

Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul

Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil

Stela Nazareth Meneghel^a, Cesar Gomes Victora^b, Neice Müller Xavier Faria^c, Lenine Alves de Carvalho^d e João Werner Falk^e

^aPrograma de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. ^bDepartamento Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, RS, Brasil. ^cPrograma de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFPEL. Pelotas, RS, Brasil. ^dAgência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, Brasil. ^eDepartamento Medicina Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Descritores

Suicídio. Estatística. Coeficiente de mortalidade. Mortalidade.

Resumo

Objetivo

Descrever as características epidemiológicas de mortalidade por suicídio em uma série histórica de dez anos.

Métodos

Foram construídas séries históricas de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul a partir de dados do Sistema de Notificação de Mortalidade do Ministério da Saúde, para o período 1980 a 1999. Os dados foram padronizados de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde e analisados segundo variáveis demográficas clássicas.

Resultados

As taxas de suicídios durante todo o período estudado (coeficientes e mortalidade proporcional) configuraram-se como as maiores do País. Os coeficientes padronizados passaram de níveis em torno de 9/100.000 nos anos 80 para 11/100.000 em 1999. Esse alto nível de mortalidade deveu-se principalmente ao aumento da mortalidade masculina, cujos coeficientes passaram de 14/100.000 para os atuais 20/100.000. A razão homemmulher aumentou de três para cinco. Os maiores coeficientes correspondiam aos idosos, embora as taxas estejam aumentando na população de adultos jovens. Pessoas viúvas e aquelas ocupadas na agropecuária e pesca apresentaram coeficientes de mortalidade mais elevados.

Conclusões

O estudo destaca o suicídio como um problema de saúde coletiva no Rio Grande do Sul e revela características que contribuem para ações preventivas.

Keywords

Suicide. Statistics numeric data. Mortality rate. Mortality.

Abstract

Objective

To describe epidemiological aspects of suicide mortality in a 10-year time series.

Methods

Suicide deaths reported in the state of Rio Grande do Sul (RS), Brazil, were put together as historical time series based on data from the Ministry of Health Mortality Reporting System for the period 1980 to 1999. Suicides were grouped according to the WHO criteria and analyzed using standard demographic variables.

Results

Suicide rates (proportional mortality and mortality rates) in RS during the study

Correspondência para/ Correspondence to:

Stela Nazareth Meneghel
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Av. Unisinos, 950
93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil
E-mail: meneghel@bios.unisinos.br

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Plano Sul de Pesquisa (CNPq - Processo n. 400208/1999-7) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS - Processo n. 01501239).
Recebido em 7/11/2003. Reapresentado em 30/4/2004. Aprovado em 12/5/2004.

period were the highest in Brazil. The standardized rates grew from around 9 per 100,000 in the 1980s to 11 per 100,000 in 1999. This increase in mortality was attributed mainly to male mortality rates that grew from 14 per 100,000 to the current 20 per 100,000. The male:female ratio increased from 3 to 5. The highest ratios were seen among the elderly although this ratio has been increasing in young adults as well. Widows, widowers and farmers/fishers had the highest mortality rates.

Conclusions

The study highlights suicide as a collective health problem in RS and shows aspects that could contribute to preventive action.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, estudado por várias disciplinas científicas que o percebem de forma, às vezes, antagônica, outras complementar. De maneira geral, a psiquiatria tem encarado o suicídio como um fenômeno individual enquanto que as ciências sociais, a partir do clássico de Durkheim⁶ (1982) percebem-no como um comportamento coletivo.

Pesquisadores¹⁰ apontam para a existência de culturas suicidas, onde proliferam formas de comportamento autodestrutivas relacionadas à denominada “existência tóxica”.

Nas últimas décadas, a produção científica acerca do suicídio revestiu-se de caráter predominantemente pragmático e técnico. Nessa linha predominam os estudos que buscam identificar fatores de risco, recorrendo o evento em múltiplas variáveis em nível biológico, psicológico e social. Aparentemente, essas pesquisas não têm sido capazes de reverter a tendência de aumento do suicídio observadas em vários países.

Uma das definições de suicídio refere-se ao ato humano de causar a cessação da própria vida.¹² Essa definição implica, em primeiro lugar, que o termo suicídio só pode ser usado no caso de morte ou de circunstâncias cuja seqüência causal levam à morte e na qual tenha havido intencionalidade do sujeito.

Existe subnotificação da mortalidade por suicídio, que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu na maioria dos grupos sociais.⁹

Consideram-se fatores associados ao suicídio: as tentativas prévias, a doença afetiva, o isolamento social, a história familiar, a declaração de intenções e uma série de variáveis demográficas e socioeconômicas.²² No Canadá, os índios, os jovens, os idosos, os prisioneiros, os homossexuais e pessoas com história familiar de suicídio são grupos em risco. Acrescentam-se as situações de: adição a drogas, eventos estressores e doença terminal.²⁴ Cinco situações fo-

ram descritas como as mais importantes no comportamento suicida atual: 1) o aumento na prevalência de transtornos depressivos; 2) o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas; 3) mudanças psicobiológicas, como a diminuição na data de início da puberdade; 4) aumento no número de estressores sociais; 5) mudança nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas e aumento na disponibilidade de modelos suicidas.⁵ Problemas mentais e drogadições estão presentes em 90% dos suicídios na Europa e Estados Unidos.¹⁸

Os pesquisadores que postulam a associação entre uso de álcool e suicídio baseiam-se na asserção de que as taxas de suicídio estão inversamente relacionadas com o grau de integração social e que o uso abusivo de álcool produz desaprovação social e gradativa deterioração dos laços sociais. Além da ligação indireta entre consumo de álcool e suicídio, mediado pela desintegração social, os autores indicam uma relação direta que é a diminuição do autocontrole que atuaria como gatilho acionando uma inclinação prévia para a conduta autodestrutiva.¹⁹

No Brasil, as mortes por suicídios, embora subestimadas, são de baixas magnitude quando comparadas a outras regiões, porém mostram-se crescentes na faixa do adulto jovem, principalmente no sexo masculino. Mello Jorge¹⁶ (2000) considera esse fato preocupante, na medida em que não houve alteração metodológica quanto ao registro ou coleta de dados relativamente a essa causa.

Em relação às condições socioeconômicas, observou-se que o suicídio ocorre nos extremos: entre os menos favorecidos socialmente e entre os privilegiados.¹¹ Por outro lado, quedas no *status* socioeconômico mostram-se relacionadas ao evento.

O divórcio, a participação da mulher na força de trabalho, as variáveis econômicas e o desemprego também foram relatados como fatores de risco.^{3,14}

O Rio Grande do Sul, RS, é o Estado brasileiro que

historicamente tem apresentado os maiores coeficientes de suicídio do País. Esse fato tem instigado pesquisadores oriundos de vários campos do conhecimento, destacando-se as ciências sociais e da saúde, que apontaram a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região, como possíveis fatores ligados ao problema.

O presente estudo foi elaborado a partir de interrogação acerca do elevado padrão de mortalidade por suicídio em algumas das regiões fumageiras do Rio Grande do Sul e faz parte da pesquisa denominada "Agrotóxicos e outros fatores de risco para suicídio no Rio Grande do Sul", estudo ecológico que procura verificar a relação entre a exposição a agrotóxicos e coeficientes de mortalidade por suicídio.²

O objetivo do presente trabalho é apresentar os dados epidemiológicos sobre o suicídio no Rio Grande do Sul na série histórica que compreende os anos de 1980 a 1999, destacando algumas características descritivas do evento que aparecem na declaração de óbito.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo. Buscou-se caracterizar aspectos da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul. Os coeficientes de mortalidade e as proporções foram obtidos a partir das estatísticas de mortalidade publicadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde.* Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Os denominadores utilizados para cálculo dos coeficientes segundo ocupação econômica foram obtidos a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostras nos Domicílios (PNAD-2001) e foram utilizados para cálculo de coeficientes aproximados já que esses dados não foram disponibilizados para os censos anteriores.***

Para cálculo do número de suicídios utilizou-se a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), três dígitos para o período 1980-95 compreendendo as categorias codificadas entre E950 a E959. Para os anos de 1996 a 1999 utilizou-se a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) arrolando as categorias X60 a X84 e Y87.

Foram construídas séries históricas para o período de 1980 a 1999. Os coeficientes foram padronizados utilizando-se a população padrão, fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹ A população

padrão possui menos crianças e maior número de adultos maiores de 70 anos, relativizando o sobrepeso dado à população infantil que acontecia na estimativa anterior também denominada população padrão de "Segi".¹ A necessidade de elaborar uma confecção de nova população padrão mundial deveu-se principalmente ao aumento do grupo de idosos.

Os dados foram analisados usando-se o programa TABWIN do Ministério da Saúde.¹⁷ Foram calculados os coeficientes de mortalidade por suicídio para o Rio Grande do Sul, descritos a seguir: coeficientes de mortalidade totais, segundo sexo, grupo etário, ocupação, grau de instrução, estado civil e tipo de suicídio. A informação sobre grau de instrução não foi apresentada devido à baixa qualidade da informação: mais de 50% dos dados eram "ignorados". As curvas de regressão linear dos coeficientes de mortalidade padronizados foram realizadas utilizando o *software* SPSS, versão 10,0.

RESULTADOS

A distribuição do suicídio no Brasil aponta a Região Sul e, especificamente, o Estado do Rio Grande do Sul como o de maior incidência (média de 10,2/100.000 no período 1980 a 1999). Nos 20 anos que compõem essa análise, o Estado de Santa Catarina apresentou uma média de 7,9 e o Estado do Paraná uma média de 7,1 por 100.000 habitantes, enquanto a média brasileira correspondeu a 4,3 óbitos para cada 100.000 habitantes. Em todos os anos da série analisada, o Rio Grande do Sul ocupou a primeira posição. Calculou-se também a mortalidade proporcional por suicídio nas Unidades da Federação, buscando eliminar as distorções ocasionadas pelas diferenças regionais na fidedignidade do Sistema de Informação de Mortalidade. Assim como os coeficientes, a mortalidade proporcional por suicídio no RS é também a maior do País. Além disso, sabe-se que óbitos por suicídio, devido ao tabu que cerca esse evento, podem ser notificados como causa externa do tipo ignorado, induzindo a subnotificação do agravo.

A Tabela 1 evidencia os coeficientes de mortalidade por suicídio, brutos e padronizados, para o Rio Grande do Sul em uma série histórica de 1980 a 1999. Os coeficientes de mortalidade por suicídio, padronizados para ambos os sexos passaram de 9,5/100.000 em 1980 para 11,7/100.000 em 1999. Observou-se o aumento nos coeficientes padronizados no sexo masculino, que passou de 14,0/100.000 em 1980 para 20,2/100.000 em 1999, ao passo que os coeficientes

*Dados obtidos na Internet, no endereço: <http://www.saude.gov.br/datasus>

**Dados obtidos na Internet, no endereço: <http://www.ibge.gov.br>

***Dados obtidos na Internet no endereço: <http://www.ibge.gov.br/trabalho> e rendimento/PNAD2001

Tabela 1 - Óbitos, coeficientes de mortalidade por suicídio brutos e padronizados, segundo sexo e totais (CID-9 e CID-10). Rio Grande do Sul, RS, 1980-99.

Ano	Óbitos	Sexo masculino		Óbitos	Sexo feminino		Óbitos	Total	
		Coef. mortalidade Observada	Coef. mortalidade Padronizado		Coef. mortalidade Observada	Coef. mortalidade Padronizado		Coef. Mortalidade Observada	Coef. Mortalidade Padronizado
1980	459	11,9	14,0	183	4,7	4,7	642	8,3	9,5
1981	467	12,0	14,0	170	4,3	4,7	637	8,1	9,2
1982	481	12,1	14,7	156	3,9	4,2	637	8,0	9,2
1983	610	15,2	18,5	183	4,5	5,9	793	9,7	11,5
1984	595	14,6	17,3	181	4,3	4,2	776	9,4	10,7
1985	596	14,4	17,0	178	4,2	4,6	774	9,2	10,5
1986	571	13,6	16,4	185	4,3	4,6	756	8,9	10,1
1987	561	13,2	16,0	168	3,8	4,1	729	8,4	9,7
1988	556	12,9	15,1	186	4,2	4,4	742	8,5	9,5
1989	557	12,7	14,6	158	3,5	3,8	715	8,0	8,9
1990	523	11,8	13,6	180	3,9	4,2	703	7,8	8,6
1991	601	13,4	15,6	192	4,1	4,4	793	8,7	9,7
1992	658	14,5	16,1	162	3,5	3,6	820	8,9	9,6
1993	601	13,0	14,9	146	3,1	3,2	747	8,0	8,7
1994	669	14,3	16,3	165	3,4	3,5	834	8,8	9,6
1995	753	16,0	18,3	203	4,2	4,5	956	10,0	11,1
1996	737	15,6	16,7	216	4,4	4,4	953	9,9	10,2
1997	807	16,8	18,6	190	3,8	3,9	998	10,2	10,9
1998	874	18,0	19,5	215	4,3	4,3	1089	11,0	11,5
1999	889	18,1	20,2	204	4,0	4,1	1093	11,0	11,7

CID: Classificação Internacional de Doenças

femininos variaram entre 3,2 a 4,7/100.000 nesse período. A razão homem:mulher aumentou de três em 1980 para cinco no final do período estudado. A tendência temporal mostrou aumento abrupto em 1983, redução global de 1984 a 93 e aumento subsequente até o momento.

As retas de regressão construídas com os coeficientes de mortalidade padronizados mostram tendências ascendentes para o suicídio nos homens e levemente descendentes para o suicídio em mulheres (Figura 1).

Os coeficientes por faixa etária aumentam paulatinamente segundo a idade (Figura 2), com elevados índices para maiores de 70 anos. No entanto, os grupos de adultos jovens apresentaram aumento nas taxas durante os últimos anos, principalmente no último quinquênio, o que indicaria uma tendência de juvenilização do agravo.

A Tabela 2 expõe o número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade por suicídio segundo estado civil e ocupação, no período 1990 a 1998.

A maior proporção de suicídios ocorre entre pessoas casadas, porém o maior coeficiente corresponde aos viúvos. Separados e solteiros apresentam os menores coeficientes. Observa-se o risco praticamente três vezes maior na população de trabalhadores do setor da agropecuária e da pesca: 16,3/100.000 contrastado a 5,7/100.000 entre trabalhadores técnico-científicos. A padronização dos coe-

ficientes da Tabela 2 não pôde ser efetuada porque não havia disponibilidade dos dados censitários para realizar essa operação.

No período estudado, observou-se que o método utilizado para efetuar o suicídio mais comum é o enforcamento (62,5%), seguido por uso de arma de fogo

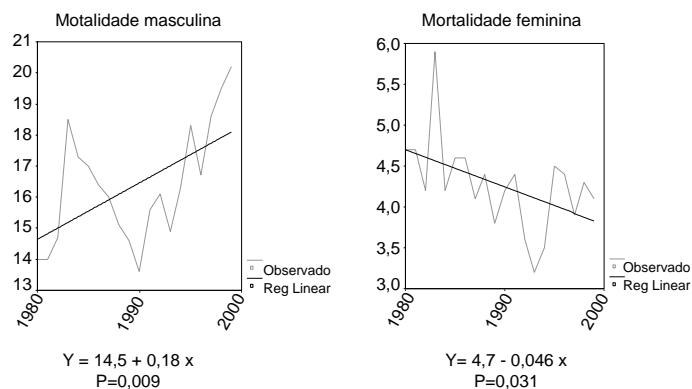


Figura 1 - Coeficientes padronizados de suicídio no Rio Grande do Sul, conforme sexo, 1980-1999.

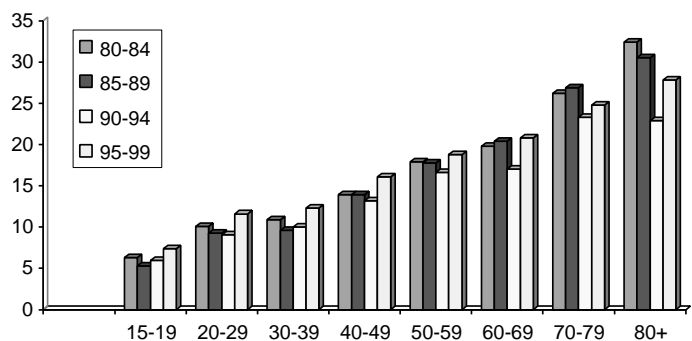


Figura 2 - Coeficientes de mortalidade por suicídio segundo grupo etário, Rio Grande do Sul, 1980-84, 1985-89, 1990-94 e 1995-99.

Tabela 2 - Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficientes de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul, segundo características demográficas (estado civil e ocupação), 1990-98.

Estado civil	N	%	Coef.**	Ocupação	N	%	Coef.**
Solteiro	2.672	33,9	7,4	Técnico-científico	218	2,9	5,7
Casado	3.631	46,1	11,4	Serviço público	33	0,5	*
Viuvo	606	7,7	13,7	Administrativo	353	4,8	5,9
Separado	260	3,3	7,1	Comércio	391	5,3	8,1
Outro	96	1,2	-	Serviços	382	5,2	8,2
Ignorado	610	7,7	-	Indústria	1.862	25,5	8,7
				Agropecuária/pesca	1.923	26,3	16,3
				Sem classificação	2.142	29,3	-
Total	7875	100,0	-	Total	7.304	100,0	-

*Populações não disponíveis

**Coeficientes por 100.000

(21,5%) e lesões não especificadas (6,9%) (Figura 3). Essas três categorias perfazem 90% das ocorrências. Salienta-se o aumento relativo nos suicídios por enforcamento e uso de armas de fogo, assim como o decréscimo nos meios não especificados, indicando presumivelmente o maior acesso da população às armas e a melhoria do sistema de informação de mortalidade. O suicídio por enforcamento é também o principal método utilizado por agricultores.

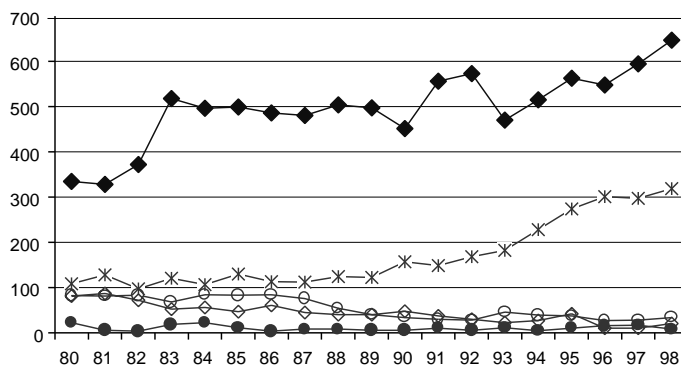


Figura 3 - Frequência de suicídios segundo método empregado, Rio Grande do Sul, 1980-98.

DISCUSSÃO

O Rio Grande do Sul manteve as maiores cifras nacionais durante todo o período estudado – coeficientes e mortalidade proporcional. Segundo Mello Jorge¹⁶ (2000), a mortalidade por suicídio no País é sabidamente subestimada, porém os coeficientes mostram-se crescentes na faixa do adulto jovem do sexo masculino. Esse fato é preocupante, na medida em que essa tendência não pode ser atribuída a qualquer alteração metodológica quanto ao registro ou coleta de dados.

Ao traçar um panorama do suicídio em 31 países notificantes da OMS⁴ observa-se que os coeficientes de mortalidade por suicídio variam entre os países e, tanto coeficientes altos quanto baixos, são encontrados em quase todos os continentes – nas Américas, Ásia e Europa. Uma classificação da mortalidade considera os coeficientes menores de 5/100.000 como baixos; os situados entre cinco e 15 médios; entre 15 e 30 altos e os maiores de 30, muito altos.⁴ Segundo esse critério a mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul pode ser considerada como média para a população total, porém para o contingente masculino os patamares encontram-se em níveis altos e com tendência ascendente.

Um fato bem documentado acerca da epidemiologia do suicídio é a relação homem/mulher que em muitos países é maior do que 3:1. Essa relação tem sido mantida ao longo do tempo em quase todos os países com

dados disponíveis. Nos Estados Unidos, na medida que as oportunidades econômicas, individuais e sociais aumentaram para as mulheres, a taxa de suicídios femininos diminuiu.¹¹ A Índia e a China são países onde o risco para a população feminina é elevado.²¹

A menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação as aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam nas redes de apoio social.²³ O desempenho da masculinidade envolve comportamentos que predispõem ao suicídio incluindo: 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 mais propensos ao suicídio.¹³

As pessoas ligadas à ocupação agropecuária e pes-

ca apresentam maiores coeficientes de mortalidade por suicídio. Durante a década de 90, a economia brasileira sofreu alterações que produziram desemprego e deslocamento da força de trabalho entre os setores de atividade econômica. O cálculo das estimativas de suicídio segundo ocupação, utilizando um denominador constante pode ter superestimado os coeficientes, na medida que houve redução na população ligada à agropecuária e contabilizada no PNAD/2001. Mesmo assim, optou-se por realizar esse cálculo porque a mortalidade proporcional das pessoas ligadas às ocupações agrícolas representa quase 30% dos óbitos e o cálculo dos coeficientes, embora aproximados, representa mais uma informação no perfil do suicídio no Rio Grande do Sul.

A viuvez pode ser caracterizada como um evento estressor, que em vários países está associada ao suicídio. A viuvez está associada à idade, mas na presente análise não foi possível separar o efeito das duas variáveis. Correlações entre suicídio, divórcio e/ou separação têm sido encontradas por diferentes estudos.⁸ Presume-se que haveria um viés na informação sobre estado civil, já que os maiores coeficientes apareceram em populações mais velhas onde o risco de enviuvar também é maior.

Quanto ao tipo de suicídio, estudos antropológicos já evidenciaram o papel do enforcamento na cultura gaúcha¹³ onde mais de 60% dos suicidas usaram essa forma de suicidar-se. Leal¹³ (1992) estudou o suicídio sob o ponto de vista da antropologia, como evento intimamente relacionado à cultura patriarcal “gaúcha”. Heck⁷ (1994) ao investigar o suicídio na comunidade rural alemã de Santo Cristo, RS, concluiu que os problemas dos colonos se agravaram a partir da implementação de um novo modelo agrícola nas décadas de 70-80. O avanço do processo capitalista de produção no campo acarretou arrendamento e perda das pequenas propriedades rurais, e como consequência, endividamento, concentração da propriedade da terra, êxodo rural, dissolução da cultura e dos valores morais e, em última instância, anomia. Porém, salienta-se o aumento relativo das armas de fogo entre os instrumentos usados. Alguns autores têm mostrado que um fator situacional precipitante é a presença de armas no domicílio.¹⁸

Os coeficientes de mortalidade por suicídio aumentam com a idade, porém o padrão etário está mudando, apontando para uma sociedade em que há poucas perspectivas para a população mais jovem. Assim, em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça o suicídio em adolescentes e adultos jovens está configurando um padrão epidêmico.⁴ Outros países como Uruguai, nas Américas; Japão,

Singapura e Sri Lanka, na Ásia; Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Hungria e Suécia, na Europa apresentam mortalidade elevada em indivíduos maiores de 30 anos.⁴ De qualquer maneira, os coeficientes globais não refletem necessariamente padrões etários elevados, como, por exemplo, na Finlândia onde se observa um padrão epidêmico para suicídio na adolescência, mas para a população como um todo, as cifras são médias.⁴

No Rio Grande do Sul os maiores coeficientes de mortalidade segundo grupo etário ocorrem entre população idosa (maior de 70 anos), porém nos últimos anos da década de 90 aparece tendência de elevação nas faixas mais jovens: 20 aos 59 anos. E esse grupo de adultos jovens, poderia estar mais vulnerável ao desemprego e ao modelo capitalista de produção adotado no campo. Segundo Mattoso¹⁵ (1999) “independente da metodologia adotada, as atuais taxas de desemprego não tem paralelo na história do País”. Comentando dados do IBGE o autor mostra que taxas de desemprego em seis regiões metropolitanas brasileiras passaram de 3,4% em 1989 para 7,6% em 1998. Assim, os elevados índices de desemprego, instabilidade econômica que o País atravessa, poderiam estar influenciando no aumento da mortalidade por suicídio. Os estudos realizados nos últimos anos têm mostrado um quadro diferente do apontado por Durkheim⁶ (1982) no século passado, que atribuía o fenômeno ao comportamento coletivo, minimizando o peso da pobreza e salientando como um dos fatores desencadeantes a presença de anomia social. Anomia considerada no sentido de Durkheim⁶ (1982), ou seja, a situação em que novos valores, costumes ou modos de vida são introduzidos em sociedades deixando uma espécie de vazio – o espaço anômico – no qual a sociedade não consegue mais exercer controle sobre os seus membros, deixando-os a mercê de si mesmos e mais predispostos ao suicídio.

Atualmente, entende-se a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, incluindo-se o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar.²³ O desemprego pode afetar a mortalidade por suicídio, direta ou indiretamente, aumentando os patamares de ansiedade dos indivíduos frente à possibilidade de serem despedidos. Por outro lado, indivíduos emocionalmente comprometidos são os primeiros a serem demitidos na vigência de políticas de recessão econômica²³ e os desempregados apresentam taxas de suicídio maiores que os empregados,^{3,5} principalmente entre a população masculina mais sensível aos reveses econômicos. Portanto, o aumento nos coeficientes de suicídio pode refletir o acirramento que as políticas econômicas têm infligido à população trabalhadora, especialmente aos seus seg-

mentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados. O Rio Grande do Sul apresenta os maiores coeficientes de suicídio do Brasil, particularmente entre agricultores, tendo sido uma das primeiras fronteiras agrícolas fechadas do País. Quando o suicídio acontece preponderantemente em um grupo etário, étnico, profissional ou isolado geograficamente, pode-se indagar se esse evento estaria funcionando como barômetro indicador de pressão na sociedade. A mortalidade elevada de suicídio em agricultores estaria refletindo as precárias condições de sobrevivência desse estrato populacional – endividamento, concentração da terra, êxodo e anomia; ou exposição profissional intensa aos agrotóxicos que pode acarretar quadros depressivos desencadeados por mecanismos neurológicos ou endócrinos.^{2,22,25}

O suicídio enquanto objeto de reflexão teórica apresenta-se como um universo avesso a classificações excessivamente constritivas. Entende-se que a identificação e o acompanhamento do evento pode trazer aportes importantes para a diminuição desse agravo na população.

REFERÊNCIAS

1. Ahmad OB, Bochi-Pinto C, Lopez A, Murray C, Lozano R, Imone M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva; 2000. (GPE Discussion Paper Series, 31).
2. Csillag C. Brazil's soaring suicide rate revealed. *Lancet* 1996;348:1651.
3. Chuang H, Huang W. A reexamination of sociological and economic theories of suicide: a comparison of the USA and Taiwan. *Soc Sci Med* 1996;43:421-3.
4. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statist Q* 1993;46:52-68.
5. Diekstra RFW, Garnefski W. On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:36-57.
6. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
7. Heck MR. Suicídio: um grito sem eco - contexto social de Santo Cristo. Pelotas: Ed. UFPEL; 1994.
8. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995;167:747-53.
9. Hillman J. Suicídio e alma. Rio de Janeiro: Vozes; 1993.
10. Kalina E, Kovadloff S. As cerimônias da destruição. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1983.
11. Kastembaum R. Psicologia da morte. São Paulo: Ed. USP; 1983.
12. Krug EG, organizador. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington (DC): OPS/OMS; 2003. [OPS - Publicacion Científica, 588].
13. Leal OF. Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. *Cad Antropologia UFRGS* 1992;7-21.
14. Mäkinen I. Are the social correlates to suicide? *Soc Sci Med* 1997;44:1919-29.
15. Mattoso J. Produção e emprego: renascer das cinzas. In: Lebaupin J, organizador. O desmonte da nação: balanço do governo FHC. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
16. Mello Jorge MHP. As condições de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
17. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS/Datasus. TAB, TABWIN, TABNET. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
18. Moscicki EH. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:25-35.
19. Norstrom T. Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addict* 1995;90:463-70.
20. Pickett W, King WD, Lees REM, Bienefeld M, Morrison HI, Brison RJ. Suicide mortality and pesticide use among canadian farmers. *Am J Indl Med* 1998;34:364-72.
21. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002;359:835-40.
22. Rogers JR. Theoretical grounding: 'the missing link' in suicide research. *J Counsel Dev* 2001;79:16-29.
23. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:145-62.
24. Weir E. Suicide: the hidden epidemic. *Canadian Med Assoc J* 2001;165:634-6.
25. Stallones L, Beseler C. Pesticide poisoning and depressive symptoms among farm residents. *Ann Epidemiol* 2002;12:389-94.