

ALTERAÇÕES NAS TAXAS DE SUICÍDIOS EM RELAÇÃO À PANDEMIA DO COVID19 EM DIVERSAS CIDADES DO EXTREMO SUL CATARINENSE

ÍNDICES DE SUICÍDIO E PANDEMIA DO COVID19

Igor L Alessio¹; Gabriel N. Feuser¹; Rafael E. Riegel¹

¹Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense - Av. Universitária,
1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000 - Criciúma-SC

RESUMO:

OBJETIVOS: Avaliar os resultados e mudanças nos padrões das taxas de suicídio em períodos antes e durante a pandemia de COVID19.

MÉTODOS: Foram analisados relatórios médicos do “Instituto Médico Legal”, incluindo todas as cidades da região da AMREC. As taxas médias de suicídio na última década foram comparadas com os anos da pandemia do COVID19. Variáveis como idade, sexo e métodos de suicídio também foram pesquisadas.

RESULTADOS: Foram registrados um total de 471 suicídios na região, sendo 336 deles homens. O enforcamento foi o método mais prevalente em todos os anos, somando em 2021, 90% dos óbitos. A faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade somou 20,3% das mortes, e as cidades de maior e menor índice foram Orleans e Treviso, respectivamente.

CONCLUSÃO: Concluiu-se que durante a pandemia houve uma redução no número absoluto de suicídios, porém há uma tendência de elevação desse número nos anos seguintes. Além disso, reconheceu-se que o sexo masculino na faixa etária jovem adulta lidera os números de suicídios e se mostra um importante grupo de risco. Identificar esses grupos e até mesmo as cidades mais prevalentes, auxilia no direcionamento de atenção e verba pública para prevenções mais eficientes.

PALAVRAS CHAVE: covid19, suicídio, isolamento, pandemia.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, os primeiros sintomas de uma nova doença começaram a ser documentados em Wuhan, na China. Uma pneumonia de etiologia desconhecida levou a uma grande incógnita, e em 11 de fevereiro de 2020 a OMS afirmou que a doença era causada por uma nova família de vírus, o SARS-Cov-19¹. O grande poder de contágio do SARS-Cov-19² e sua rápida propagação pelo mundo levou a OMS a recomendar o isolamento social, e em março de 2020 foi instaurado estado de calamidade pública e contágio comunitário em todo Brasil, com consequente lockdown e fechamento de fronteiras³.

Após a disseminação a partir de Wuhan, China, o mundo vem recebendo um fardo enorme de informações como letalidade, medidas de proteção e preconização contra o novo vírus⁴. Esse surto trouxe consigo um impacto econômico negativo, redução da interação física e sofrimento psicológico exacerbado⁵. Um estudo americano que checkou os acessos de mais de 10 milhões de pessoas ao Google, concluiu que a procura por tópicos como ansiedade, distúrbios do sono e depressão aumentou drasticamente comparado ao período pré-isolamento⁶. Além de todas enfermidades psiquiátricas que o isolamento social pode causar, o risco de suicídio e comportamentos suicidas também pode aumentar⁷. Como visto no surto da SARS em 2003, houve um aumento em 30% do índice de suicídios em pessoas com mais de 65 anos⁸. Porém, ainda se carece de dados sobre a alteração desse índice e sua característica na região em 2020.

Como descrito anteriormente, com a instauração de uma nova doença com alto poder de contágio no âmbito mundial, a população de forma geral ficou submetida a novos desafios no meio social e sanitário impostos pela nova variação do vírus Sars-Cov-19, COVID19. Houveram muitas mudanças nesse período, em especial no aspecto psicológico e psiquiátrico imposto pelo isolamento social obrigatório. Alterações essas que podem interferir nos padrões de suicídio atuais. Diante disso, uma comparação nos padrões de suicídio antes da instalação do isolamento social e já no período sobre a influência desse fator, seria importante para mostrar de que forma, positiva ou negativa, o que estamos vivendo atualmente teria influência nas taxas e padrões de suicídio na nossa sociedade.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos, sob o parecer número 4.560.427, classificado como estudo observacional descritivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta foi realizada de forma censitária a partir do ano de 2010 até 2021, abrangendo toda população da região da AMREC, por meio de laudos de indivíduos naturais dessa localização que cometeram suicídio, totalizando 471 laudos analisados.

O acesso aos laudos foi cedido pelo Instituto Médico Legal, órgão governamental que realiza exames médico-periciais de natureza criminal em pessoas vivas ou mortas. Todos os dados coletados e a identificação dos participantes permaneceram em sigilo e os dados colhidos foram utilizados somente para a pesquisa científica.

As informações coletadas foram organizadas em planilhas, para posterior análise, no software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, um intervalo de confiança de 95%. A investigação da distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade foi realizada por meio da aplicação dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

A tabela 1 juntamente com o **gráfico 1**, ilustram os dados epidemiológicos do número total de suicídios na região da AMREC - Associação dos Municípios da Região Carbonífera - de janeiro de 2011 até agosto de 2021, onde foram registrados um total de 471 suicídios confirmados, segmentados pelas variáveis: sexo, método de suicídio, faixa etária e cidade. **O gráfico 1** fica responsável por transmitir a variação linear do número de suicídios em todo o período do estudo.

Quando analisadas as variáveis individualmente, por exemplo: “sexo”, evidencia-se que o sexo masculino somou um total de 336 casos em todos os anos da coleta. Em números absolutos o ano de 2019 possui 41 casos de suicídios no sexo masculino. Já em valores percentuais, 2014, possui um valor que chega a 81,4% dos suicídios representados pelo sexo masculino.

Na variável: “método de suicídio”, dentre os dez métodos listados na **tabela 1**, o método de enforcamento se mantém superior em todos os anos da coleta. Em valores absolutos, tem-se o ano de 2019 chegando a 41 casos de um total de 55 suicídios cometidos, já em valores percentuais, o ano de 2021 se destaca acumulando um total de 90% dos suicídios realizados pelo método de enforcamento.

Com relação a variável “faixa etária”, mostra-se que entres as idades de todos os indivíduos coletados que variavam de: menor que 19 anos, progredindo de dez em dez anos até maior que 80 anos, a faixa etária mais prevalente durante o período da coleta foi a de 30 a 39 anos de idade, resultando em um valor de 20,3% de todos os suicídios cometidos no período. Outras faixas etárias como as que variam de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos de idade também se destacaram por somarem respectivamente, 19,9% e 18,8% de todos os casos de suicídios compilados na pesquisa.

A última variável discutida leva em consideração a cidade de origem do indivíduo que cometeu o suicídio, foram coletados dados da região da AMREC, a qual se divide em 12 cidades diferentes. Com relação número absoluto dos suicídios nas cidades em questão, Criciúma se mantém acima das outras cidades em todos os anos coletados, somando um total de 223 casos dos 471 casos totais, e estabelecendo um percentual de 47,3% dentre todos os suicídios.

Tabela 1 - Suicídios registrados na região da AMREC no período de janeiro de 2011 até agosto de 2021.

	Ano, n (%)										
	2011 n = 46	2012 n = 30	2013 n = 41	2014 n = 43	2015 n = 47	2016 n = 43	2017 n = 46	2018 n = 37	2019 n = 55	2020 n = 43	2021* n = 40
Sexo											
Masculino	25 (54,3)	23 (76,7)	28 (68,3)	35 (81,4)	30 (63,8)	32 (74,4)	32 (69,6)	29 (78,4)	41 (74,5)	30 (69,8)	31 (77,5)
Feminino	21 (45,7)	7 (23,3)	13 (31,7)	8 (18,6)	17 (36,2)	11 (25,6)	14 (30,4)	8 (21,6)	14 (25,5)	13 (30,2)	9 (22,5)
Meio											
Enforcamento	32 (69,6)	24 (80,0)	31 (75,6)	35 (81,4)	39 (83,0)	31 (72,1)	33 (71,7)	28 (75,7)	41 (74,5)	30 (69,8)	36 (90,0)
Ingestão de Medicamentos	3 (6,5)	2 (6,7)	2 (4,9)	3 (7,0)	4 (8,5)	3 (7,0)	4 (8,7)	4 (10,8)	7 (12,7)	3 (7,0)	2 (5,0)

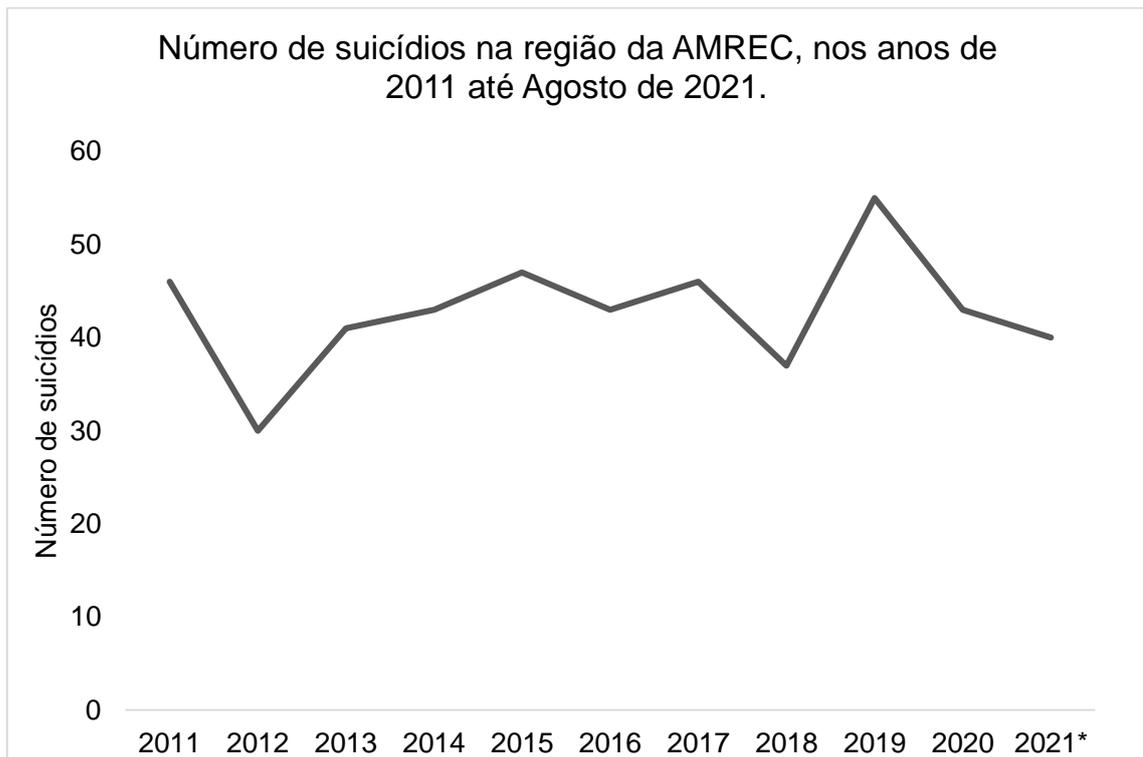
Arma de fogo	3 (6,5)	1 (3,3)	5 (12,2)	2 (4,7)	2 (4,3)	2 (4,7)	2 (4,3)	4 (10,8)	1 (1,8)	6 (14,0)	0 (0,0)
Precipitação	3 (6,5)	1 (3,3)	2 (4,9)	0 (0,0)	2 (4,3)	1 (2,3)	2 (4,3)	1 (2,7)	3 (5,5)	3 (7,0)	1 (2,5)
Envenenamento	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Afogamento	2 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Queimadura	2 (4,3)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)
Arma Branca	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (2,5)
Atropelamento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,7)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Decapitação por trem	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Faixa etária											
Até 19 anos	3 (6,5)	1 (3,3)	2 (4,9)	2 (4,7)	2 (4,3)	1 (2,3)	3 (6,5)	1 (2,7)	2 (3,6)	3 (7,0)	1 (2,5)
De 20 à 29 anos	6 (13,0)	4 (13,3)	4 (9,8)	12 (27,9)	6 (12,8)	5 (11,6)	7 (15,2)	7 (18,9)	7 (12,7)	12 (27,9)	8 (20,0)
De 30 à 39 anos	9 (19,6)	3 (10,0)	5 (12,2)	9 (20,9)	14 (29,8)	11 (25,6)	14 (30,4)	7 (18,9)	11 (20,0)	4 (9,3)	9 (22,5)
De 40 à 49 anos	9 (19,6)	9 (30,0)	16 (39,0)	8 (18,6)	11 (23,4)	7 (16,3)	3 (6,5)	8 (21,6)	15 (27,3)	4 (9,3)	4 (10,0)
De 50 à 59 anos	7 (15,2)	5 (16,7)	6 (14,6)	7 (16,3)	5 (10,6)	13 (30,2)	13 (28,3)	7 (18,9)	9 (16,4)	10 (23,3)	7 (17,5)
De 60 à 69 anos	6 (13,0)	4 (13,3)	6 (14,6)	5 (11,6)	5 (10,6)	5 (11,6)	3 (6,5)	4 (10,8)	6 (10,9)	6 (14,0)	7 (17,5)
De 70 à 79 anos	4 (8,7)	2 (6,7)	1 (2,4)	0 (0,0)	2 (4,3)	1 (2,3)	2 (4,3)	2 (5,4)	3 (5,5)	3 (7,0)	4 (10,0)
De 80 ou mais	2 (4,3)	2 (6,7)	1 (2,4)	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (2,7)	2 (3,6)	1 (2,3)	0 (0,0)
Cidade											
Criciúma	25 (54,3)	8 (26,7)	17 (41,5)	22 (51,2)	20 (42,6)	19 (44,2)	27 (58,7)	20 (54,1)	28 (50,9)	15 (34,9)	22 (55,0)
Içara	5 (10,9)	7 (23,3)	5 (12,2)	4 (9,3)	4 (4,3)	7 (16,3)	6 (13,0)	1 (2,7)	5 (9,1)	1 (2,3)	3 (7,5)
Balneário Rincão	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,9)	2 (4,7)	4 (8,5)	2 (4,7)	2 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,0)	0 (0,0)
Urussanga	8 (17,4)	3 (10,0)	4 (9,8)	2 (4,7)	3 (6,4)	0 (0,0)	2 (4,3)	3 (8,1)	2 (3,6)	3 (7,0)	1 (2,5)
Forquilha	1 (2,2)	2 (6,7)	2 (4,9)	1 (2,3)	2 (4,3)	4 (9,3)	3 (6,5)	2 (5,4)	4 (7,3)	7 (16,3)	4 (10,0)
Morro da Fumaça	1 (2,2)	3 (10,0)	3 (7,3)	1 (2,3)	1 (2,1)	2 (4,7)	0 (0,0)	2 (5,4)	5 (9,1)	6 (14,0)	2 (5,0)
Cocal do Sul	3 (6,5)	1 (3,3)	1 (2,4)	1 (2,3)	3 (6,4)	3 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,6)	3 (7,0)	0 (0,0)
Siderópolis	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	2 (3,6)	1 (2,3)	1 (2,5)
Nova Veneza	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,0)	3 (6,4)	2 (4,7)	1 (2,2)	2 (5,4)	3 (5,5)	2 (4,7)	1 (2,5)
Orleans	2 (4,3)	5 (16,7)	4 (9,8)	4 (9,3)	4 (8,5)	3 (7,0)	3 (6,5)	3 (8,1)	2 (3,6)	1 (2,3)	2 (5,0)

Lauro Müller	0 (0,0)	1 (3,3)	2 (4,9)	3 (7,0)	4 (8,5)	1 (2,3)	2 (4,3)	2 (5,4)	2 (3,6)	1 (2,3)	3 (7,5)
Treviso	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)

*Valores vigentes até o mês de Agosto de 2021.

Fonte: Instituto Médico Legal.

Gráfico 1 - Número de suicídios na região da AMREC, nos anos de 2011 até agosto de 2021.



*Valores vigentes até o mês de Agosto de 2021.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Agora em análise da prevalência do número de suicídios das cidades inclusas no estudo, a **tabela 2** representa os valores das taxas de mortes por suicídios, a qual foi calculada para cada mil habitantes. Com isso, fica evidente que as cidades de Orleans e Urussanga possuem a maior taxa, estimando 1,5 suicídios para cada mil habitantes. Já Criciúma, apesar do maior número absoluto de suicídios, possui uma taxa de morte por suicídio de 1,0 para cada mil habitantes. Isso se dá por conta da cidade possuir uma população elevada também, dissolvendo o número de mortes por suicídio na taxa demográfica.

Tabela 2 - Taxa de morte por suicídios para cada mil habitantes registrados na região da AMREC no período de janeiro de 2011 até agosto de 2021.

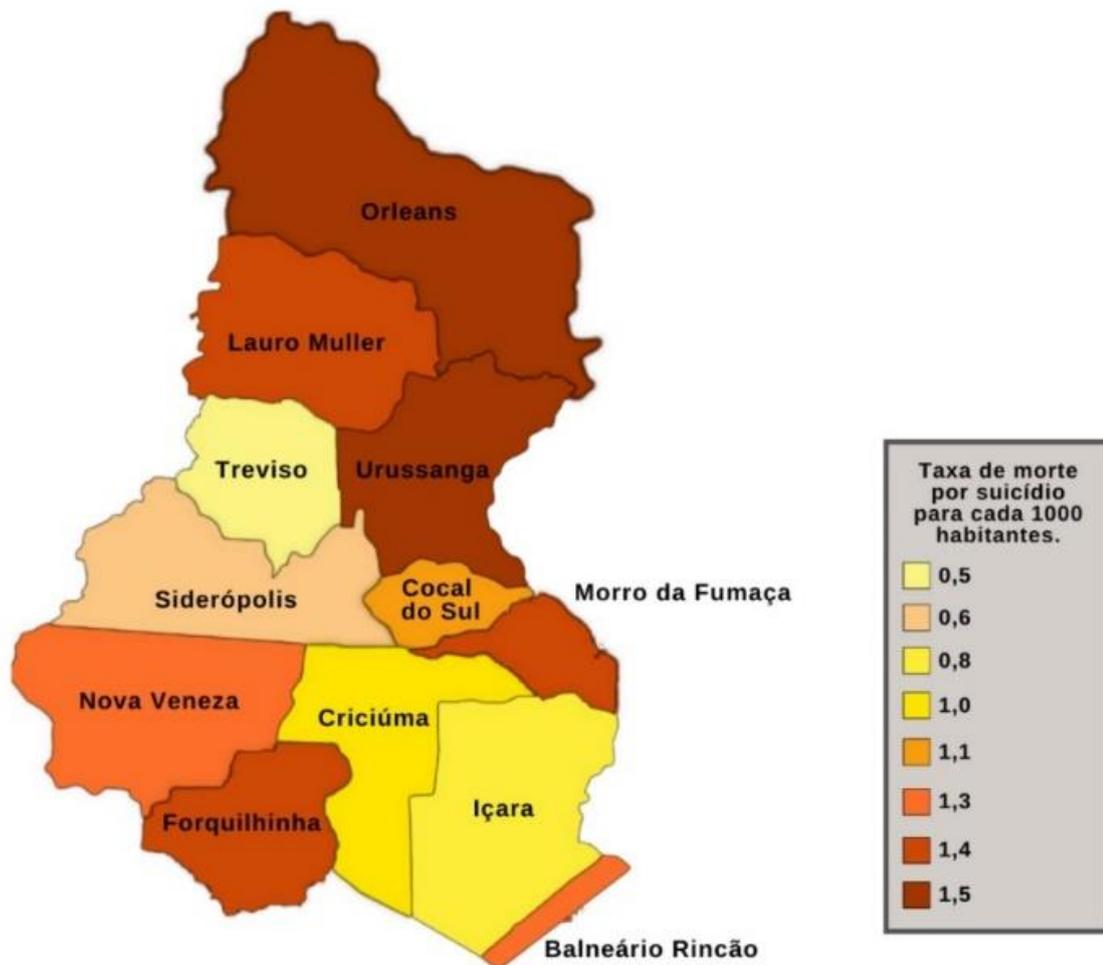
Cidade	Taxa de morte por suicídio*
Orleans	1,5
Urussanga	1,5
Forquilha	1,4
Lauro Müller	1,4
Morro da Fumaça	1,4
Balneário Rincão	1,3
Nova Veneza	1,3
Cocal do Sul	1,1
Criciúma	1,0
Içara	0,8
Siderópolis	0,6
Treviso	0,5

*Taxa calculada para cada mil habitantes. Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A **imagem 1** demonstra de forma mais dinâmica o impacto que cada microrregião sofreu ao longo dos anos pelo acúmulo do número de suicídios, ficando evidente quais cidades acabaram se mostrando mais afetadas dentro da região da AMREC.

Imagem 1 - Taxa de mortes por suicídio plotados no mapa da região da AMREC, nos anos de 2011 até agosto de 2021.

Mortes por suicídio na região da AMREC referentes aos anos de 2011 até agosto de 2021.



*Valores vigentes até o mês de Agosto de 2021.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

De 2011 até 2019, foi observado um aumento progressivo no número total de suicídios na AMREC equivalente a 19,56%, que corresponde a uma taxa média de aumento anual de 2,44%. Porém, no ano de 2020 foi interessantemente observada uma queda nessa taxa de progressão, apesar de que estudos mundiais como o que colheu informações de 8079 estudantes chineses⁹ em Março de 2020, revelaram um aumento de sintomas depressivos e ansiosos. Inclusive, um estudo transversal brasileiro de Agosto de 2020, onde uma amostra de 45.161 pessoas foi colhida de todas as macrorregiões do país, revelou que 40,4% dos brasileiros sentiram-se tristes ou deprimidos, muitas vezes ou sempre, e um percentual ainda maior, 52,6%, referiu sentir-se ansioso ou nervoso sempre ou quase sempre. Até mesmo brasileiros adultos que não tinham problema de sono antes da pandemia passaram a apresentar o problema e, entre aqueles que referiram história prévia de problema de sono, 48,0% tiveram o problema agravado¹⁰.

Uma possível explicação para isso, vem da segunda metade do século XIX, quando Durkheim no seu estudo sobre a etiologia do suicídio, percebeu quedas nas taxas de suicídio nos períodos de guerras e revoluções em países como Itália, França, Dinamarca e alguns estados alemães¹¹. “O aumento de uma ameaça percebida para um grupo, de uma fonte externa, vai resultar no aumento da integração do grupo, e portanto uma baixa nos índices de suicídio”. Seguindo essa lógica, no momento em que a ameaça externa desse inimigo em comum acaba (guerras, crises políticas, ou a pandemia, nesse caso), diminui-se a integração social do grupo e voltam a subir as taxas de suicídio. Rastros de instabilidade econômica, aumento do desemprego, abuso de álcool, entre outros distúrbios sociais e psicológicos experimentados nessa pandemia, podem acabar contribuindo para um aumento ainda maior do que o esperado nas taxas de suicídio subsequentes¹².

Globalmente, o suicídio entra como segunda causa prematura de morte em indivíduos de 15 a 29 anos, perdendo apenas para acidentes de trânsito¹³. Porém, apesar da alta incidência, dados da OMS de 2018 mostram variações mundiais, desde índices baixos em países como a Turquia (2,25), Indonésia (2,56) e Egito (3,37), até índices muito altos como na Ucrânia (17,99), Rússia (23,4) e África do Sul (24,39)¹⁴. Fatores econômicos, culturais, religiosos e individuais acabam causando uma heterogeneidade dos dados, tornando muito difícil implementar uma estratégia

universal para a prevenção dessas mortes, que além do impacto social, causa um enorme impacto econômico. No ano de 2013, por exemplo, dados do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) mostram que os suicídios e tentativas de suicídio somaram um prejuízo calculado de 58,4 bilhões de dólares somente nos Estados Unidos¹⁵.

A relação entre prevenção de suicídio - seu único método de tratamento efetivo – e saúde primária depende muito das estratégias propostas em cada região. O estudo epidemiológico do perfil suicida, o reforço dos cuidados em saúde mental em tempos de quebra de padrão e a preparação de uma equipe multidisciplinar para receber essas pessoas são quesitos fundamentais para se ter êxito na abordagem completa ao paciente¹⁶. A medida mais simples se inicia no bloqueio de acesso aos meios de suicídio: o controle de medicamentos e substâncias venenosas, restrição uso de armas de fogo, bloqueio de acesso a pontes e construções elevadas se revelam de grande importância visto a prevalência desses métodos. Adjunto com a limitação de acesso aos meios, programas de conscientização da comunidade são de grande importância, incluindo linhas de apoio e educação pública em locais de trabalho e escolas, afim de aumentar o conhecimento e reduzir estigmas. Até mesmo o aconselhamento online e por linhas telefônicas, como o CVV¹⁷, está sendo aceito como um método efetivo de mostrar suporte.

O treinamento de profissionais da atenção primária deve ser feito, visto que 83% dos pacientes que morrem por suicídio procuram um serviço de atenção primária nos últimos 12 meses, e que 50% deles procuraram o mesmo serviço em até 30 dias antes da morte¹⁸. Outro dado que corrobora esse treinamento, é o fato de que as cidades mais afetadas no mapa, demonstrado aqui, justamente são aquelas em que os serviços secundários e terciários estão praticamente ausentes, ou seja, cidades onde a atenção primária é responsável pela maior parte dos atendimentos em saúde pública¹⁹.

CONCLUSÃO

Conclui-se, com o presente estudo, que apesar da queda relativa dos suicídios no ano de 2020 (pandemia), a tendência desse número é se elevar além do padrão nos anos subsequentes (pós-pandemia). Para isso, as medidas de prevenção citadas na discussão são de grande importância, principalmente nas áreas de fragilidade da AMREC, ilustradas pelo mapa e nas variáveis que muito se destacaram. Alguns dados da pesquisa merecem destaque, pois ajudam a direcionar as devidas medidas preventivas. Por exemplo, o sexo masculino merece atenção especial, pois em todo o período da pesquisa se manteve superior e em alguns casos chegou a ser 4 vezes mais prevalente que o sexo feminino. Toda a população merece amparo e ajuda na prevenção contra o suicídio, no entanto, foi estabelecido pela análise dos dados que a faixa etária dos adultos/jovens é responsável por parte esmagadora do número de suicídios, sendo então um público de alto risco. A continuação deste estudo, em décadas seguintes, é de grande importância para o ajuste fino das medidas citadas, gerando mais fidelidade e um feedback em tempo real das ações, direcionando atenção e verbas públicas para áreas de maior fragilidade social.

REFERÊNCIAS

- 1 Rabi, Firas A, Zoubi, Mazhar S. Al, Kasasbeh, Ghena A, et al. SARS-CoV-2 and coronavirus disease 2019: what we know so far. *Pathogens*, 2020;231:250. .

- 2 Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, DiNapoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). National Center for Biotechnology Information, 2020 Apr 6..

- 3 Ruiz-Roso, María B, Padilha, Patricia C, Mantilla-Escalante, Diana C, et al. Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*, 2020;1807:1830.

- 4 Lil, Qun, Guan, Xuhua, Wu, Peng, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 2020;1199:1207.

- 5 Remuzzi, Andrea, Remuzzi, Giuseppe. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*, 2020; 1225:1228.

- 6 Jacobson, Nicholas C, Lekkas, Damien, Price, George, et al. Flattening the Mental Health Curve: covid-19 stay-at-home orders are associated with alterations in mental health search behavior in the united states. *Jmir Mental Health*, 2020; 19347:19400.

- 7 Sher, Leo. An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Brazilian Journal Of Psychiatry*, 2020; 239:340.

- 8 Yip, Paul S.F, Cheung, Y.T, Chau, P.H, et al. The Impact of Epidemic Outbreak. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2010; 86:92.

- 9 Zhou, Shuang-Jiang, Zhang, Li-Gang; Wang, Lei-Lei, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2020; 749:758.

10 Barros, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020; 1:10.

11 Durkheim, E. *Suicide, a study in sociology*, 1897.

12 Sher, Leo. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *Qjm: An International Journal of Medicine*, 2020; 707:712.

13 Bachmann, Silke. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2018; 1425:1426.

14 WHO Figure: Age-Standardized Suicide Rates: Male: Female Ratio, 2021

15 Shepard, Donald S, Gurewich, Deborah, Lwin, Aung K, et al. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: costs and policy implications. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 2021; 352:362.

16 Yip, Paul S.F, Cheung, Y.T, Chau, P.H, et al. The Impact of Epidemic Outbreak. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2010; 86:92.

17 Centro de Valorização da Vida, <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>

18 Nelson, Pamela Anne, Adams, Susie M. Role of Primary Care in Suicide Prevention During the COVID-19 Pandemic. *The Journal For Nurse Practitioners*, 2020; 654:659.

19 Secretaria de Estado da Saúde, <https://www.saude.sc.gov.br/index.php>