

Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013

doi: 10.5123/S1679-49742018000100001

Sociodemographic characteristics and time series of mortality due to suicide among elderly individuals in Bahia State, Brazil, 1996-2013

Características sociodemográficas y série temporal de la mortalidad por suicidio en ancianos del Estado de Bahía, Brasil, 1996-2013

Érica Assunção Carmo¹ –  orcid.org/0000-0002-7036-5887

Patrícia Honório Silva Santos¹

Bárbara Santos Ribeiro¹

Carine de Jesus Soares¹

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana¹

Eliane dos Santos Bomfim¹

Bruno Gonçalves de Oliveira¹

Juliana da Silva Oliveira^{1,2}

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Jequié, BA, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever aspectos sociodemográficos e a série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2013. **Métodos:** estudo descritivo e ecológico de séries temporais, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); a regressão de Prais-Winsten foi empregada para análise de tendência e cálculo da variação percentual anual (APC). **Resultados:** identificaram-se 858 óbitos por suicídio em idosos na Bahia, dos quais 85,4% eram homens e 53,8% do grupo etário de 60 a 69 anos; 64,3% dos óbitos decorreram de enforcamento/estrangulamento, seguidos de autointoxicação por pesticidas e produtos químicos (13,1%); houve tendência crescente da taxa de mortalidade por suicídio na população idosa geral (APC 11,0; IC_{95%} 6,9;15,3) e no sexo masculino (APC 12,1; IC_{95%} 7,1;17,3), enquanto no feminino houve estabilidade. **Conclusão:** na Bahia, a mortalidade por suicídio em idosos apresentou tendência crescente no período estudado e foi mais elevada no sexo masculino.

Palavras-chave: Suicídio; Mortalidade; Idoso; Epidemiologia Descritiva; Estudos de Séries Temporais.

Endereço para correspondência:

Érica Assunção Carmo – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Campus de Jequié, Av. José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequiezinho, Jequié-BA, Brasil. CEP: 45206-190
E-mail: eacarmo20@gmail.com



Introdução

O suicídio consiste em um fenômeno complexo, relacionado a múltiplos fatores variáveis no tempo e no espaço, que resulta na morte intencionalmente autoprovocada.^{1,2} Ele se configura como um grave problema de Saúde Pública, apontado como uma das dez principais causas de morte no mundo.¹

Anualmente, aproximadas 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, o que corresponde a uma taxa global ajustada de 11,4 por 100 mil habitantes (15,0 para os homens e 8,0 para as mulheres).² No Brasil, de 2000 a 2012, foram registrados 112.103 óbitos por suicídio em maiores de 10 anos de idade, com aumento de 26,5% na taxa de mortalidade, que passou de 4,9 em 2000 para 6,2 por 100 mil habitantes em 2012.³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a idade é fator importante na ocorrência do suicídio. Taxas de mortalidade mais elevadas entre pessoas com 70 anos ou mais, em comparação com idades mais precoces, são observadas em quase todas as regiões do mundo.²

Em nível global, a taxa de mortalidade por suicídio entre homens com idade ≥ 65 anos, na década de 1990, situava-se em torno de 41 óbitos por 100 mil habitantes, atingindo valor ainda maior quando considerados apenas aqueles com idade ≥ 75 anos (50 óbitos/100 mil habitantes).² No Brasil, de 2000 a 2014, aproximadamente, 19 mil pessoas ≥ 60 anos morreram em decorrência de suicídio,⁴ e embora a taxa de mortalidade seja relativamente baixa no país – em relação a outros –, o risco de suicídio na população idosa representa o dobro do estimado para a população geral.⁵

A idade é fator importante na ocorrência do suicídio. Taxas de mortalidade mais elevadas entre pessoas com 70 anos ou mais, em comparação com idades mais precoces, são observadas em quase todas as regiões do mundo.

A maior vulnerabilidade ao suicídio entre indivíduos com 60 anos ou mais, em decorrência de problemas de saúde e alterações nos papéis sociais, torna por si relevante conhecer a magnitude do problema. Além disso, essas pessoas recebem pouca atenção das

autoridades da Saúde Pública, de pesquisadores e da mídia, os quais, em suas reflexões e ações, costumam priorizar grupos populacionais mais jovens.⁶

Soma-se, como mais uma justificativa para a realização deste estudo, a escassez de trabalhos científicos sobre a temática no Brasil, sobretudo em locais onde é evidenciado um crescimento na ocorrência desse evento, a exemplo da região Nordeste, com destaque para os estados do Ceará e Bahia, que representaram, juntos, mais de 40% das mortes por suicídio na região no período de 2010 a 2013.⁴

Buscando fornecer subsídios que ampliem o conhecimento sobre o tema e auxiliem o setor Saúde em suas ações preventivas a partir da identificação de grupos vulneráveis, este estudo teve por objetivo descrever os aspectos sociodemográficos e a evolução temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2013.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e ecológico de séries temporais.

Em 2010, o estado da Bahia apresentava uma população de 14.016.906 habitantes, dos quais 1.450.008 (10,3%) tinham 60 anos ou mais de idade.⁷ No mesmo ano, 4.760.071 (34%) dos habitantes do estado apresentavam ensino de Fundamental completo a Superior completo, e o rendimento médio mensal domiciliar *per capita* daqueles com 10 anos ou mais de idade era de 947,25 reais.⁷

Os dados sobre óbitos por suicídio foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no sítio eletrônico do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde. O período do estudo (1996 a 2013) foi determinado por corresponder aos anos de abrangência da atual Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua 10ª revisão (CID-10).

Foram incluídos todos os óbitos de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, residentes do estado da Bahia e que tiveram como causa básica o suicídio, classificado na CID-10 como 'causas externas de morbimortalidade', sob os códigos X60 a X84. As categorias da CID-10 correspondentes ao suicídio foram:

- autointoxicação por medicamentos, substâncias biológicas e não especificadas (X60-X64);

- autointoxicação intencional por álcool (X65);
- autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos (X68-X69);
- lesão autoprovocada intencional por enforcamento e estrangulamento (X70);
- lesão autoprovocada intencional por afogamento/submersão (X71);
- lesão autoprovocada intencional por arma de fogo (X72-X74);
- lesão autoprovocada intencional por fumaça, fogo e gás (X75-X77);
- lesão autoprovocada intencional por arma branca e objetos contundentes (X78-X79);
- lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado (X80);
- lesão autoprovocada intencional por meio não especificado (X84); e
- demais causas (X81-X83; X66-X67)

Para caracterização dos óbitos, foram consideradas as seguintes variáveis:

- sexo (masculino; feminino);
- faixa etária (em anos: 60 a 69; 70 a 79; 80 ou mais);
- cor da pele/raça (branca; preta; parda; amarela; indígena);
- estado civil (solteiro; casado; viúvo; divorciado/separado; outro); e
- escolaridade (em anos de estudo: nenhum; 1 a 7; 8 a 11; 12 ou mais)

A distribuição dos óbitos por grupos de causas foi descrita segundo sexos e faixas etárias.

Para análise da evolução temporal, foram calculadas as taxas de mortalidade por suicídio em idosos (por 100 mil habitantes), total e segundo sexos. As taxas foram ajustadas por idade, pelo método direto, utilizando-se a população idosa brasileira de 2010 como referência. Os dados populacionais foram obtidos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acessíveis pelo sítio eletrônico do Datasus, sendo referentes à contagem da população (1996), censos demográficos (2000; 2010), projeções intercensitárias (1997 a 1999; 2001 a 2012) e projeções da população (2013).

Na análise de tendência temporal, utilizaram-se os procedimentos de regressão linear generalizada de Prais-Winsten, que considera a autocorrelação serial. Para isso, estimou-se a variação percentual anual (em inglês, *annual percent change* [APC]) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}).⁸ Os valores de p foram obtidos pelo teste de Wald. Foi adotado o

nível de significância estatística de 5%. Para tabulação, análise descritiva e cálculo das taxas, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010, e para análise de tendência, o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016.⁹ Por utilizar apenas dados disponíveis publicamente e sem identificação dos sujeitos, foi dispensada a submissão a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados

No período de 1996 a 2013, foram identificados 858 óbitos por suicídio no estado da Bahia, entre indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Ao distribuir esses óbitos segundo as características sociodemográficas (Tabela 1), observou-se que 85,4% eram do sexo masculino, 53,8% do grupo etário de 60 a 69 anos, 54,0% de cor da pele/raça parda e 43,9% casados. Quanto à escolaridade, 33,5% tinham de 1 a 7 anos de estudo. Merece destaque a proporção de dados não informados para as variáveis cor da pele/raça (17,7%), estado civil (15,3%) e escolaridade (36,6%) (Tabela 1).

Quanto aos meios utilizados, 64,3% dos óbitos decorreram de lesões autoprovocadas intencionalmente por enforcamento e estrangulamento, seguidas de autointoxicação por pesticidas e produtos químicos, com 13,1%. Resultados semelhantes foram evidenciados na distribuição estratificada por sexo (66,9% e 12,7% no sexo masculino; 49,6% e 15,2% no sexo feminino) e por faixa etária (64,5% e 12,8% no grupo de 60 a 69 anos; 63,8% e 13,5% no de 70 a 79 anos; 64,9% e 13,2% no de 80 anos ou mais) (Tabela 2).

A evolução temporal das taxas de mortalidade por suicídio em idosos está apresentada na Tabela 3. Verificou-se um crescimento de 206,3% na taxa de mortalidade por suicídio em idosos na Bahia, que passou de 2,2/100 mil habitantes em 1996 para 6,8/100 mil habitantes em 2013, com incremento anual de 11,0% (IC_{95%} 6,9;15,3) e tendência crescente e significativa. No sexo masculino, verificaram-se taxas mais elevadas (3,9 em 1996 e 12,7 em 2013), com tendência crescente e significativa (APC 12,1%; IC_{95%} 7,1;17,3), enquanto no sexo feminino foram observadas taxas mais baixas (0,8 em 1996 e 2,0 em 2013), com estabilidade ao longo do período (Tabela 3).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos óbitos por suicídio em idosos, Bahia, 1996-2013

Características	N	%
Sexo		
Masculino	733	85,4
Feminino	125	14,6
Faixa etária (em anos)		
60-69	462	53,8
70-79	282	32,9
≥80	114	13,3
Cor da pele/raça		
Branca	175	20,4
Preta	63	7,3
Parda	463	54,0
Amarela	4	0,5
Indígena	1	0,1
Sem informação	152	17,7
Estado civil		
Solteiro	207	24,1
Casado	377	43,9
Viúvo	110	12,8
Divorciado/separado	30	3,5
Outro	3	0,4
Sem informação	131	15,3
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhum	194	22,6
1-7	287	33,5
8-11	50	5,8
≥12	13	1,5
Sem informação	314	36,6

Discussão

Na Bahia, a mortalidade por suicídio em idosos predomina no sexo masculino, no grupo etário de 60 a 69 anos. Observou-se tendência crescente na taxa de mortalidade por suicídio na totalidade de idosos; em particular no sexo masculino, cuja taxa foi, aproximadamente, 4 a 10 vezes superior à do feminino, nos anos estudados.

O crescimento evidenciado neste estudo mostrou-se mais acentuado quando comparado ao do conjunto do Brasil (16,2%) e ao da região Nordeste (57,2%), no período de 2000 a 2012;³ e a outros estados brasileiros, como Minas Gerais (42,9%)¹⁰ de 1999 a 2008, e Ceará (145,8%) de 1980 a 2009.¹¹

Sobre esse aspecto, é importante ressaltar que o crescimento evidenciado pode ser consequência não apenas do aumento do número de casos, mas também dos possíveis avanços de cobertura do SIM e de preenchimento das declarações de óbito (DO), em virtude de uma melhor identificação e classificação do suicídio como causa da morte.

No Brasil, a dificuldade para se dimensionar o suicídio resulta da incompletude dos registros¹² e de razões culturais. Outros problemas de qualidade são identificados, muitos deles decorrentes, por um lado, das informações que padecem de precisão em sua fonte de registro – como na Polícia e nos Institutos de Medicina Legal –, e por outro lado, da comoção

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por suicídio em idosos, de acordo com as categorias da CID-10,^a segundo sexo e faixa etária, Bahia, 1996-2013

Categorias da CID-10 ^a	Total		Sexo				Faixa etária					
			Masculino		Feminino		60 a 69		70 a 79		80 e mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autointoxicação por medicamentos, substâncias biológicas e não especificadas	8	0,9	5	0,7	3	2,4	7	1,5	–	–	1	0,9
Autointoxicação por álcool	3	0,4	3	0,4	–	–	2	0,4	1	0,3	–	–
Autointoxicação por pesticidas e produtos químicos	112	13,1	93	12,7	19	15,2	59	12,8	38	13,5	15	13,2
Lesão autoprovocada por enforcamento e estrangulamento	552	64,3	490	66,9	62	49,6	298	64,5	180	63,8	74	64,9
Lesão autoprovocada por afogamento/submersão	14	1,6	6	0,8	8	6,4	8	1,8	3	1,1	3	2,6
Lesão autoprovocada por arma de fogo	68	7,9	66	9,0	2	1,6	42	9,1	21	7,4	5	4,4
Lesão autoprovocada por dispositivos explosivos	18	2,1	7	0,9	11	8,8	7	1,5	5	1,8	6	5,3
Lesão autoprovocada por arma branca e objetos contundentes	12	1,4	11	1,5	1	0,8	6	1,3	5	1,8	1	0,9
Lesão autoprovocada por precipitação de lugar elevado	26	3,0	18	2,5	8	6,4	14	3,0	8	2,8	4	3,5
Lesão autoprovocada por meio não especificado	33	3,9	27	3,7	6	4,8	12	2,6	18	6,4	3	2,6
Demais causas autoprovocadas	12	1,4	7	0,9	5	4,0	7	1,5	3	1,1	2	1,7
Total	858	100,0	733	100,0	125	100,0	462	100,0	282	100,0	114	100,0

a) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão.

Tabela 3 – Tendência da taxa de mortalidade por suicídio em idosos, segundo sexo, Bahia, 1996-2013

Sexo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	APC ^a	IC _{95%} ^b	p-valor ^c	Tendência
Masculino	3,9	6,6	4,9	3,8	6,2	4,8	5,1	7,5	5,4	9,1	7,8	10,8	10,0	8,0	8,2	6,8	8,5	12,7	12,1	7,1; 17,3	<0,001	Crescente
Feminino	0,8	1,6	0,2	1,0	0,9	1,0	0,5	0,7	1,1	1,8	1,0	0,3	0,5	1,4	1,1	1,5	1,2	2,0	9,9	-2,9; 24,3	0,126	Estável
Total	2,2	3,9	2,4	2,3	3,3	2,8	2,7	3,8	3,1	5,1	4,0	5,0	4,8	4,4	4,3	3,9	4,5	6,8	11,0	6,9; 15,3	<0,001	Crescente

a) APC: *annual percent change* ou variação percentual anual.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

c) Teste de Wald.

social relacionada ao suicídio, não apenas dos idosos senão também dos indivíduos em geral, em virtude do estigma e do preconceito social associados ao evento.¹²

Vários são os fatores relacionados ao suicídio em idosos. Entre eles, pode-se destacar os transtornos mentais, sobretudo a depressão, o mal-estar físico ou presença de doenças terminais, acompanhado do medo do prolongamento da vida sem dignidade, os problemas de ordem social, como isolamento, falta de uma rede de apoio e solidão, além das ideias, tentativas prévias e facilidade no acesso aos meios utilizados para consumação do ato.^{6,13} Ademais, momentos estressantes como a perda de familiares,

fatores psicossociais como o alcoolismo e o uso de outras drogas, que interferem nos aspectos psicológicos, psiquiátricos e biológicos do idoso, podem levar esse indivíduo à autodestruição.¹³⁻¹⁵

No presente estudo, as mortes autoinfligidas envolvendo idosos predominaram no sexo masculino, com tendência crescente da taxa de mortalidade. Este resultado corrobora o verificado para o Brasil (2000 a 2012)³ e outros estados, como Minas Gerais (1999 a 2008)¹⁰ e Espírito Santo (1980 a 2006).¹⁶

Entre as possíveis justificativas para esse achado estão as fragilidades ligadas ao sexo, que constituem fatores importantes na explicação da ocorrência do

suicídio.¹⁷ Na velhice, por exemplo, a masculinidade que valoriza o estoicismo, o controle das emoções, o machismo e a competitividade tende a se intensificar, e o fato de outros adultos assumirem as funções de chefia na família e na sociedade, antes exercidas pelo idoso, leva-o a sentir-se inútil, incapaz, impotente e humilhado.¹⁸ Outrossim, o afastamento do trabalho por conta da aposentadoria ou adoecimento crônico, as dificuldades financeiras e os problemas de relacionamento ou de desempenho sexual são potenciais motivadores para o comportamento suicida em idosos.¹⁸

A menor frequência de suicídio encontrada em idosas confirma achados de estudos de âmbito nacional^{10,11,14} e internacional,¹⁹ possivelmente justificados pelo fato de as mulheres cuidarem mais da saúde e da sociabilidade. Mesmo na velhice, elas continuam a exercer função de cuidadoras, executam as atividades domésticas e mantêm uma relação próxima e comunicativa com os familiares e com sua comunidade, além de, culturalmente, mostrarem-se mais resistentes à dor e ao sofrimento.¹⁷

A maioria dos idosos do estado da Bahia que cometeram suicídio tinham entre 60 a 69 anos, resultado semelhante ao encontrado no Espírito Santo (1980 a 2006)¹⁶ e em Santa Catarina (2009),²⁰ e divergente dos apontados em estudos realizados no Rio Grande do Sul (1980 a 1999)¹⁴ e em países como a China (2013 a 2014),²¹ que mostraram o grupo dos idosos longevos (80 anos ou mais) como os mais envolvidos com os pensamentos, tentativas e execução do suicídio.

A condição de solteiro, viúvo ou separado, ao contribuir para o isolamento social, é referida como fator de risco para o suicídio,^{11,14} conforme evidenciado no presente estudo, uma vez que quase metade dos idosos que cometeram suicídio estavam nessas condições. Quanto à cor da pele/raça, observou-se entre os casos uma maior proporção de idosos pardos, semelhantemente ao revelado em estudo conduzido na cidade de Recife-PE (2009),²² possível reflexo da maioria da população dessas localidades se autodeclarar parda.

Ainda sobre os aspectos sociais, estudos realizados no Brasil (2000 a 2012)³ e em países como a Malásia (2009)¹⁵ apontam maior número de tentativas e de ocorrência de suicídio em grupos populacionais com menor escolaridade (até 7 anos de estudos), fato também verificado nesta pesquisa. Entretanto, ressalta-se a elevada proporção de casos sem o preenchimento dessa variável, problema também identificado em estudo realizado no estado do Ceará, no período 1997-2007.²³

Na Bahia, a análise da completude dos dados sobre suicídio de idosos entre os anos de 1996 e 2010, a partir do SIM, demonstrou que, apesar do avanço no registro do campo escolaridade, sua completude continuava a apresentar escore ruim (não completude de 20 a 50%).¹² Este dado revela uma fragilidade na qualidade do preenchimento das DO, apontando a necessidade de aprimoramento da qualidade dos registros, e para a obtenção de informações referentes às circunstâncias dos óbitos, bem como dos grupos populacionais sob maior risco.

No que se refere aos métodos empregados, destacaram-se, em ambos os sexos e nas distintas faixas etárias, o enforcamento e estrangulamento, seguidos pela autointoxicação por pesticidas e produtos químicos, resultados semelhantes aos apontados em estudos realizados no município de Recife-PE (2009)²³ e em países como Cuba (1987-2014)¹⁹ e Malásia (2009).¹⁵

A ampla disponibilidade e a facilidade no acesso aos potentes agentes tóxicos, como os produtos químicos industriais, domissanitários, cosméticos, raticidas, assim como a diversidade de medicamentos utilizados no decorrer do processo de envelhecimento, podem favorecer a ocorrência de suicídio em idosos.²⁴ Para os casos de difícil controle, como o enforcamento/ estrangulamento, mostra-se decisivo o monitoramento por parte dos profissionais de saúde e de serviços especializados, como também a orientação dos familiares e de outras pessoas de convívio próximo do idoso quando da identificação de momentos emergenciais, com o intuito de impedir tentativas de suicídio.³

No Brasil, percebe-se que quando se trata de suicídio envolvendo idosos, pouco ou nada se discute no âmbito das políticas públicas de saúde, a exemplo da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)²⁵ e da Política Nacional de Saúde Mental,²⁶ que enfatizam em seus textos a ocorrência do evento na população jovem, para quem direcionam as ações de prevenção e controle. Observação similar se aplica à própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,²⁷ que não contempla em suas diretrizes o fenômeno, ao mencionar no campo das violências apenas ações de combate à violência doméstica e institucional ao idoso, o que demonstra a importância da retomada das discussões acerca das políticas e ações de promoção da saúde da pessoa idosa no país, sobretudo na prevenção do suicídio.

Sobre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados do SIM, com possível subnotificação de casos em função do sub-registro e/ou falhas no preenchimento das declarações de óbito.²⁸ O elevado número de casos cuja causa básica da morte é classificada como mal definida ou causa externa por intenção indeterminada, reforça a possibilidade de subnotificação de óbitos por suicídio.^{12,28} Ademais, a incompletude dos dados, principalmente de variáveis como escolaridade, cor da pele/raça e estado civil, pode ter dificultado uma melhor caracterização dos casos, e com isso, a identificação de grupos vulneráveis.

Não obstante essas limitações, os resultados encontrados apontam para a importância da interação entre o setor Saúde e outros dispositivos sociais, visando garantir o apoio e proteção da pessoa idosa, sendo evidente a necessidade do desenvolvimento de ações

que promovam o bem-estar, a autonomia e a sociabilidade dessa população, de modo a contribuir para a qualidade de vida e, conseqüentemente, redução das mortes intencionalmente autoprovocadas.

Contribuição dos autores

Carmo EA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ e Santana MAA participaram da concepção e delimitação do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Bomfim ES, Oliveira BG e Oliveira JS participaram da concepção e delimitação do estudo, e da revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declararam-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

- World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2002 [cited 2016 Oct 5]. 360 p. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [internet]. Geneve: World Health Organization; 2014 [cited 2016 Oct 5]. 92 p. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015 jan-mar;64(1):45-54.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informação do SUS (DATASUS). Informações de saúde. Óbitos por causas externas [Internet]. 2016 [citado 2016 nov 6]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
- Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saúde Pública*. 2006 ago;22(8):1587-96.
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ*. 2004 Oct;329(7471):895-9.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados – Bahia [Internet]. 2017 [citado 2017 jun 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>
- Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 jul-set;24(3):565-76.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2016 maio 24; seção 1:44-6.
- Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010 out-dez;14(4):779-86.
- Pinto LW, Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Cienc Saúde Colet*. 2012;17(8):1973-81.
- Rios MA, Anjos KF, Meira SS, Nery AA, Casotti CA. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr*. 2013 abr-jun;62(2):131-8.
- Di Mauro S, Leotta C, Giuffrida F, Distefano A, Grasso MG. Suicides and the third age. *Arch Gerontol Geriatr*. 2003 Jan-Feb;36(1):1-6.
- Meneghel SN, Victora CA, Faria NMX, Carvalho IA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004 dez;38(6):804-10.
- Rahimi R, Ali N, Noor SMD, Mahmood MS, Zainun KA. Suicide in the elderly in Malaysia. *Malaysian J Pathol*. 2015 Dec;37(3):259-63.
- Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):151-57.

17. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012 out;17(10):2665-74.
18. Farber SS. Envelhecimento e elaboração de perdas. A terceira idade. 2012 mar;23(53):7-17.
19. Corona-Miranda B, Hernández-Sánchez M, Lomba-Acevedo P. Epidemiology of suicide in Cuba, 1987-2014. *MEDICC Rev*. 2016 Jul;18(3): 15-20.
20. Sehnem SB, Palosqui V. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. *Fractal Rev Psicol*. 2014 maio-ago;26(2):365-78.
21. Zhong BL, Chiu HFK, Conwell Y. Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013-14. *J Affect Disord*. 2016 Dec;206:273-9.
22. Mendonça Neto FA, Melo AAG, Queiroz AFB, Paiva SOC, Lima FM. Suicídio em idosos no Recife (PE): um estudo sobre mortalidade por causas externas. *Rev Kairós Gerontol*. 2013 set;16(5):255-67.
23. Oliveira MIV, Bezerra Filho JG, Feitosa RFG. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no Estado do Ceará, no período 1997-2007. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2012 jan;36(1):159-73.
24. Seleglim MR, Bellasalma ACM, Mathias TAF, Oliveira MLF. Caracterização das tentativas de suicídio entre idosos. *Cogitare Enferm*. 2012 abr-jun;17(2):277-83.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2001 maio 18; Seção 1:64.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2001 abr 6; Seção 1.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2006 out 19; Seção 1.
28. Soares Filho AM, Cortez-Escalante JJ, França E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2016;21(12):3803-18.

Abstract

Objective: to describe sociodemographic aspects and time evolution of mortality due to suicide among elderly individuals in Bahia State, Brazil, from 1996 to 2013. **Methods:** time series descriptive and ecological study, with data from the Mortality Information System (SIM); Prais-Winsten regression was used for trend analysis and to calculate annual percent change (APC). **Results:** 858 deaths due to suicide were identified in elderly in Bahia; 85.4% were men, and 53.8% were in the 60-69 age group; 64.3% of deaths resulted from hanging/strangulation, followed by self-poisoning by pesticides and chemical products (13.1%); there was an increasing trend in suicide mortality rate in the general elderly population (APC 11.0; 95%CI 6.9;15.3) and in the male sex (APC 12.1; 95%CI 7.1;17.3), whilst in the female population it remained stable. **Conclusion:** in Bahia, mortality due to suicide among elderly individuals presented an increasing trend in the period studied and was higher among males.

Keywords: Suicide; Mortality; Aged; Epidemiology, Descriptive; Time Series Studies.

Resumen

Objetivo: describir aspectos sociodemográficos y evolución temporal de la mortalidad por suicidio en ancianos en el estado de Bahía, Brasil, en el período de 1996 a 2013. **Métodos:** estudio descriptivo y ecológico de series temporales, con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad; utilizamos regresión de Prais-Winsten para análisis de tendencia y cálculo de la variación porcentual anual (APC). **Resultados:** se identificaron 858 suicidios en ancianos en Bahía, 85,4% eran hombres y 53,8% de 60 a 69 años; 64,3% se produjo por ahorcamiento/estrangulamiento, seguidos por autointoxicación con pesticidas y productos químicos (13,1%); hubo tendencia creciente de la tasa de suicidio en ancianos (APC 11,0; IC_{95%} 6,9;15,3) y en el sexo masculino (APC 12,1; IC_{95%} 7,1;17,3), mientras que en el femenino hubo estabilidad. **Conclusión:** en Bahía la mortalidad por suicidio en ancianos presentó tendencia creciente en el período estudiado y fue más elevada en el sexo masculino.

Palabras-clave: Suicidio; Mortalidad; Anciano; Epidemiología Descriptiva; Estudios de Series Temporales.

Recebido em 19/06/2017
Aprovado em 02/08/2017