nos estados das regiões Sul e Sudeste. No entanto, o aumento promovido no período da pandemia aproximou a magnitude das taxas deste estado aos estados com maior desenvolvimento socioeconômico do Brasil (BRASIL, 2021).

Tabela 2 – Tendência temporal das taxas de mortalidade por suicídio no estado do Rio Grande do Norte, ajustada por meio de regressão binomial negativa, no período de 2011 a 2020.

Feminino	RR*	valor de p	Tendência
10 a 14	1,02	0,776	Estacionária
15 a 19	1,05	0,180	Estacionária
20 a 29	1,00	0,880	Estacionária
30 a 39	1,03	0,170	Estacionária
40 a 49	1,07	0,020	Ascendente
50 a 59	1,04	0,050	Ascendente
60 a 69	1,07	0,040	Ascendente
70 a 79	1,04	0,370	Estacionária
80 e mais anos	1,03	0,570	Estacionária
Total	1,07	0,001	Ascendente
Masculino	RR	valor de p	Tendência
10 a 14	1,09	0,450	Estacionária
15 a 19	1,03	0,730	Estacionária
20 a 29	0,98	0,700	Estacionária
30 a 39	1,02	0,360	Estacionária
40 a 49	1,07	0,001	Ascendente
50 a 59	1,03	0,170	Estacionária
60 a 69	1,05	0,190	Estacionária
70 a 79	1,08	0,110	Estacionária
80 e mais anos	1,09	0,240	Estacionária
Total	1,05	0,001	Ascendente

*RR – Risco Relativo. Fonte: Rede e Instituto OBVIO.

O suicídio é um agravo à saúde que apresenta aumento progressivo das taxas de mortalidade com o avançar da idade, com as maiores taxas observadas em homens e mulheres a partir da quinta década da vida (WHO, 2014; BOTEAGA, 2014; BRASIL, 2021). Pode-se fazer uma associação entre essa tendência e o ciclo de vida dentro de uma sociedade em que opera a divisão sexual do trabalho. Essa divisão é a forma pela qual historicamente a sociedade molda a divisão do trabalho social (KERGOAT, 2003) e está inserida nas relações assimétricas de poder entre os homens e mulheres. Os princípios organizadores da divisão sexual do trabalho (separação: existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres; hierarquização: o trabalho de homem “vale” mais do que um trabalho de mulher) formam e reforçam os papéis atribuídos a feminilidade e masculinidade. A identidade feminina é construída, então, subordinada à expectativa de que as mulheres cuidem do lar e dos filhos e, mesmo tendo trabalho remunerado, socialmente esse trabalho é menos valorizado do que o trabalho desempenhado por homens. Estudos que avaliaram tentativa de suicídio e que entrevistaram familiares de idosos (as) após suicídios têm associado este fenômeno à construção da feminilidade e masculinidade na sociedade patriarcal, e assim, estes idosos(as) se suicidariam quando não conseguem cumprir o seu papel tradicional de gênero (MENEGHEL et al., 2012; MENEGHEL et al., 2015). Os homens se suicidariam quando deixam de cumprir o seu papel de provedor ao ficarem desempregados, com dívidas, ao se aposentar, e as mulheres se suicidariam quando não conseguem mais cumprir o seu papel de cuidadora, ou quando sofrem violência de gênero durante a sua vida (MENEGHEL et al., 2012; MENEGHEL et al., 2015).

A pandemia, como um choque externo, promove uma crise sanitária e econômica, gerando desemprego, aumento da insegurança alimentar, impactando diretamente na saúde mental e aumentando a violência de gênero (BANERJEE et al. 2021). Nesse sentido, espera-se nesse contexto, que as dificuldades na sustentação dos papéis tradicionais de feminilidade e masculinidade na sociedade patriarcal tenham se ampliado, a exemplo do que já se conhece para o ciclo de vida, como descrito por Meneghel et al. (2012) e Meneghel et al. (2015). De um lado, a crise do cuidado se evidencia, com sobrecarga do trabalho de cuidados das mulheres e necessidades de cuidados para a proteção da população idosa para evitar a contaminação. Redes de avós que auxiliaram com o cuidado dos netos tiveram que ser suspensas, além da necessidade de isolamento dessas idosas, o que pode contribuir para a sensação de não atendimento às designações ao gênero feminino no que diz respeito aos cuidados. Sobre a maior taxa de mortalidade por suicídio em mulheres idosas, Meneghel et al. (2015) afirmam que:

As desigualdades iniciam na infância com a educação diferenciada de gênero; seguem na juventude, com a iniciação sexual, o casamento e a maternidade; continuam na vida adulta por meio da violência perpetrada por parceiro íntimo e/ou outros familiares e culminam com uma velhice destituída de autonomia em que há perda de laços, de bens e de referências. Essas vidas atravessadas por violências produzem sentimentos de vazio e inutilidade, e fazem com que muitas idosas percebam a morte como a única saída (Meneghel et al., 2015, p. 1).

Por outro lado, embora as mulheres tenham sido mais afetadas no mercado de trabalho com a pandemia, os homens também amargaram dificuldades. A exemplo, a taxa de participação no mercado de trabalho das mulheres caiu de 54% em 2019 para 47% em 2020. Os homens também foram atingidos, saindo de 72% para 66% no mesmo período. Em termos de fluxos no mercado de trabalho, durante 2020, as mulheres vivenciaram aumento da transição para inatividade (“volta para o lar”), enquanto os homens sofreram uma maior queda nas chances de tonarem-se ocupados (sem emprego, mas à procura) (COSTA; BARBOSA; HECKSHER, 2021). Considerando o modelo de divisão sexual do trabalho e seus princípios de separação e hierarquização, espera-se que homens e mulheres tenham sido socialmente afetados de formas distintas. A perda de emprego por parte dos homens reverbera sobre o desempenho do papel tradicional de provedor e os afeta, dentro da divisão sexual do trabalho, porque não se mantém a hierarquia (de que o trabalho de homem é o mais importante), assim como não se mantém a

separação (visto que o espaço doméstico é local socialmente destinado às mulheres). Dada a cobrança pelo papel de provedores, atribuída socialmente à masculinidade, o cenário desfavorável no mercado de trabalho poderia contribuir para o aumento do suicídio entre os homens. As mulheres, em sem turno, se veem sem alternativas, principalmente as mães *solo*, para ofertar os cuidados de que seus familiares e filhos necessitam, assim como vivenciam a vulnerabilidade socioeconômica para sustentá-los (INSFRAN; MUNIZ, 2020).

Correlacionado à crise socioeconômica e estagnação da renda, estudos têm evidenciado aumento da mortalidade prematura em homens por suicídios, intoxicação por drogas e doença hepática alcoólica entre brancos não hispânicos com baixa escolaridade nos EUA (mortes por desespero) (SHANAHAN et al., 2019; WOOLF; SCHOOMAKER, 2019). No Brasil, estudo realizado por Guimarães (2020) mostrou relação entre o ajuste fiscal e a crise econômica vivenciada pelo país desde 2014 com a elevação das mortes por desespero ($p=0,003$) com maior prevalência de óbitos em homens (RP=6,15; IC95% 6,09 – 6,22), faixas etárias de 40 a 49 anos (RP=2,45; IC 95% 2,41 – 2,48) e 50 a 59 anos (RP=2,39; IC 95% 2,36 – 2,43); e raça parda (RP=1,21; IC 95% 1,20 – 1,22) e preta (RP=1,36; IC 95% 1,34 – 1,37). A estagnação econômica relacionada ao processo de globalização, automação, desindustrialização, gera fatores de risco para as mortes por desespero como a redução da renda, perspectivas de emprego e renda diminuídas, aumento do individualismo gerando isolamento social e perda da capacidade de organização dos trabalhadores (SHANAHAN et al., 2019). Contribuem para a elevação dos fatores associados ao desespero cognitivo, emocional e comportamental, aumentando das doenças do desespero (ideação suicida, uso de drogas ilícitas e abuso de álcool e adicção, elevando os coeficientes de mortalidade por suicídio, autointoxicação intencional e cirrose) (SHANAHAN, et al, 2019; GUIMARÃES, 2020). Apesar do aumento das taxas de mortalidade em homens de meia idade, sobretudo após a crise econômica de 2008 (SHANAHAN et al., 2019; GUIMARÃES, 2020), coeficientes de maior magnitude são observados em idosos(as), porque ao longo do ciclo de vida o risco de morte por causas externas vai se modificando, sendo os atropelamentos e suicídios maiores após os 60 anos, e os homicídios e acidentes de transporte em jovens (25-39 anos) (BOTEGA, 2014; BAHIA et al., 2017; WHO, 2019). Estudos advogam que essa realidade se associa com a redução do apoio social, isolamento, processos de luto pela perda do cônjuge e amigos, uso excessivo de substância como o álcool, dependência química, quadros depressivos e diagnósticos de doenças crônicas incuráveis que podem ocasionar incapacidades para as atividades de vida diária, redução da autonomia e impotência. Situações que os impedem de performar a masculinidade hegemônica sexual (PINTO; ASSIS; PIRES 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTI, 2012).

Estudos têm discutido, ainda, o efeito da pandemia da Covid-19 na saúde mental, em virtude do isolamento social, medo do desconhecido, temor de contaminar a si ou aos familiares, impacto socioeconômico, como desemprego, insegurança alimentar e falta de assistência médica para o manejo de problemas psicossociais (BANERJEE et al., 2021; YAO et al., 2020; GUNNELL et al., 2020; SOUZA et al., 2021; ARMITAGE et al., 2020; QIU et al., 2020; LI et al., 2020). Nesta direção, os resultados apontam aumento de suicídio durante a crise econômica de 2008 em 27 países da Europa (4,2%; IC 95% 3,4 – 5,1%) e em 18 países do continente americano (6,4%; IC 95% 5,4 – 7,5%) (CHANG et al., 2013). No Brasil, foi observado aumento da taxa de mortalidade por causas associadas à morte por desespero (suicídio, uso abusivo de álcool e drogas) no sexo masculino, pretos e pardos no período de 2011 a 2018 (GUIMARÃES, 2020).

Nessa direção, estudo realizado na China, nos primeiros meses da pandemia, observou 16,5% de sintomas depressivos moderados e graves e 28,8% de ansiedade grave ou moderada entre os participantes (QIU et al., 2020), além disso, inquérito populacional, com amostra de 50 mil adultos, identificou que 35% destes experienciaram sofrimento psicológico durante a crise sanitária da Covid-19 (LI et al., 2020). No Brasil, estudo transversal, realizado entre abril e maio de 2020, com 3.200 adultos, por meio de questionário eletrônico, identificou prevalência de 21,5% de estresse severo, 19,4% de ansiedade e 21,5% de depressão. Enfatiza-se que os fatores associados à depressão severa foram: ser mulher jovem; solteiro, apresentar sedentarismo e

redução das atividades de lazer, além de história progressiva de ansiedade e sintomas de Covid-19 (SOUZA et al., 2021).

Banerjee et al. (2021) desenvolveram modelo teórico que se propõe a identificar os principais fatores de risco associados ao aumento de suicídios durante a pandemia que seriam: (i) solidão, isolamento e tédio (distanciamento social, restrição de viagens, quarentena, falta de acesso à tecnologia); (ii) medo e incertezas (doença com história natural não totalmente elucidada, ausência de tratamento curativo, desinformação, excesso de informação, competição por cuidados à saúde – colapso dos serviços de saúde); (iii) marginalização (xenofobia, sobretudo, com indivíduos de origem asiática); (iv) alterações na saúde mental (estresse agudo, transtorno do estresse pós-traumático e abuso de substâncias); (v) agravamento de problemas de saúde mental (acesso limitado aos serviços de saúde, falta de medicamentos e supervisão da equipe multiprofissional); (vi) crise econômica (desemprego, redução do salário e renda, colapso de pequenas e médias empresas); (vii) violência doméstica (aumento do tempo de exposição com o parceiro, abuso de substância, sexismo, aumento da carga de trabalho doméstico e cuidado com as crianças).

A pandemia da COVID-19 agudizou problemas já existentes na sociedade brasileira, entre estes os suicídios. Os grupos de maior vulnerabilidade são adolescentes, idosos, mulheres, trabalhadores de linha de frente, migrantes, população em situação de rua e indivíduos em grande vulnerabilidade socioeconômica. E como os efeitos desta crise sanitária e econômica promovem um efeito de período, são necessárias medidas de proteção socioeconômica, de acesso à saúde mental aos indivíduos de maior vulnerabilidade ao suicídio e a tentativas de suicídio, assim como de educação em saúde com a ajuda da mídia e redes sociais para disponibilizar os canais existentes para o acesso à atenção psicossocial.

CONCLUSÕES

Este estudo avaliou o impacto da pandemia por Covid-19 nos suicídios do estado do Rio Grande do Norte sob a perspectiva de gênero. Foi significativo o aumento de suicídios no período após o início da pandemia em ambos os sexos, fato que sugere que os impactos negativos causados pela crise sanitária e exacerbaram fatores de risco para suicídio, aumentaram esses óbitos. Acreditamos que a magnitude das taxas apresentadas no presente estudo possa sofrer aumento após o processo de revisão e investigação de óbitos que o Sistema de Informação Sobre Mortalidade do Departamento do SUS faz antes de liberar os dados para acesso livre no site do DATASUS, o que ocorre com intervalo de dois anos entre o ano do óbito e o ano da liberação dos registros de óbito.

Apesar de os homens morrerem mais por suicídio na década estudada, as mulheres apresentaram uma proporção maior de aumento de suicídio nos últimos anos, o que revela uma diferença de prisma a ser aprofundada em próximos estudos. Ademais destaca-se que com o aumento da violência contra a mulher no ambiente doméstico no período pandêmico, e consequentemente, da opressão e desigualdade de gênero, há, inevitavelmente, uma sobrecarga biopsicossocial que pode motivar atos autodestrutivos.

Embora o suicídio seja um fenômeno social complexo e multideterminado, envolvendo questões individuais, uma parcela das ocorrências pode ser atribuída a questões estruturais como as condições socioeconômicas. Como os resultados demonstraram, o momento de crise socioeconômica está associado a aumento nos coeficientes de mortalidade por suicídio. Nesse sentido, as perspectivas para os próximos anos são preocupantes. A pandemia da Covid-19 pode ter deflagrado a pior crise da história do mercado de trabalho nacional (MATTEI; HEINEN, 2022).

Durante o ano de 2020, primeiro ano da pandemia no Brasil, houve a implementação de um programa de transferência de renda, como uma medida excepcional de proteção social, o Programa de Auxílio Emergencial. O Auxílio Emergencial tinha o valor inicial de R\$ 600,00 por pessoa e R\$1200,00 para mães chefes de famílias, quando atendido a critérios de vulnerabilidade socioeconômica (BRASIL, 2020). Com efeito, a maior concentração dos beneficiários foi entre mulheres, pretos e pardos, jovens e pessoas com baixo grau de escolaridade. A concentração também se deu nas regiões Norte e Nordeste (NARDI, 2021). Com o fim do Auxílio Emergencial, somado a incertezas que ainda pairam sobre novos

programas de transferência de renda e sobre o mercado de trabalho, o quadro que se apresenta é de aumento nos níveis de pobreza e aumento na desigualdade social. Para enfrentar esse quadro, para além do tratamento da saúde mental, deve-se reconhecer a urgência de retomada e fortalecimento de políticas de proteção social, que sejam sensíveis a gênero e raça e que considerem a garantia de uma renda mínima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGARWAL, Shilpa. Suicide in India. *British Medical Bulletin*, v. 114, n. 1, 2015.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Using time series analysis in epidemiological studies. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. DOI: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>>.
- ARMITAGE, Richard et al. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, v. 5, n. 5, p. e256. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
- BACHMAN, Silke. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 7, p. 1425, 2018.
- BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 25, p. 1-15, 7 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>.
- BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017.
- BANERJEE, Debanjan; KOSAGISHARAF Jagannatha R.; SATHYANARAYANA RAO, T. S. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res.*, v. 295, e113577, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113577>.
- BASTA, Maria et al. Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision. *BMC Psychiatry*, v. 1, n. 18, p. 356, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1931-4>.
- BEAUTRAIS, Annette L. Women and suicidal behavior. *Crisis*, v. 27, n. 4, p. 153-156, 2006.
- BITANIHIRWE, Byron Kiiza Yafesi. Monitoring and managing mental health in the wake of Ebola. *Ann. dell'Istituto Super. Sanita*, v. 52, n. 3, p. 320-322, 2016. DOI: 10.4415/ANN_16_03_02.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia Usp*, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde, 2017. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 48, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde (Org.). *Resumo executivo Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 52 p. il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resumo_saude_brasil_2015_2016.pdf. Acesso em: 3 jul. 2021.
- BRASIL. Lei 13.982, de 2 abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2020. Edição 64-A, Seção 1- Extra, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v.

- 52, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.
- CANETTO, Silvia Sara. Meanings of Gender and Suicidal Behavior during Adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 27, p. 339-351, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00513.x>. CHANG, Shu-Sen et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, v. 347, n. 171, p. 1-15, 17 set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5239>.
- CHEUNG, Y. T.; CHAU, P. H; YIP, P. S. A revisit on older adults suicides and severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 23, p. 1231-38, 2008. DOI: 10.1002/gps.2056.
- COSTA, Joana Simões; BARBOSA, Ana Luiza Neves de Holanda; HECKSHER, Marcos. Desigualdades no mercado de trabalho e pandemia da Covid-19. Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2021. DOI: <https://doi.org/10.38116/td2684>. (Texto para Discussão: TD 2684).
- DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Estimates of suicide mortality in women residents in northeast brazilian states 1996 to 2018. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, ago. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estimates-of-suicide-mortality-in-women-residents-in-northeast-brazilian-states-1996-to-2018/17747>. Acesso em: 12 maio 2021.
- FARES, Lygia Sabbag; OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de; CARDOSO, Luisa; NASSIF-PIRES, Luiza. *As políticas econômicas implementadas no Brasil durante a pandemia sob a perspectiva de gênero*. São Paulo: MADE/USP, 2021. (Nota de Política Econômica nº 006).
- GUIMARÃES, Raphael Mendonça. *Crise econômica, austeridade fiscal e mortes por desespero no Brasil*. 2020. 161 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020.
- GUNNELL, David et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
- HAAS, Ann P. et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*, v. 58, n. 1, p. 10-51, 2010.
- INSFRAN, Fernanda; MUNIZ, Ana Guimarães Correa Ramos. Maternagem e Covid-19: desigualdade de gênero sendo reafirmada na pandemia. *Diversitates International Journal*, v. 12, n. 2, p. 26-47, 2020.
- KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: EMÍLIO, Marli et al. (Org.). *Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher/Prefeitura do Município de São Paulo, 2003. p. 55-63. (Coleção Caderno da Coordenadoria Especial da Mulher, 3).
- LEE, Sang Ah et al. The association between satisfaction with husband's participation in housework and suicidal ideation among married working women in Korea. *Psychiatry Res.*, v. 261, p. 541-546. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.039. Epub: 2018 Jan. 31. PMID: 29407720. 2018.
- LI, Sijia et al. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: a study on active weibo users. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, [S.L.], v. 17, n. 6, p. 2032, 19 mar. 2020. MDPI AG. DOI: <http://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.
- MATOS, Kelly Christina da Silva. *Feminicídio contra mulheres e meninas potiguaras: uma análise de 2011 a 2020*. 2021. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.
- MATTEI, Lauro; HEINEN, Vicente Loeblein. Balanço dos impactos da crise da COVID-19 sobre o mercado de trabalho brasileiro em 2020. *Katálysis*, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 43-61, 2022.
- MEIRA, Karina Cardoso et al. Tendência temporal da mortalidade por homicídio de mulheres em região brasileira. *Rene*, Natal, v. 20, e39864, p. 1-8, 22 jan. 2019.
- MEIRA, Karina Cardoso; DANTAS, Eder Samuel Oliveira; JESUS, Jordana Cristina de. *Suicídio: uma questão de gênero*. **Observatório do Nordeste para Análise**

- Sociodemográfica (ONAS)**, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://demografiaufrn.net/2021/03/22/suicidio-uma-questao-de-genero>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia (Org.). *Impactos da Violência na Saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. Cap. 14. p. 311-331.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, 2013.
- MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Suicídio em idosos: uma perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, 2012.
- MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1721-1730, 2015.
- NARDI, André Falco Lemos. Um estudo do auxílio emergencial brasileiro em tempos de covid-19 (2020). Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas) – Instituto de Economia e Relações Internacionais, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021.
- OJIMA, Ricardo; MARANDOLA JR, Eduardo. Mobilidade populacional e um novo significado para as cidades: dispersão urbana e reflexiva na dinâmica regional não metropolitana. *Revista brasileira de estudos urbanos e regionais*, v. 14, n. 2, p. 103-103, 2012.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Suicide mortality in the Americas: regional report*. Washington D.C: PAHO, 2014.
- PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de; PIRES, Thiago de Oliveira. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 17, p.1963-1972, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/07.pdf>>.
- QIU, Jianyin et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, v. 6, n. 33, e100213, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
- SANTOS, Emelynne Gabrielly de Oliveira; BARBOSA, Isabelle Ribeiro; SEVERO, Ana Kalliny Sousa. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2000 a 2015. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, n. 2, p. 633-643, 2020. Epub: 3 fev. 2020. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11042018>. Acesso em: 27 abr. 2022.
- SCHRIJVERS, Didier L.; BOLLEN, Jos; SABBE, Bernard G. C. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, v. 138, n. 1-2, p. 19-26, 2012.
- SHANAHAM, Lilly et al. *Does Despair Really Kill? A Roadmap for an Evidence-Based Answer*. *Am J Public Health*, v. 109, n. 6, p. 854-858, 2019.
- SCOTT, Joan W. Gender: a Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Reviews*, v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1988a.
- SCOTT, Joan W. Deconstructing Equality-Versus-Difference: Or, the Uses of Poststructuralist Theory for Feminism. *Feminist Studies*, v. 14, n. 1, p. 33-50, 1988.
- SILVERIO DE ALMEIDA, Cleide Rita; DAL MAS DIAS, Elaine Teresinha. Nísia Floresta: o conhecimento como fonte de emancipação e a formação da cidadania feminina. *Rev. hist. educ. latinoam.* [online], Boyacá, año 2009, v. 13, p. 11-27. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rhel/n13/n13a02.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022. ISSN 0122-7238.
- SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, n. 5, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003152>>.
- SOUZA, Heloísa Maria Galvão Pinheiro de. *Luísa Alzira Teixeira Soriano: primeira mulher eleita prefeita na América do Sul*. Natal: CCHLA, 1993.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Suicide in the world: Global Health Estimate*. Genebra: WHO, December 2019.
- WOOLF, Steven H.; SCHOOMAKER, Heidi. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959-2017. *JAMA*, v. 322, n. 20, p. 1996-2016, nov. 2019.
- YAO, Hao; CHEN, Jian-Chua; XU, Yi-Feng. Patients with mental health disorders in the COVID19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 4, p. e21, april 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).

NOTAS EXPLICATIVAS

¹ <<https://portalcoronavirus.saude.rn.gov.br/>>.

² Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2020.

³ < <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>>.

Recebido em janeiro de 2022.

Aprovado em maio de 2022.