

Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio no Brasil entre 1980 e 2006*

Simone Agadir Santos[†]

Giovanni Lovisi[‡]

Letícia Legay[§]

Lucia Abelha^{}**

Palavras-chave: suicídio; epidemiologia; sistema de informação

Resumo:

O objetivo deste estudo foi realizar uma análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais. Foram utilizados dados referentes à taxa de mortalidade devido ao suicídio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Entre 1980 e 2006, foi registrado um total de 158.952 casos de suicídio. No período estudado, o índice total de suicídio cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100 mil habitantes (29,5%). Os índices médios mais altos foram registrados nas regiões Sul (9,3) e Centro-Oeste (6,1). Os homens são os que têm a maior probabilidade de cometer suicídio. Os índices mais altos de suicídio encontraram-se na faixa etária de 70 anos ou mais, enquanto que os maiores aumentos ocorreram na faixa etária dos 20 aos 59 anos. As principais características sociodemográficas foram: baixo nível educacional e estado civil solteiro. Os métodos mais comuns foram: enforcamento, armas de fogo e envenenamento. Embora o índice brasileiro tenha crescido 29,5% em 26 anos, o índice nacional ainda é considerado baixo se comparado aos índices de suicídio mundiais (média 4,9 por 100 mil habitantes). Os índices de suicídio nas regiões brasileiras variam muito, ou seja, estão entre 2,7 e 9,3.

* Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010

[†] Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Doutorado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[‡] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[§] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{**} Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio no Brasil entre 1980 e 2006^{††}

Simone Agadir Santos^{‡‡}

Giovanni Lovisi^{§§}

Letícia Legay^{*}**

Lucia Abelha^{†††}

Introdução

O suicídio representa um grave problema de Saúde Pública mundial. A Organização Mundial de Saúde estimou que, em 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas morrerão por suicídio (Bertolote & Fleischmann, 2002). No Brasil, os coeficientes de mortalidade por suicídio em 2005 (5,6 óbitos/100.000 habitantes), foram considerados relativamente baixos quando comparadas a outros países, ocupando o 67º lugar na classificação mundial (Waiselfisz, 2008).

Mello-Santos, Bertolote & Wang (2005) descreveram as taxas de suicídio no Brasil no período de 1980-2000. A taxa aumentou 21% no período (de 3.1 para 4.0 óbitos/100.000 habitantes), predominando os homens e a faixa etária idosa, mas sendo na população jovem (15 a 24 anos) o maior aumento no período estudado (1900%). Um estudo realizado no Rio Grande do Sul (1980 a 1999) apresentou taxas que variaram 9.0 para 11.0 óbitos/100.000 habitantes. Os maiores coeficientes correspondiam aos idosos embora também as taxas tenham aumentado na população de adultos jovens (Meneghel et al., 2004). Em Campinas, foi analisada a tendência das taxas brutas por suicídio no período de 1997-2001, segundo o sexo. Os autores encontraram uma sobremortalidade masculina, na faixa etária de 35 a 54 anos, predominando o enforcamento e armas de fogo nos homens e o envenenamento nas mulheres (Marín-León & Barros, 2003).

Souza e colaboradores (2002) analisaram o comportamento dos suicídios de jovens nas capitais de nove regiões metropolitanas brasileiras. Encontraram certa elevação das taxas de mortalidade por suicídio de 3,5 para 5,0/100.000 habitantes, no período de 1979-1998, Porto Alegre e Curitiba apresentaram as maiores taxas, destacando-se o enforcamento, estrangulamento e sufocação, sobretudo em Porto Alegre e armas de fogo, em Belo Horizonte. Apesar da importância desses estudos, observa-se que foram realizados somente em estados ou municípios e um estudo somente em jovens.

As taxas de suicídio no mundo variam devido aspecto sociodemográfico, região, cultura, e, muito provavelmente, pela forma de registro para estas mortes (WHO, 2002; Hawton & Heering, 2009). No Brasil, autores afirmam que, ao se analisar os dados sobre

^{††} Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010

^{‡‡} Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Doutorado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{§§} Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{***} Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{†††} Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

suicídio, deve-se considerar o sub-registro e a baixa qualidade das informações registradas nas declarações de óbito como possíveis fatores de subestimativas da mortalidade por suicídio no Brasil (Marín-León & Barros, 2003; Minayo, 2005).

Segundo a OMS (WHO, 2002) o suicídio refere-se ao ato intencional de um indivíduo cessar a própria vida. Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas prévias, transtornos mentais (principalmente depressão), ausência de suporte social, história familiar, intencionalidade e presença de eventos estressantes e variáveis sociodemográficas (Rogers, 2001).

O objetivo deste trabalho é apresentar as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, no período de 1980 a 2006, agrupados por regiões e capitais, destacando características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas presentes no Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/DATASUS, do Ministério da Saúde.

Métodos

Os coeficientes de mortalidade e as proporções referentes aos perfis sociodemográficos e clínico-epidemiológicos foram obtidos a partir do banco do Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/DATASUS, do Ministério da Saúde, do período de 1980 a 2006. Para as estimativas populacionais para o período utilizou-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, que constam também no SIM.

Para a caracterização dos óbitos utilizou-se todos os dados com causa básica do suicídio codificada na Classificação Internacional de Doenças/CID-9 (E950-E959; período de 1980-1995) e na CID-10 (X60-X84, período de 1996-2006), com idade a partir de 10 anos de ambos os sexos. Para a série histórica, adotou-se o cálculo de médias trienais das taxas de mortalidade e proporções, visando o controle das flutuações presentes no período de 1980 a 2006.

As taxas de mortalidade por suicídio foram classificadas segundo as diretrizes de Diekstra & Gulbinat (1993): taxas menores de 5 óbitos/100.000 habitantes como baixas; entre 5 e menos de 15 óbitos/100.000 habitantes como médias; entre 15 e menos de 30 óbitos/100.000 habitantes como altas; 30 ou mais óbitos/100.000 habitantes como altíssimas.

Todos os dados foram analisados pelo programa TabWin, do DATASUS/Ministério da Saúde. Foram calculados os seguintes coeficientes de mortalidade por suicídio para cada região do Brasil: coeficientes para mortalidades totais segundo sexo, idade e capitais brasileiras agrupadas por regiões. As idades foram estratificadas a partir da adaptação das faixas disponíveis no sistema, o qual segue a orientação da OMS, assim, as faixas etárias adotadas foram: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 a 69 anos e igual ou maior a 70 anos.

Os perfis sociodemográfico e clínico-epidemiológico obtidos na proporção consistiram das variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, local de ocorrência e meios utilizados para o suicídio. Os diferentes meios utilizados no suicídio foram agrupados em sete categorias: envenenamento, enforcamento, afogamento, armas de fogo, objeto cortante, precipitação e outros (impacto de veículo, fumaça, fogo, gás etc.). A baixa escolaridade foi caracterizada pela faixa de 1 a 7 anos de estudo; a média escolaridade de 8 a 11 anos de estudo; e a maior escolaridade de 12 anos e mais de estudo. A informação sobre raça/cor não foi apresentada por esta só possuir registro no período de 1996 a 2006. Quanto às taxas de mortalidade por suicídio segundo as capitais, a cidade de São Luís não apresentou dados para o ano de 1982; Palmas para os anos de 1980 a 1989, 1992 e 1994; e Cuiabá, os anos de 1982 e 1990.

Resultados

Taxas de mortalidade por suicídio no Brasil no período de 1980 a 2006

Um total de 158.952 casos de suicídios foi contabilizado no período de 1980 a 2006, sendo excluído as idades inferiores a 10 anos (n: 68). As taxas de mortalidade por suicídio no Brasil variaram entre 4,3 e 5,7 óbitos/100.000 habitantes, no período de 1980 a 2006, representando 7,1% da mortalidade por causas externas.

A razão entre as taxas dos sexos destaca uma sobremortalidade masculina importante, sendo em média 3,4 (tabela 1). Contudo, chama a atenção uma leve tendência de diminuição dessa razão para os períodos mais recentes, o que pode ser explicado pelo discreto aumento nas taxas de mortalidade feminina, no período de 2004-2006.

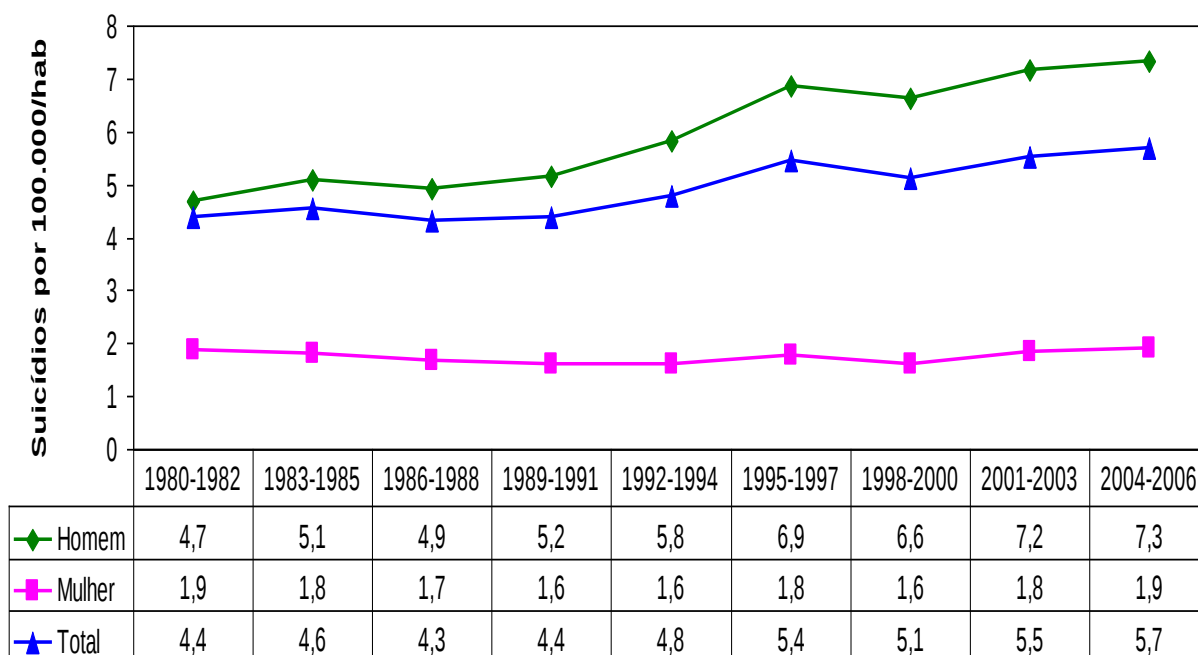
Tabela 1
Distribuição das taxas de suicídio (por 100 mil habitantes) no Brasil por regiões e por sexo, 1980 a 2006.

Regiões	1980 a 1982		1983 a 1985		1986 a 1988		1989 a 1991		1992 a 1994		1995 a 1997		1998 a 2000		2001 a 2003		2004 a 2006	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Norte	2,5	1,2	2,7	0,9	3,0	1,1	3,4	1,0	3,5	1,2	4,0	1,3	4,3	1,4	4,7	1,5	4,9	1,4
Nordeste	2,0	0,8	2,0	0,7	2,0	0,6	2,4	0,8	3,0	0,8	3,7	1,0	3,7	1,0	4,9	1,4	5,8	1,5
Sudeste	5,2	2,1	5,4	2,0	5,2	1,8	5,3	1,6	6,0	1,6	6,8	1,7	6,1	1,4	6,5	1,6	6,5	1,7
Sul	9,0	3,4	10,8	3,6	10,1	3,3	10,4	3,4	11,2	2,9	13,4	3,2	13,9	3,1	13,4	2,9	13,2	3,0
Centro-Oeste	4,3	2,0	4,8	2,0	5,3	2,4	5,7	1,8	7,2	2,3	9,0	2,6	8,6	2,5	9,7	2,7	9,1	2,8
Total	4,7	1,9	5,1	1,8	4,9	1,7	5,1	1,6	5,8	1,6	6,9	1,8	6,6	1,6	7,2	1,8	7,3	1,9
Razão	2,5:1		2,8:1		2,9:1		3,2:1		3,6:1		3,9:1		4,1:1		3,9:1		3,9:1	

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde (DATASUS, 2009).

As taxas de mortalidade por suicídio do Brasil apresentaram-se estáveis de 1980 a 1994 (média de 4,5 óbitos/100.000 habitantes). Houve um discreto aumento a partir do período de 1995-1997, mantendo-se estável até 2006 (média de 5,4 óbitos/100.000 habitantes). As taxas femininas mantiveram-se estáveis durante todo período (média de 1,7 óbitos/100.000 habitantes). E as masculinas mantiveram-se estáveis até o período de 1992-1994 (média de 5,1 óbitos/100.000 habitantes), apresentando um discreto aumento no período de 1995-1997, mantendo-se estável até 2006 (média de 7,0 óbitos/100.000 habitantes) (gráfico 1).

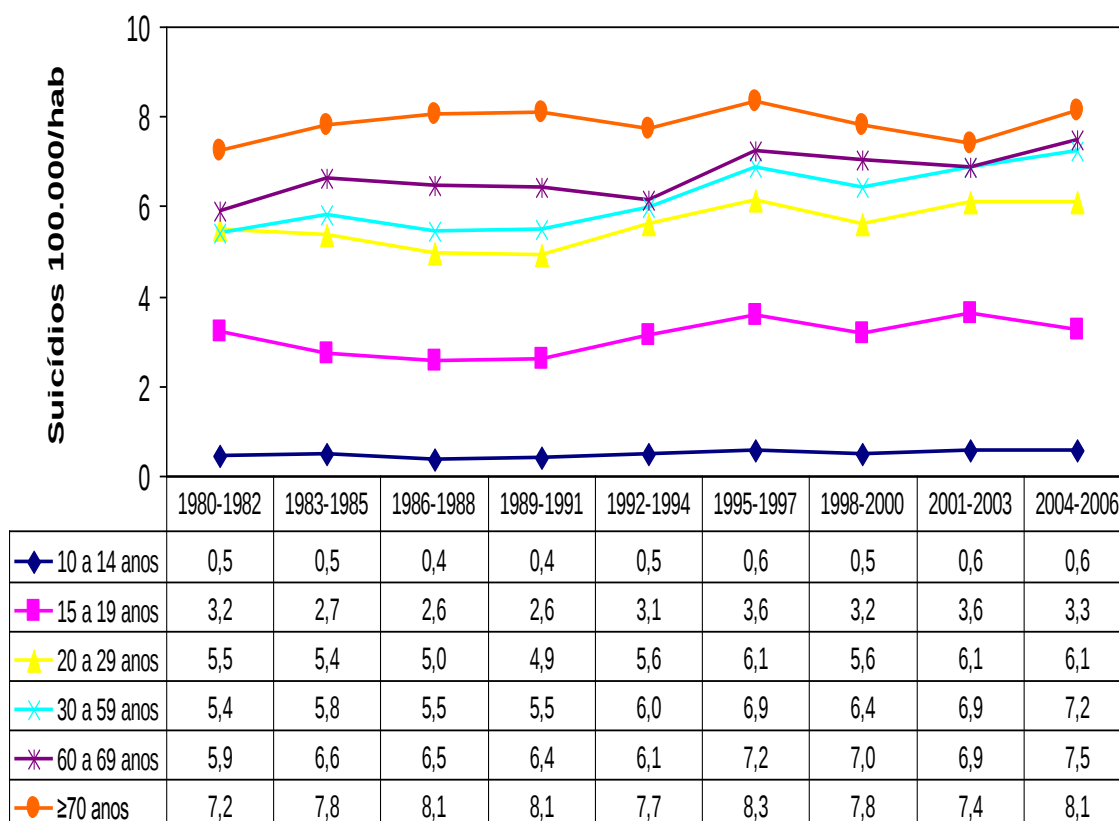
Gráfico 1
Taxas de suicídio por sexo no Brasil de 1980 a 2006.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde (DATASUS, 2009).

Na distribuição das taxas de mortalidade por suicídio nas faixas etárias, observa-se um predomínio das taxas na faixa etária acima dos 60 anos, sendo seguida pela faixa de 30 a 59 anos que apresentou um pico no período de 1995-1997 (gráfico 2).

Gráfico 2
Taxas de suicídio por grupos de idade no Brasil de 1980 a 2006.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde (DATASUS, 2009).

Características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas do suicídio no Brasil

Predominaram as seguintes características sociodemográficas de todos os casos analisados (1980-2006): sexo masculino (77,3%), faixa etária de 30 a 59 anos (50,2%), solteiro (44,8%) e baixo nível educacional (38,2%). Quanto às características clínico-epidemiológicas, observou-se que predominou como local de ocorrência do óbito o domicílio (51,0%) seguido pelo hospital (26,1%). Dentre os meios utilizados destacaram-se: enforcamento (47,2%), armas de fogo (18,7%), outros meios (14,4%) e envenenamento (14,3%). No envenenamento, 41,5% ocorreu pelo uso de pesticida e 18,0% por medicamentos, por todo o período estudado.

No total dos óbitos que ocorreram no domicílio, 64,5% foram por enforcamento e 17,8%, por armas de fogo. Destes óbitos, apenas 7,0% dos casos de enforcamento faleceram no hospital, contrastando com o uso de arma de fogo, no qual 28,7% faleceram num nosocômio. Já o óbito por envenenamento, 37,1% ocorreu em hospital em comparação com apenas 5,8%, no domicílio. Na via pública, surpreendeu a

proporção de óbito por armas de fogo (24,7%), representando um total de 6,3% deste óbito no hospital.

Taxas de mortalidade por suicídio nas regiões brasileiras

A região Sul apresentou as maiores taxas por suicídio no Brasil em o todo o período estudado (de 8,1 a 10,4 óbitos/100.000 habitantes), seguido pela a região Centro-oeste (de 4,4 a 7,7 óbitos/100.000 habitantes) e Sudeste (de 4,3 e 5,2 óbitos/100.000 habitantes). Já as regiões que apresentaram as menores taxas foram Nordeste (de 1,8 a 4,6 óbitos/100.000 habitantes) e Norte (de 2,7 a 4,3 óbitos/100.000 habitantes), respectivamente. Observando-se a distribuição das taxas dessas regiões, apesar de discreto, percebe-se um aumento contínuo.

Com relação ao sexo, os homens apresentaram uma maior sobremortalidade por suicídio em todas as regiões. As regiões Sul (média 11,7/100.000 habitantes) e Centro-oeste (média 7,1/100.000 habitantes) apresentaram as maiores taxas de mortalidade masculina por suicídio. Já as mulheres apresentaram a maior taxa média para a região Sul (3,2/100.000 habitantes) e a menor média no Nordeste (0,9/100.000 habitantes). (tabela 1)

As cidades que apresentaram as maiores taxas médias durante todo o período foram: Boa Vista (7,6 óbitos/100.000 habitantes) e Porto Alegre (7,2 óbitos/100.000 habitantes). As cidades com as menores taxas médias foram Salvador (1,2 óbitos/100.000 habitantes), Cuiabá (2,2 óbitos/100.000 habitantes) e Rio de Janeiro (2,4 óbitos/100.000 habitantes). Chama atenção o aumento de 88,5% no período de 1998 a 2006. (tabela 2)

Tabela 2
Distribuição das taxas de suicídio (por 100 mil habitantes) no Brasil, segundo
capitais e regiões, 1980-2006.

	1980-1982	1983-1985	1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	2001-2003	2004-2006
Norte	2,7	2,6	2,9	3,2	3,2	3,6	3,9	4,2	4,3
Rio Branco	4,2	3,2	4,4	8,4	9,0	5,3	6,2	9,8	5,2
Porto Velho	5,6	6,0	4,2	6,1	7,1	3,5	4,8	5,5	5,3
Palmas	0,0	0,0	0,0	5,7	2,9	3,4	3,9	6,7	4,8
Manaus	4,7	4,8	5,1	3,8	5,1	7,1	5,8	5,1	4,9
Macapá	3,6	8,0	5,6	4,7	4,9	7,0	4,6	10,9	8,7
Boa Vista	6,7	2,7	3,7	6,7	8,3	11,6	11,9	7,7	9,3
Belém	5,6	4,4	4,7	4,7	5,1	7,1	5,3	4,3	2,4
Nordeste	2,0	1,8	1,8	2,1	2,6	3,0	3,0	4,0	4,6
Teresina	5,0	3,8	4,3	3,1	4,6	6,0	5,5	6,8	6,8
São Luís	3,1	1,3	2,6	2,8	2,7	4,0	3,4	4,3	3,7
Salvador	1,6	1,3	1,4	1,0	1,2	1,2	0,4	1,0	2,2
Recife	3,1	2,4	1,6	3,6	5,7	5,6	4,6	4,1	3,9
Natal	5,2	3,8	3,7	4,3	2,7	5,1	1,8	3,2	2,2
Maceió	4,7	4,1	4,8	3,0	5,3	3,9	3,1	3,3	3,2
João Pessoa	4,1	3,1	4,3	2,6	2,8	3,0	2,0	3,3	4,2
Fortaleza	5,9	3,8	2,7	4,3	4,7	5,9	4,7	6,6	7,3
Aracaju	2,1	2,0	1,2	2,0	6,2	3,6	2,4	6,4	5,1
Sudeste	4,7	4,8	4,5	4,3	4,7	5,2	4,5	4,9	4,9
Vitória	3,2	2,1	3,3	5,2	4,3	6,7	6,0	4,5	4,8
São Paulo	5,9	5,8	6,0	5,6	6,1	6,7	5,5	4,3	4,7
Rio de Janeiro	1,9	2,8	2,6	2,2	1,1	2,4	2,4	3,7	2,9
Belo Horizonte	5,4	4,6	4,7	5,0	5,4	6,5	5,1	5,6	4,7
Sul	8,1	9,4	8,6	8,7	8,9	10,3	10,4	9,9	9,8
Porto Alegre	6,1	6,8	5,9	4,9	6,3	10,3	9,6	7,5	7,5
Florianópolis	4,0	4,4	6,0	6,3	7,2	8,0	9,3	6,2	7,0
Curitiba	4,4	6,3	5,0	5,8	5,3	6,3	5,7	6,0	6,4
Centro-Oeste	4,4	4,6	5,1	4,9	6,2	7,4	7,0	7,7	7,4
Goiânia	2,5	1,5	4,2	2,9	5,8	7,3	6,4	7,5	6,4
Cuiabá	0,6	1,0	1,6	0,9	0,6	5,1	2,1	3,8	5,1
Campo Grande	3,7	4,2	3,4	4,3	6,6	8,4	6,0	5,4	6,9
Brasília	3,0	2,7	3,9	6,3	7,1	7,8	5,2	4,9	5,3
Total Brasil	4,4	4,6	4,3	4,4	4,8	5,4	5,1	5,5	5,7

A faixa etária com a maior taxa de mortalidade nas regiões brasileiras foi de 70 anos ou mais, com 7,8 óbitos/100.000 habitantes, seguida pelas de 60 a 69 anos e de 30 a 59 anos: 6,8 e 6,3 óbitos/100.000 habitantes, respectivamente. A região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade de todas as regiões para as faixas etárias, principalmente para aquela de 70 anos ou mais com 17,2 óbitos/100.000 habitantes.

Com relação ao estado civil solteiro, observa-se a maior proporção para todas as regiões, destacando-se o Sudeste (19,6%) e o Sul (10,5%). Em segundo lugar ficou o estado civil casado, o qual novamente predominou no Sudeste (15,9%) e Sul (13,6%). A baixa escolaridade predominou nas regiões Sudeste (16,7%), Sul (12,0%) e Nordeste (4,9%). Já aqueles com a escolaridade de 12 anos ou mais com as maiores proporções estão no Sudeste (2,4%), Sul (0,6%) e Nordeste (0,6%). Contudo, chamou atenção a alta proporção dos registros ignorados com relação a escolaridade (43,5%).

Com relação aos meios utilizados, estes não apresentaram diferenças no perfil na maioria das regiões, destacando-se o enforcamento, armas de fogo e envenenamento, respectivamente. Na região Nordeste, destacaram-se: enforcamento (48,8%), envenenamento (18,2%) e armas de fogo (16,9%), respectivamente. E no Sudeste: enforcamento (39,6%), outros meios (24,2%) e armas de fogo (16,5%), respectivamente. Nos suicídios por envenenamento destacou-se o uso do pesticida, com destaque para a região Sudeste (29,7%), Sul (28,6%) e Nordeste (19,8%). As regiões que apresentaram as maiores proporções para o meio com o uso de medicamentos: Sudeste (7,0%), Sul (4,1%) e Nordeste (3,7%). Os homens predominaram em todos os meios utilizados, com exceção do uso de medicamentos que foi predominante entre as mulheres (51,4% vs 48,6%, respectivamente).

Discussão

A mortalidade por suicídio é subestimada em diversos países (WHO, 2002), fato que dificulta uma mensuração mais precisa sobre este tipo de óbito. O sub-registro é um dos aspectos mais importantes ao se analisar um estudo sobre suicídio e pode ser provocado por alguns fatores tais como: mau preenchimento das declarações de óbito, cemitérios clandestinos e mudança da causa básica a pedido da família. (Marín-León & Barros, 2003; Minayo, 2005; Bertolote & Fleishmann, 2002).

O Brasil apresentou taxa média de 4,9/100.000 habitantes no período 1980 a 2006. A taxa nacional é considerada baixa quando comparada a países europeus, tal como Lituânia (51,6/100.000 habitantes), Rússia (43,1/100.000 habitantes) e Belarus (41,5/100.000 habitantes) e alguns países da América, como Argentina (8,7/100.000 habitantes), Uruguai (12,8/100.000 habitantes) e Canadá (15,0/100.000 habitantes) (WHO, 2002). Contudo, ao se observar a distribuição das taxas por região, vislumbra-se uma grande variabilidade. Encontramos taxas médias, segundo classificação de Diekstra e Gulbinat (1993), como as da região Sul, e da região Centro-oeste para períodos mais recentes. O Rio Grande do Sul apresenta os maiores coeficientes de suicídio do Brasil, principalmente entre os agricultores (Meneguel *et al.*, 2004). Esta mortalidade elevada poderia estar refletindo as precárias condições de sobrevivência dessa população; ou a uma exposição intensa aos agrotóxicos que poderia levar aos transtornos depressivos desencadeados por mecanismos neurológicos ou endócrinos (Csillag, 1996; Rogers,

2001; Stallones & Beseler, 2002). O aumento das taxas na região Centro-oeste em períodos mais recentes poderia ser explicado pela alta mortalidade dos indígenas. Por exemplo, a taxa elevada em Dourados (Mato Grosso do Sul), é elevada por causa da mortalidade entre os Guarani-Kaiowã (Brasil, 2009). Estudos internacionais apresentaram altas taxas para suicídio entre indígenas, em Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Brasil, apontando a desintegração cultural, a marginalização e abuso/dependência de álcool como possíveis explicações para esta alta mortalidade (Leenaars, 2006; Hunter & Desley, 2002).

As cidades de Boa Vista e Porto Alegre se destacaram com as taxas mais altas do período estudado, e Salvador, Cuiabá e Rio de Janeiro com as mais baixas. Numa análise epidemiológica, não é possível estabelecer nenhuma relação causal nos resultados encontrados, contudo, pode-se inferir que as taxas encontradas em Boa Vista estejam relacionadas à proximidade com aspectos socioculturais indígenas, sabendo-se que existe alta taxa de mortalidade por suicídio neste grupo (Leenaars, 2006; Hunter & Desley, 2002; Oliveira & Lotufo, 2003). Já Porto Alegre seguiria a hipótese dada para a região Sul, na qual sobressai a cultura européia e há um grande número de idosos (Viana et al., 2008; Meneghel et al., 2004). Autores têm divergido sobre a relação entre a desigualdade socioeconômica e a direção da resposta agressiva, mas de um modo geral, estudos apontam uma possível relação inversamente proporcional entre homicídio e suicídio (Durkheim, 1982; Chesnais, 1992; Kennedy et al., 1999; Unnithan & Whitt, 1992). Assim, as cidades de Salvador, Cuiabá e Rio de Janeiro cujas taxas de homicídio são consideradas de média-altas (38,1; 39,8 e 42,3/100.000 habitantes, respectivamente, em 2006) (Brasil, 2007), pode-se inferir que o subemprego/desemprego e a grande desigualdade social local resultariam mais numa violência interpessoal (agressões graves e homicídios) do que no suicídio. Contudo, ressalta-se a necessidade de mais estudos que busquem lançar luz sobre as diferentes taxas de mortalidade por suicídio nas capitais e regiões brasileiras.

Em relação ao sexo, os nossos achados confirmam estudos nacionais e internacionais de uma maior mortalidade masculina. Hawton (2000) ressalta a diferença entre sexos no comportamento suicida, no qual as mulheres tendem a cometer mais tentativas de suicídio e os homens, o suicídio, demonstrando maior intenção de morte e, por conseqüência, utilizando meios mais letais. Por outro lado, Canetto & Sakinofsky (1998) apontam que a letalidade do método não estaria relacionada diretamente com a intenção de morte, mas, sim, o papel do gênero na escolha do método. O uso de medicamentos no suicídio em mulheres seria mais bem aceito socialmente do que nos homens. Ao passo que o uso de armas de fogo, apesar de acessível a ambos os sexos, seria mais aceito entre os homens. Outros fatores são apontados para a menor mortalidade nas mulheres, como, menor prevalência de alcoolismo, religiosidade; melhor rede de apoio social e uma maior busca de tratamento para transtornos mentais e suicídio (Stack, 2000).

Embora a taxa de suicídio encontrada seja maior entre os idosos há um crescente aumento na faixa etária de 30 a 59 anos em ambos os sexos, em consonância com a tendência global (Bertolote & Fleishmann, 2002). Estudos realizados em países orientais e ocidentais têm relatado resultados semelhantes, como em Taiwan onde se observou aumento nas taxas de mortalidade por suicídio para o sexo masculino, na faixa etária de adulto jovem durante o período de 1991 a 2005 (Lin & Lu, 2008). Os autores consideraram que este aumento poderia estar relacionado à crise econômica vigente naquele país. Palacio-Acosta et al. (2005) após analisarem o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de suicídio na Colômbia, para o período de 2000-2003, também

concluíram que condições socioeconômicas desfavoráveis influenciaram na sobremortalidade em homens jovens.

As características sociodemográficas que mais se destacaram foram: baixa escolaridade e solteiro. A baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico encontradas no nosso resultado podem representar um grande grupo de pessoas que vivem de subempregos ou que estejam desempregadas. A literatura aponta que adversidade socioeconômica incrementa o risco de suicídio naqueles indivíduos vulneráveis, como aqueles com história de suicídio anterior, transtornos mentais (principalmente a depressão e ansiedade) e co-morbidades com abuso/dependência de álcool e drogas (Blackmore *et al.*, 2008; Ludemir, 2005; Qin, Agerbo & Mortensen, 2003; Nock *et al.*, 2006; Lin & Lu, 2008; Beautrais *et al.*, 1996). Wunderlich *et al.* (1998) encontraram um risco para tentativa de suicídio 3,5 vezes maior entre os participantes de seus estudos com dois diagnósticos de transtornos mentais, do que os sem diagnóstico, de 6,4 vezes para aqueles com três diagnósticos e, ainda, um risco 18 vezes maior entre aqueles com mais de três diagnósticos.

Os transtornos mentais são associados com mais de 90% de todos os casos de suicídio. Entretanto, o suicídio pode resultar de muitos fatores socioculturais complexos, sendo mais provável de ocorrer durante períodos de crises socioeconômicas, familiares e individuais (perda de um ente querido) (WHO, 2002).

No Brasil, os meios mais utilizados para o suicídio foram: enforcamento, armas de fogo, outros meios e envenenamento, respectivamente. A OMS (1990) enfatizou o grave problema mundial que é o envenenamento pelo pesticida, principalmente nos países em desenvolvimento. Bertolote *et al.* (2006) estimaram que cerca de 60 a 90% das mortes por suicídio na China, Malásia, Sri Lanka e Trinidad e Tobago foram por uso de pesticida. Os autores também relataram que a OMS registrou um aumento dos números de suicídio por pesticida na maioria dos países da Ásia, Américas Central e do Sul (Brasil, El Salvador, Guatemala, Paraguai e outros), colocando a manipulação, estoque e acesso ao pesticida, principalmente, nas áreas rurais, um grave problema de saúde mundial que precisa ser seriamente discutido. Tendo o sexo feminino predominado unicamente no uso de medicamentos como método para o suicídio. Este resultado foi corroborado por estudos nacionais e internacionais que encontraram o uso do medicamento como método em suicídio e tentativas (Kachava & Escobar, 2005; Marcondes Filho *et al.*, 2002; Werneck *et al.*, 2006; Aghanwa, 2004; Novack *et al.*, 2006). O uso abusivo de medicamentos psicoativos tem se apresentado como um grave problema de Saúde Pública nacional. Em 1990, segundo a OMS, mais de 500 milhões de doses diárias de tranquilizantes foram ingeridas pela população brasileira. Um consumo três vezes maior do que a esperada (OMS.1990). Na tentativa de solucionar este problema, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem realizado um maior controle na regulamentação da produção e dispensação destes medicamentos.

No Brasil, o suicídio vem se tornando um importante problema de saúde pública, que precisa ser mais investigado através de metodologias adequadas a nossa realidade. Além de fatores já conhecidos, como os transtornos depressivos e abuso/dependência de álcool/drogas, existe também a necessidade de se pesquisar os aspectos culturais e socioeconômicos que podem influenciar o comportamento suicida nas diferentes regiões brasileiras. Os nossos achados sugerem que a prevenção do suicídio precisa construir uma ação conjunta entre os diversos setores (Saúde, Educação, desenvolvimento social e outros), levando em consideração a especificidade e diversidade regional.

Referências bibliográficas

BERTOLETE, J. M. & FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7 (2): 6-8; 2002.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência dos Municípios Brasileiros 2008. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana. Instituto Sangari. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. São Paulo: Ideal Gráfica e Editora, 2008.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M. & WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), jun, 2005.

MENEGHEL, S.N., VICTORIA, C.G., FARIA, N.M.X., CARVALHO, L.A., & FALK, J.W. Características Epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 804–810, 2004.

MARÍN-LEON, L., & BARROS, M.B.A. Mortes por Suicídios: diferenças de gênero e nível sócio-econômico. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 357–363, 2003.

SOUZA, E. R., MINAYO, M. C. S. & MALAQUIAS, J. V. Suicide among Young people in selected Brazilian State capitals. *Cad. Saúde Pública*, RJ, 18(3): 673-683, mai-jun, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and Health. Ed. Etienne G. Krug et al. Geneva: WHO, 2002.

HAWTON, K. & van HEERINGEN, K. Suicide. *Lancet*, 373 (9672): 1372-81, 2009.
MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, anexo VII, pp 205-239 2005.

ROGERS, J.R. Theoretical grounding: “the missing link” in suicide research. *Journal Counsel Develop.*, 79 (1): 16-25, 2001.

DIEKSTRA, R. F. W. & GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, 46(1) p 52-68, 1993.

CSILLAG, C. Brazil’s soaring suicide rate revealed. *Lancet*, 348 (9042): 1651, 1996.

STALLONES, L.; BESELER, C. Pesticide poisoning and depressive symptoms among farm residents. *Ann. Epidemiol.*, 12 (6): 389-94, 2002.

BRASIL. Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação. Justiça Federal suspende retirada de índios Guarani-Kaiowá de fazenda em MS. [citado 10 mar 2009]. Disponível

em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2009/05/28/materia.2009-05-28.3090948998/view>.

LEENAARS AA. Suicide among indigenous peoples: introduction and call to action. *Arch Suicide Res.*;10(2):103-15, 2006.

HUNTER E, HARVEY D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States. *Emergency Med (Fremantle)*, 14(1):14-23, 2002.

OLIVEIRA CS, LOTUFO FN. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Rev Psiquiatr Clin.*;30 (1):4-10, 2003.

VIANA GN, ZENKNER FM, SAKAE TM, ESCOBAR BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr.*;57(1):38-43, 2008.

DURKHEIM E. O suicídio. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

CHESNAIS JC. The history of violence: homicide and suicide through the ages. *Int Soc Sci J.*;132:217-34, 1992.

UNNITHAN NP, WHITT HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *Int J Comp Sociol.*;33(3-4):182-96, 1992.

KENNEDY HG, IVESON RC, HILL O. Violence, homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts. *Br J Psychiatry.*;175:462-6, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

HAWTON K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.*177:484-5, 2000.

CANETTO SS, SAKINOFSKY I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998;28(1):1-23.

STACK S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav.* 2000;30(2):145-62.

LIN JJ, LU TH. Suicide mortality trends by sex, age and method in Taiwan, 1971-2005. *BMC Public Health.* 2008; 8:6.

PALACIO-ACOSTA C, GARCÍA-VALENCIA J, DIAGO-GARCÍA J, ZAPATA C, ORTIZ-TOBÓN J, LÓPEZ-CALLE G, LÓPEZ-TOBÓN M. Characteristics of people committing suicide in Medellín Colombia. *Rev Salud Publica*, 2005;7 (3):243-53.

BLACKMORE E R, MUNCE S, WELLER I, ZAGORSKI B, STANSFELD S, STEWART DE, CAINE ED, CONWELL Y. Psychosocial and clinical correlates of

suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry*. 2008;192(4):279-84.

LUDERMIR AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(3):198-204.

QIN P, AGERBO E, MORTENSEN PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 2003;160(4):765-72.

NOCK MK, KESSLER RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(3):616-23.

BEAUTRAIS A, JOYCE P, MULDER R, FERGUSON D, DEAVOLL B, NIGHTINGALE S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1009-14.

WUNDERLICH U, BRONISCH T, WITTCHEN HU. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1998; 95:248-87.

OMS. Organization Mondiale de la Santé. La Situation Pharmaceutique dans le Monde. Organization Mondiale de la Santé: Genève. 1990.

BERTOLETE JM, FLEISCHMANN A, BUTCHART A, BESBELLI N. Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bull World Health Org*. 2006;84(4):260.

KACHAVA AM, ESCOBAR BT. Perfil das intoxicações exógenas registradas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão (SC). *ACM Arq Catarin Med*. 2005;34(4):46-52.

MARCONDES FILHO W, MEZZAROLA L, TURINI CA, KOIKE A, MOTOMATSU JUNIOR A, SHIBAYAMA EE, FENNER FL. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc Latinoam*. 2002;3(2):1-5.

WERNECK G, HASSELMANN MH, PHEBO LB, VIEIRA DE, GOMES VL. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22:10.

AGHANWA H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):63-9.

NOVACK V, JOTKOWITZ A, DELGADO J, NOVACK L, ELBAZ G, SHLEYFER E, BARSKI L, PORATH A. General characteristics of hospitalized patients after deliberate self-poisoning and risk factors for intensive care admission. *Eur J Int Med*. 2006;17(7):485-9.