

**TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS NAS
CAPITAIS BRASILEIRAS**

Gabriel Schnitman^a

Emy Guerra Kitaoka^a

Guilherme Santos de Souza Arouca^a

André Luiz da Silva Lira^a

Diogo Nogueira^a

Meirelayne Borges Duarte^b

Resumo

O estudo em questão considera o suicídio um problema de saúde pública, um acontecimento complexo desencadeado pela influência de fatores estressores sobre o indivíduo. O objetivo deste artigo é avaliar o componente social nas mortes por suicídio, pela análise de indicadores socioeconômicos. Trata-se de um estudo do tipo ecológico exploratório que busca a associação entre dez indicadores socioeconômicos e a taxa de suicídio em todas as capitais do país. Os dados utilizados foram obtidos no DATASUS e no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do IBGE, referentes ao ano 2000. Os resultados apontam que a taxa de mortalidade por suicídio variou de 0,77 / 100 mil habitantes em Salvador (BA) a 14,04 / 100 mil habitantes em Boa Vista (AC). O sexo masculino apresenta risco relativo 3,7 vezes maior de cometer suicídio do que o feminino. A faixa etária de 15 a 29 anos apresentou menor risco relativo de cometer suicídio, enquanto o maior risco relativo foi encontrado na população com idade igual ou superior a 60 anos. Ambos os indicadores de desigualdade social (Índice de Gini e Índice L de Theil) apresentaram correlação negativa com a taxa de mortalidade por suicídio, com significância estatística ($r_s = -0,479$, $p = 0,011$ e $r_s = -0,403$, $p = 0,037$, respectivamente). Concluiu-se que há associação entre os indicadores de desigualdade social e as taxas de suicídio. Nenhum outro indicador socioeconômico apresentou correlação, o que leva a acreditar que a origem e o

^a *Discentes da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA).*

^b *Professora substituta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA).*

Endereço para correspondência: *Diretório Acadêmico da FMB-UFBA. Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40110-100. gaschnitman@hotmail.com*

amadurecimento do pensamento suicida parecem sofrer influência preponderante de fatores biopsicológicos.

Palavras-chave: Suicídio. Indicadores sociais. Iniquidade social.

RATE OF MORTALITY BY SUICIDE AND SOCIOECONOMIC INDICATORS IN BRAZILIAN CAPITALS

Abstract

This study considers suicide a public health issue, a complex event triggered by stress factors pressing on the individual. The objective of this study is to evaluate the social component in the deaths by suicide, by analyzing socioeconomic indicators. This is an exploratory and ecological study that seeks to establish the relation between ten socioeconomic indicators and the suicide rate in all the capitals of the country. The data was obtained from the DATASUS and the "Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil" (Atlas of Human Development in Brazil, loosely translated) by IBGE, referring to the year 2000. The results show that the suicide varied from 0.77/100 thousand habitants (in Salvador/Bahia) to 14.04/100 thousand habitants (in Boa Vista/AC). The male gender presented a 3.7 times higher relative risk of committing suicide than the female one. The age group from 15 to 29 years presented lower relative risk of committing suicide whereas the highest relative risk was found in the population with ages equal or above 60 years. Both indicators of social inequality (Gini Index and L Theil Index), presented negative correlation with the mortality rate by suicide, with statistical significance ($r_s = -0,479, p = 0,011$ and $r_s = -0,403, p = 0,037$, respectively). In conclusion, there is no relation between social inequality indicators and the suicide rate. No other socioeconomic indicator presented any correlation, which leads us to believe that the origin and maturation of the suicidal thoughts suffer prevailing influence of biopsychological factors.

Key words: Suicide. Social Indicator. Inequalities.

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO E INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN LAS CAPITALES BRASILEÑAS

Resumen

El estudio en cuestión considera el suicidio un problema de salud pública, un acontecimiento complejo desencadenado por la influencia de factores estresores sobre el individuo. El objetivo de este artículo es evaluar el componente social en las muertes por suicidio, por el

análisis de indicadores socioeconómicos. Se trata de un estudio de tipo ecológico exploratorio que busca la asociación entre diez indicadores socioeconómicos y la tasa de suicidio en todas las capitales del país. Los datos utilizados fueron obtenidos en el DATASUS y en el Atlas de Desarrollo Humano en Brasil del IBGE, referentes al año 2000. Los resultados apuntan que la tasa de mortalidad por suicidio varió de 0,77 / 100 mil habitantes en Salvador (BA) a 14,04 / 100 mil habitantes en Boa Vista (AC). El sexo masculino presenta riesgo relativo 3,7 veces mayor de cometer suicidio de que el femenino. La franja etaria de 15 a 29 años presentó menor riesgo relativo de cometer suicidio, encuancto el mayor riesgo relativo fue encontrado en la población con edad igual o superior a 60 años. Ambos indicadores de desigualdad social (Índice de Gini e Índice L de Theil) presentaron correlación negativa con la tasa de mortalidad por suicidio, con significancia estadística ($r_s = -0,479$, $p = 0,011$ y $r_s = -0,403$, $p = 0,037$, respectivamente). Se concluye que no hay asociación entre los indicadores de desigualdad social y las tasas de suicidio. Ningún otro indicador socioeconómico presentó correlación, lo que lleva a creer que el origen y la madurez del pensamiento suicida parecen sufrir influencia preponderante de factores biopsicológicos.

Palabras-clave: Suicidio. Indicadores sociales. Iniquidad social.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, investigado em diversos campos científicos por meio de abordagens complementares e também antagonicas. A Psiquiatria geralmente considera o suicídio como um fenômeno individual, enquanto as Ciências Sociais o enquadram como um comportamento social.¹

A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil é estimada em 4,1 por 100 mil para a população total: para o sexo masculino, a taxa fica em torno de 6,6 por 100 mil; e em 1,8 por 100 mil para o sexo feminino.² Estas taxas encontram-se ente as mais baixas observadas no mundo, especialmente quando comparados a alguns países europeus, cujas taxas atingem mais de 40 por 100 mil habitantes.^{3,4} Entretanto, em números absolutos, o Brasil figura entre os dez países com maior número de suicídios, com mais de 6.000 casos por ano.³

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as diferenças nas taxas de suicídio entre os diversos países pode ser consequência da falta de uniformidade nos procedimentos de notificação, considerando que as diferenças dos índices refletiriam variações da incidência do fenômeno somente se os mesmos métodos e regras para verificar se uma morte ocorreu ou não por suicídio fossem aplicados em todos os países.²

Alguns fatores devem ser levados em consideração quando este tipo de morte é pesquisado. Destaca-se o sub-registro de morte por suicídio decorrente principalmente do forte

estigma que o envolve. É difícil precisar a dimensão do sub-registro ao analisar os dados de mortalidade por suicídio, devido a modificação da causa básica por solicitação de parentes e da dificuldade, em alguns casos, de diferenciar os casos de suicídios daqueles ocorridos por acidente ou por homicídio,⁴ ou ainda dos evento cuja intenção não pode ser determinada. A falta de confiabilidade e amplitude das estatísticas do Brasil compromete a validade das taxas oficiais de mortalidade por suicídio no país.⁵

É importante a realização de estudos epidemiológicos sobre o suicídio, a fim de visualizar a questão de forma mais científica e, assim, poder sugerir possíveis formas de enfrentar o problema. No Brasil, as pesquisas epidemiológicas sobre suicídio utilizam como fonte alguns registros oficiais: atestados de óbitos, prontuários médicos e registros de causa da morte dos cartórios de registro civil.⁶ Os estudos epidemiológicos no país ainda podem ser considerados limitados, considerando as fontes de dados já apontadas.

As pesquisas que enfocam a presença de fatores estressores na história de vida de pessoas que tentam ou cometem suicídio, principalmente adolescentes e jovens, são convergentes em apontar uma elevada incidência de experiências adversas durante o desenvolvimento emocional,⁶ entre as quais encontram-se uma infância marcada pela presença de indicadores de negligência emocional, rejeição na infância e na adolescência, violência física, verbal e sexual intrafamiliar. Conflitos relacionais graves e separações recentes também foram identificados como fatores precipitadores das tentativas de suicídio.⁷

Este estudo tem como objetivo analisar a ocorrência do suicídio enquanto problema de saúde pública e investigar a relação de alguns dos fatores socioeconômicos com suas taxas de mortalidade, visando, desta forma, subsidiar programas de prevenção.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico exploratório que busca a associação entre indicadores socioeconômicos e a taxa de suicídio em todas as capitais do Brasil. Optou-se por estudar apenas as capitais, por apresentarem menor ocorrência de sub-registro de óbito e melhores registros das causas de morte, especialmente para as causas externas, uma vez que, por lei, estas mortes devem ser encaminhadas aos Institutos Médicos Legal (IML), contando com melhores recursos e meios de diagnóstico para determinar a causa que determinou a morte. Em geral, as capitais são as cidades mais populosas dos estados e, portanto, são as mais representativas em números absolutos de habitantes.

Os indicadores socioeconômicos escolhidos foram três componentes do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): renda *per capita*, esperança de vida ao nascer e taxa de

alfabetização. Além destes, o índice de Gini, índice L de Theil, intensidade da indigência, intensidade da pobreza, número de médicos residentes por mil habitantes, percentual de pessoas em família com razão de dependência >75% e percentual de professores do Ensino Fundamental com curso superior residentes na capital. Estes dados foram obtidos no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o qual contém dados dos censos de 1991 e 2000, de domínio público.

Os indicadores foram escolhidos em função de sua abrangência, baseados na literatura utilizada, por contemplarem dados relacionados à saúde, à educação, aos fenômenos que compõem um sistema econômico e utilização do espaço sociogeográfico para delinear um conhecimento dos diferenciais socioeconômicos na mortalidade por suicídio no país.

O IDH indica o nível de avanço de um determinado local nos âmbitos econômico, social, cultural e político, sendo possível avaliar a qualidade de vida de cada local. A esperança de vida ao nascer refere-se ao número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para obter a renda *per capita* é preciso dividir o Produto Interno Bruto (PIB) pelo número de habitantes, que corresponde ao valor das riquezas que caberia a cada pessoa. A taxa de alfabetização corresponde ao percentual de pessoas com mais de 15 anos capaz de ler e escrever um bilhete simples (ou seja, adultos alfabetizados). O calendário do Ministério da Educação indica que se a criança não se atrasar na escola ela completará esse ciclo aos 14 anos de idade, daí a medição do analfabetismo se dar após os 15 anos.

O índice de Gini mede a desigualdade econômica de um local, variando de zero a um, sendo zero a ausência de desigualdade e um a desigualdade máxima. Ele compara a renda dos 20% mais ricos da população com os 20% mais pobres.

O índice L de Theil mede a desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*. É o logaritmo da razão entre as médias aritmética e geométrica das rendas individuais, sendo nulo quando não existir desigualdade de renda entre os indivíduos e tendente ao infinito quando a desigualdade tender ao máximo. Para seu cálculo, excluem-se do universo os indivíduos com renda domiciliar *per capita* nula.

A intensidade da indigência é a distância que separa a renda domiciliar *per capita* média dos indivíduos indigentes (definidos como os indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 37,75) do valor da linha de pobreza, medida quanto ao percentual do valor dessa linha de pobreza.

A intensidade da pobreza é a distância que separa a renda domiciliar *per capita* média dos indivíduos pobres (definidos como os indivíduos com renda domiciliar *per capita*

inferior a R\$ 75,50) do valor da linha de pobreza, medida quanto ao percentual do valor dessa linha de pobreza.

Entende-se a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, já que é geradora de fatores estressores, incluindo o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar. Portanto o aumento nos coeficientes de suicídio pode refletir os problemas gerados pelas políticas econômicas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados.

O percentual de pessoas em família com razão de dependência >75% refere-se à razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

O percentual de professores do Ensino Fundamental residentes com curso superior é relacionado pela razão entre o total de pessoas residentes no município que exercem a profissão de professor de curso fundamental e têm curso superior e o total das pessoas residentes no município que exercem esta profissão, vezes cem.

A quantidade de médicos em relação ao número de habitantes não é indicador suficiente para avaliação isolada de um sistema de saúde, mas esclarece, juntamente com outros dados, a cobertura da assistência médica numa determinada região.

O número de óbitos por suicídio, estratificado por capital, foi obtido nas estatísticas de mortalidade por causas externas publicadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde, por meio do aplicativo TABNET. Foram considerados como suicídios os óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84, de acordo com o CID-10) notificados por residência. Os dados analisados foram referentes ao ano de 2000, considerando a indisponibilidade de dados mais atualizados sobre os indicadores socioeconômicos.

As demais variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, proporção de população rural, estado civil e local de ocorrência da morte. A fundamentação teórica na literatura indicou variações na mortalidade por suicídio, motivo pelo qual estas variáveis foram inseridas neste estudo.

De acordo com a bibliografia consultada, o suicídio acomete principalmente pessoas entre 15 anos ou mais. Portanto, para fins de cálculo das taxas de suicídio, foi considerada somente a população com 15 anos ou mais. Isso foi feito para não subestimar os coeficientes de mortalidade por suicídio, já que a inclusão dos menores de 15 anos no denominador contribuiria

para a redução da taxa. Com dados obtidos do Ministério da Saúde, considerou-se a população brasileira residente com idade igual ou superior a 15 anos, no ano de 2000, um pouco mais de 119,5 milhões de pessoas, considerando ainda a população aproximada de 29,8 milhões de brasileiros residentes com idade igual ou superior a 15 anos nas capitais do país, para o mesmo ano. Para a análise da relação da faixa etária com a taxa de mortalidade por suicídio, a população foi dividida em 4 faixas etárias: 15 a 19 anos (adolescentes), 20 a 39 anos (adultos jovens), 40 a 59 anos (meia-idade) e ≥ 60 anos (idosos).

Para fins estatísticos, foi usado o SPSS para cálculo de Regressão Linear e da correlação de Spearman (r_s), com alfa de 5%. Foi utilizado o Microsoft Excel para a criação dos gráficos e cálculos das taxas e proporções.

RESULTADOS

Foram notificados 1.613 óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente nas capitais brasileiras no ano de 2000, sendo 1.233 homens e 380 mulheres. A taxa de mortalidade por suicídio, por capital, variou de 0,77/100 mil habitantes em Salvador a 14,04/100 mil habitantes em Boa Vista (**Gráfico 1**).

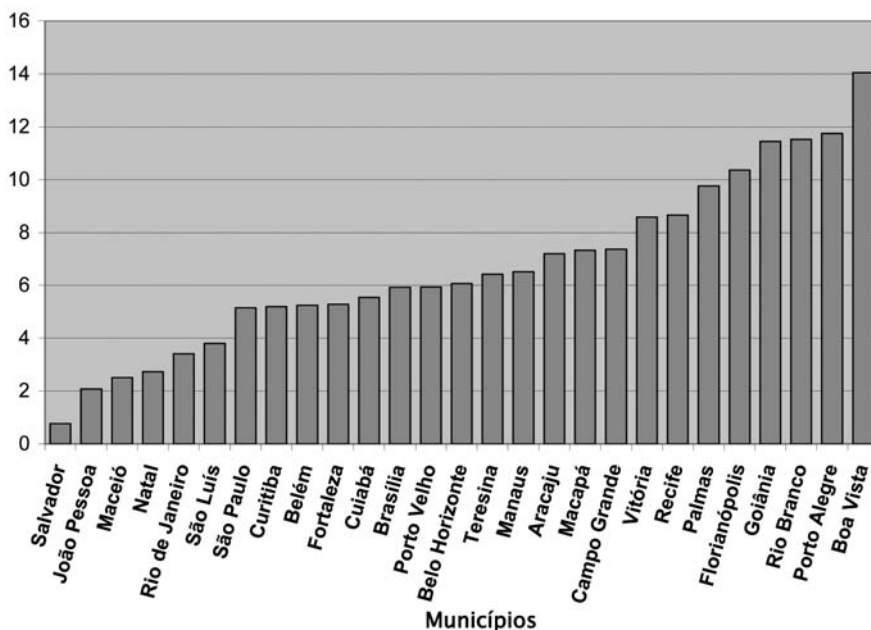


Gráfico 1. Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes. Capitais brasileiras, 2000

A variável sexo tem distribuição semelhante em todas as cidades estudadas, com uma razão de aproximadamente 1:1 em todas as capitais. Com exceção de Natal (RN), o risco relativo de mortalidade por suicídio foi aproximadamente 3,7 vezes maior para os homens (Gráfico 2). Em modelo de regressão linear ajustado para faixa etária, o sexo apresentou relação com a taxa de mortalidade por suicídio ($t=2,7$ com $p=0,013$ e IC 95%=36,85 a 280,84).

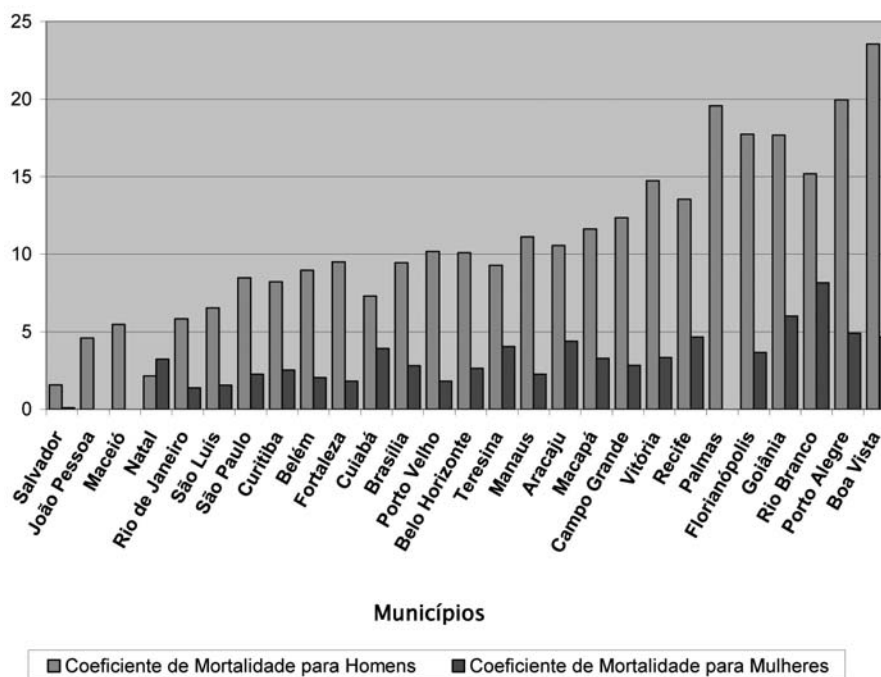


Gráfico 2. Coeficiente de mortalidade por suicídio por sexos. Capitais brasileiras, 2000

A proporção da população por faixa etária em cada capital está apresentada no Gráfico 3. A média da proporção por faixa etária foi de $49,4\% \pm 3,6$ para 20-39 anos e $25,3\% \pm 2,9$ para 40-59 anos. A faixa etária de 15 a 19 anos representou $15,4\% \pm 2,1$, enquanto a de 60 anos e mais representou $9,8\% \pm 2,7$. Em análise de regressão linear, não foi observada nenhuma relação entre as faixas etárias e a taxa de mortalidade por suicídio (Gráfico 4).

A análise do coeficiente de mortalidade por suicídio por faixa etária (Gráfico 5) evidencia uma grande proporção desses óbitos entre os idosos. De fato, a faixa etária com maior risco de suicídio foi a de 60 anos ou mais, com coeficiente de mortalidade igual a 5,8. No extremo oposto, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou o menor risco de morte por suicídio, com coeficiente de mortalidade igual a 3,3. O risco relativo entre as faixas etárias foi 1 (faixa etária de 15-19 anos) para 1,7 (faixa etária de 20-39 anos e 40-59 anos) para 1,8 (faixa etária de >60 anos).

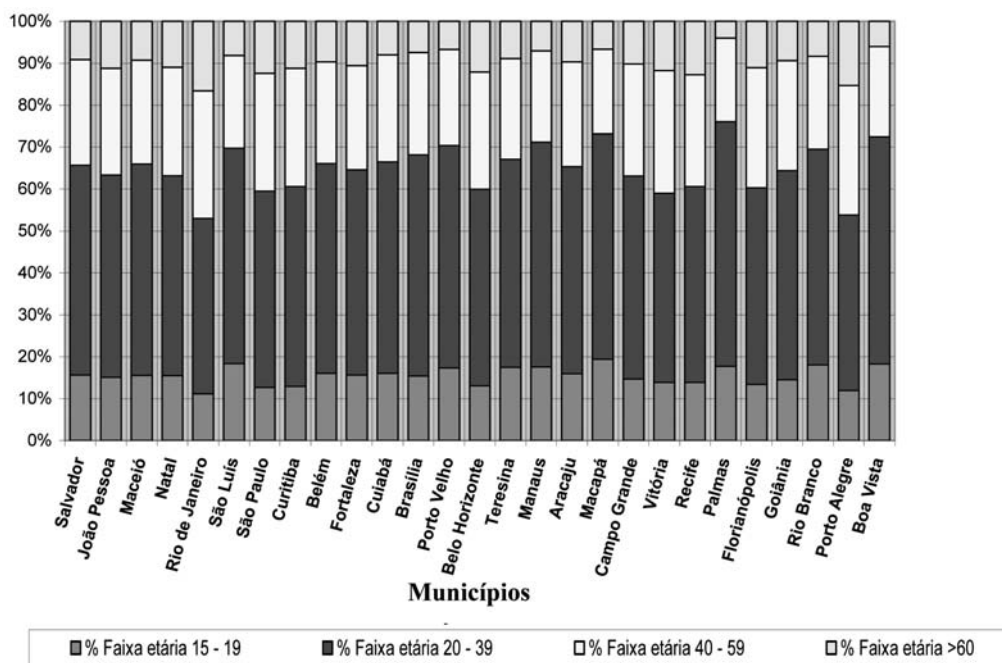


Gráfico 3. Distribuição da população por faixa etária. Capitais brasileiras, 2000

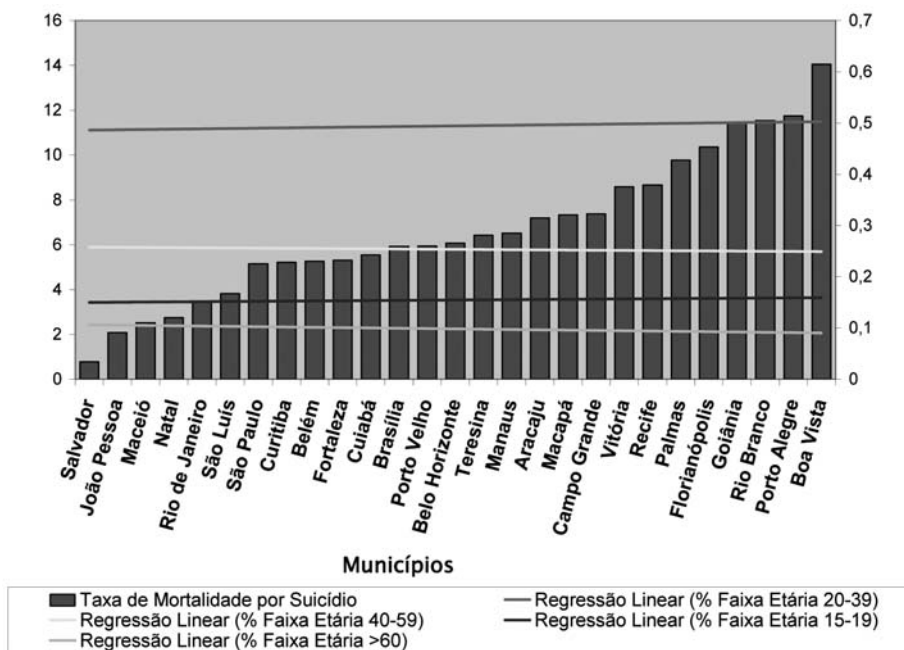


Gráfico 4. Distribuição da população por faixa etária e taxa de mortalidade por suicídio – regressão linear. Capitais brasileiras, 2000

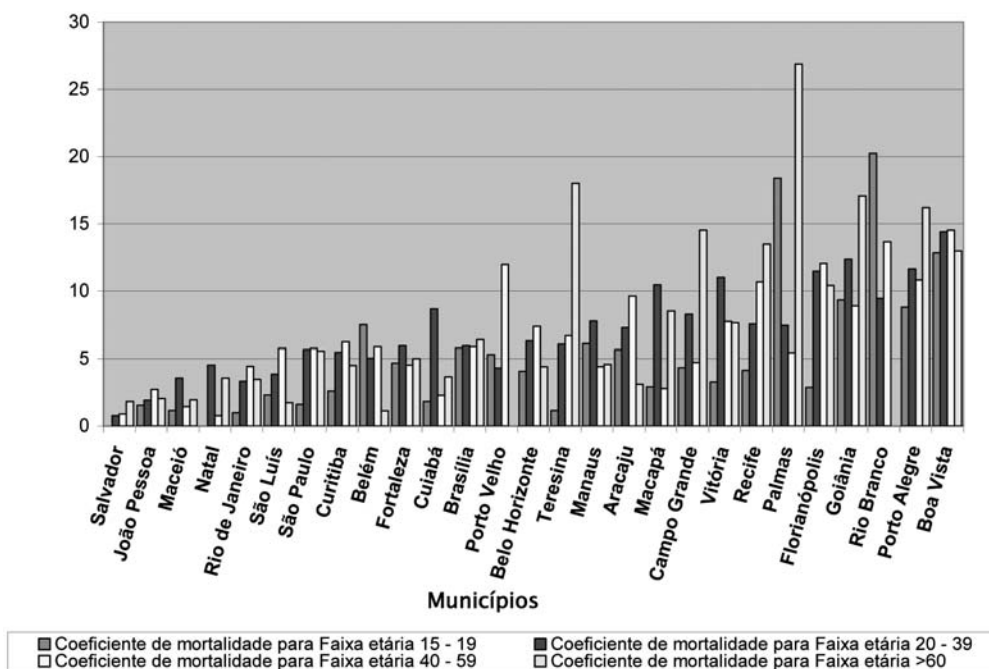


Gráfico 5. Coeficiente de mortalidade por suicídio dos quatro grupos etários. Capitais brasileiras, 2000

A proporção de população rural por capital não foi relevante, já que não representa uma porção significativa da população; apenas duas capitais apresentam população rural acima de 6% (Rio Branco e Porto Velho). Esta variável não apresentou correlação com a taxa de mortalidade por suicídio.

O estado civil foi identificado como um importante fator no contexto do suicídio. Perto de 53% dos suicídios foram realizados por solteiros, 30% por casados, 4% por viúvos e 5% por separados judicialmente. O estado civil apresentou importante relação com a taxa de mortalidade por suicídio em modelo de regressão linear, destacando-se solteiros ($t=4,3$ com $p<0,001$ e IC 95% = 0,29 a 0,84), casados ($t=5,6$ com $p<0,001$ e IC 95% = 0,8 a 1,73) e separados judicialmente ($t=3,4$ com $p=0,003$ e IC 95% = 1,17 a 4,8). O local de ocorrência do suicídio foi, em sua maioria, no próprio domicílio, com 53,6% dos óbitos, enquanto 26,7% ocorreram no hospital e 7% em via pública.

A análise da associação entre indicadores socioeconômicos e a taxa de mortalidade por suicídio, mediante a correlação de Spearman (r_s) está apresentada na **Tabela 1**.

Ambos os indicadores de desigualdade social (Índice de Gini e Índice L de Theil) apresentaram correlação negativa com significância estatística. Para o Índice de Gini, $r_s = -0,479$, $p = 0,011$. O Índice L de Theil apresentou $r_s = -0,403$, $p = 0,037$.

Tabela 1. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre indicadores socioeconômicos e taxa de mortalidade por suicídio. Capitais brasileiras, 2000

Indicadores socioeconômicos	Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i>	Taxa de mortalidade por suicídio
IDH	Coeficiente de correlação (r_s)	0,112
	Sig. (2-tailed)	0,579
	N	27
Renda <i>per capita</i>	Coeficiente de correlação (r_s)	0,143
	Sig. (2-tailed)	0,475
	N	27
Taxa de alfabetização (%)	Coeficiente de correlação (r_s)	0,158
	Sig. (2-tailed)	0,432
	N	27
Esperança de Vida	Coeficiente de correlação (r_s)	-0,003
	Sig. (2-tailed)	0,988
	N	27
Índice L de Theil	Coeficiente de correlação (r_s)	- 0,403
	Sig. (2-tailed)	0,037
	N	27
Índice de Gini	Coeficiente de correlação (r_s)	- 0,479
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	27
Intensidade da Pobreza	Coeficiente de correlação (r_s)	- 0,069
	Sig. (2-tailed)	0,732
	N	27
Intensidade da indigência	Coeficiente de correlação (r_s)	0,117
	Sig. (2-tailed)	0,562
	N	27
Número de médicos residentes por mil habitantes	Coeficiente de correlação (r_s)	- 0,060
	Sig. (2-tailed)	0,767
	N	27
Percentual de pessoas na família com razão de dependência > 75%	Coeficiente de correlação (r_s)	0,121
	Sig. (2-tailed)	0,548
	N	27
Percentual de professores do ensino fundamental residentes com ensino superior	Coeficiente de correlação (r_s)	-0,046
	Sig. (2-tailed)	0,818
	N	27

Não houve correlação significativa entre nenhum outro indicador socioeconômico e a taxa de mortalidade por suicídio.

DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi investigar a associação entre taxa de suicídio e dez indicadores socioeconômicos em todas as capitais do Brasil. Os resultados obtidos indicaram correlação negativa significativa entre os indicadores de desigualdade social e a taxa de mortalidade por suicídio. Não foi encontrada correlação com nenhum outro indicador social estudado. Apesar de Meneghel SN, Victoria, Faria, Carvalho e Falk¹ assinalarem que indicadores socioeconômicos são determinantes para o suicídio, não foram encontrados outros estudos que demonstrassem esta associação.

A literatura mostrou que a taxa de mortalidade por suicídio é maior no sexo masculino do que no feminino, atendendo a uma relação de 3:1. Segundo Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho e Falk,¹ os homens apresentam um coeficiente de mortalidade por suicídio de 12,5 por 100 mil e as mulheres de 2,3 por 100 mil; os coeficientes europeus são maiores 51,3 por 100 mil e 15,7 por 100 mil, respectivamente para homens e mulheres.

A Europa apresenta as maiores taxas de suicídio no mundo, acometendo 58.000 pessoas a cada ano. É estimado que 90% das taxas de suicídio nessa região ocorram no contexto de desordens psiquiátricas, podendo ser sua alta prevalência um dos fatores para o elevado número de óbitos por suicídio.⁷ Ressalta-se aqui a impossibilidade de comparar as taxas de suicídio entre diferentes países devido à falta de uniformidade nos procedimentos de notificação.²

Alguns fatores contribuem para este resultado, como o alcoolismo, que reduz o autocontrole, contribuindo para condutas autodestrutivas. Outros fatores são de grande importância na determinação da maior taxa de mortalidade por suicídio no sexo masculino, como, por exemplo, competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. A falência em cumprir os tradicionais papéis de gênero, que para o homem significa constituir o provedor econômico da família, é fator de estresse para os homens. Inseridos na cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos, como desemprego e empobrecimento e, assim, podem estar mais propensos ao suicídio.¹

A menor ocorrência de suicídio entre as mulheres pode estar associada à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Um estudo realizado nos EUA relatou que a taxa de suicídio feminino reduziu conforme o aumento de oportunidades econômicas, individuais e sociais. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam das redes de apoio social.¹

Neste estudo, foi encontrada diferença entre as taxas de suicídio dos diferentes estados civis, sendo estas maiores entre solteiros (53%), seguidas por casados (30%), viúvos (4%) e separados judicialmente (5%). No entanto, dados da literatura apontam para uma discordância dessas taxas entre os sexos, tendo sido encontrada maior incidência em mulheres casadas do que em solteiras e em homens solteiros que nos casados. Os fatores estressores que levam ao suicídio em mulheres estão mais relacionados a problemas de relacionamento familiar, enquanto nos homens esses fatores relacionam-se com maior frequência ao desemprego e a problemas econômicos. Além disso, há maior incidência de abuso de substâncias entre homens que entre mulheres.⁸

Levando-se em conta que no estado do Rio Grande do Sul a mortalidade proporcional por suicídio das pessoas ligadas às ocupações agrícolas representa quase 30% daqueles óbitos, seria esperada alguma influência do tamanho da população rural nos resultados deste estudo, o que não foi encontrado. Alguns autores têm mostrado que um fator situacional precipitante é a presença de armas no domicílio.¹ Segundo Blank, Peixoto e Helena,⁹ Santa Catarina, em 1995, possuía trabalhadores agropecuários e pescadores na faixa etária de 35-44 anos como uma população de risco para suicídio, apresentando 12,7% de mortalidade proporcional por essa causa.

No presente artigo, observa-se que os adolescentes apresentam a menor taxa de suicídio. No entanto, estudos recentes apontam que essa faixa etária vem cursando com taxas de mortalidade por suicídio cada vez maiores. As demandas sociais cobram do adolescente inteligência, homogeneização no tipo de beleza e corpo perfeito; com isso, o desrespeito às diferenças repercute negativamente naqueles adolescentes que não se enquadram nesses parâmetros e contribui para o surgimento de baixa autoestima, conflitos familiares, fracasso escolar, perdas afetivas que, somados a condições de *stress* emocional, colocam o adolescente em grupo de risco.¹⁰

A faixa etária dos idosos cursa com taxas de mortalidade por suicídio elevadas. Segundo Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho e Falk,¹ no Brasil, no ano de 2000, foram notificadas 997 mortes por suicídio, correspondendo a 7,5% de todos os óbitos por causas externas em indivíduos com 60 anos ou mais. O principal meio para o suicídio entre os idosos foi o enforcamento, responsável por 56,3% dos óbitos. O abandono por parte dos familiares, a solidão, a perda do vigor físico, a perda do *status*, a aposentadoria geralmente acompanhada de perdas financeiras, as doenças crônicas e a proximidade da morte, são os principais fatores que influem nessa elevada taxa.¹

Muitos estudos contemporâneos sobre o suicídio estão focados em características individuais. Durkheim estudou as conexões entre os indivíduos e a sociedade. Ele acreditava que

se pudesse demonstrar o quanto um ato individual é o resultado do meio social que o cerca, teria uma prova da utilidade da sociologia.¹¹ Durkheim desenvolveu o conceito de anomia, estado em que existe uma fraca regulação social entre as normas da sociedade e o indivíduo, mais frequentemente trazidas por mudanças dramáticas nas circunstâncias econômicas e/ou sociais. Ele explora as diferentes taxas de suicídio entre protestantes e católicos, explicando que o forte controle social entre os católicos resulta em menores índices de suicídio. Em seus estudos, Durkheim dividiu o suicídio em quatro categorias, com base em diferentes formas de interação com a sociedade: egoísta, altruísta, por anomia e fatalista.¹¹ Observa-se a limitação deste estudo em não poder avaliar este fator individual, já que estudos ecológicos não favorecem a abordagem no nível individual.

A ausência de associação entre os indicadores socioeconômicos pesquisados e a taxa de mortalidade por suicídio pode ser devida a vários fatores. Um deles é o espaço amostral reduzido, de apenas capitais do Brasil. Outro fator identificado foi a escolha dos indicadores socioeconômicos utilizados neste estudo. Segundo Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho e Falk,¹ há uma relação clara entre os determinantes socioeconômicos e o suicídio. Há um destaque para a escolaridade, que é citada como um fator de proteção em relação ao suicídio. No entanto divorciados, viúvas, separados e pessoas que vivem sozinhas são grupos que apresentam maiores risco de cometer suicídio; as mulheres que moram sozinhas apresentam risco reduzido.

Os resultados encontrados neste estudo não permitem inferência estatística, pois a amostra não foi obtida de forma aleatória e não pode ser considerada representativa de toda a população brasileira. Não foram controladas as variáveis sexo, faixa etária e população rural. O estudo não controlou variáveis confundidoras, como prevalência de depressão nas cidades, estado civil, religião ou escolaridade, as quais podem ter afetado o resultado do estudo.

Obteve-se associação negativa fraca entre a taxa de suicídio e o Índice de Gini e o Índice L de Theil, com significância estatística, sugerindo que, quanto mais desigual uma população seja, menores são suas taxas de suicídio. Não foram encontrados estudos sobre essa associação.

Como todo estudo de agregados, é preciso atentar para a possibilidade de falácia ecológica, não sendo possível transpor para nível individual as associações observadas coletivamente, nem permitindo, tampouco, inferência causal.

Como foram encontradas associações significativas entre os indicadores socioeconômicos de desigualdade analisados e as taxas de suicídio, considera-se que o resultado deste estudo abre portas para uma análise mais detalhada desta relação. Além disso, acredita-se não ser possível descartar a possibilidade de associação entre os outros indicadores socioeconômicos e a taxa de mortalidade por suicídio, a despeito dos resultados obtidos.

Neste sentido, considera-se o estudo inconclusivo, necessitando uma análise mais detalhada desses indicadores.

Deve-se ressaltar a importância de novos estudos enfocando os determinantes biopsicológicos que parecem assumir um papel importante no desenvolvimento deste fenômeno. Estudos posteriores devem focar a análise da influência dos fatores estressores sobre o desenvolvimento emocional, no âmbito individual, com o objetivo de obter explicações concretas acerca da origem e do amadurecimento do pensamento suicida e de seu desfecho.

A necessidade de desenvolver estratégias de informação e de comunicação é de fundamental importância na conscientização e sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e, como tal, deve ser combatido. As pesquisas apresentadas sugerem a necessidade de desenvolvimento de medidas preventivas e indicam elementos para avaliação, identificação precoce e intervenção nas situações de risco de suicídio.

O Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio que visam desenvolver métodos de coleta e análise de dados sobre o tema. Isso permitirá a qualificação de sua gestão e a disseminação do conhecimento, além de identificar a prevalência dos determinantes e fatores protetores, permitindo o desenvolvimento de estratégias de cuidados integrais, promoção da qualidade de vida e da educação.

REFERÊNCIAS

1. Meneghel SN, Victoria CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *R. Saúde Públ.* 2004;38(6):804-10.
2. World Health Organization. Department of Mental Health, World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: a task for all. In: *Mental and Behavioral Disorders*. Geneva; 2000.
3. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980–2000): characterization of age and gender rates of suicide. *R. Bras. Psiquiatria* 2005;27(2):131-4.
4. Marín-León L, Barros MBA. Suicide mortality: gender and socioeconomic differences. *R. Saúde Públ.* 2003;37(3):357-63.
5. Barros MBA. As mortes por suicídio no Brasil. In: Cassorla RMS. *Do suicídio: estudos brasileiros*. São Paulo: Papyrus; 1991. p. 41-51.

6. Prieto DYC, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. Bras. Psiquiatr.* 2005;54(2):146-54.
7. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Audenhove C, Coyne JC, McDaid D. et al. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 2009;9:428.
8. Wu YW, Su YJ, Chen CK. Clinical characteristics, precipitating stressors, and correlates of lethality among suicide attempters. *Chang Gung Med J*, 2009;32(5):543-52.
9. Blank V, Peixoto HCG, Helena ETS. Mortalidade proporcional por níveis sociais e categorias ocupacionais, Santa Catarina, 1995. Florianópolis: Dep. Saúde Pública (UFSC); 1995.
10. Teixeira CMFS. Tentativa de suicídio na adolescência. *R. UFG on line* 2004;6(1). Extraído de [http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html], acesso em [22 novembro de 2007].
11. Faria NMX, Victora CG, Meneghel SN, Carvalho LA, Falk JW. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cad. Saúde Públ.* 2006;22(12):2611-21.

Recebido em 16.3.2009 e aprovado em 26.3.2010.