

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

SANDRO RENÉ PINTO DE SOUSA MIGUEL

**DETERMINANTES SOCIAIS DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO MUNICÍPIO
DE PORTO ALEGRE DE 2001 A 2016**

PORTO ALEGRE

2017

SANDRO RENÉ PINTO DE SOUSA MIGUEL

**DETERMINANTES SOCIAIS DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO MUNICÍPIO
DE PORTO ALEGRE DE 2001 A 2016**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luiz Bassanesi

**PORTO ALEGRE
2017**

CIP - Catalogação na Publicação

Pinto de Sousa Miguel, Sandro René
DETERMINANTES SOCIAIS DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO
NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE DE 2001 A 2016 / Sandro
René Pinto de Sousa Miguel. -- 2017.
23 f.

Orientador: Sérgio Luiz Bassanesi.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. suicídio. 2. determinantes sociais. 3. Porto
Alegre. 4. distribuição espacial. I. Bassanesi,
Sérgio Luiz, orient. II. Título.

RESUMO

O suicídio é uma importante causa de mortalidade por agentes externos. Apesar de frequente, suas relações com fatores ambientais e determinantes sociais ainda são pouco conhecidas. Características demográficas locais podem influenciar na ocorrência de óbitos por suicídio em uma determinada região. Até o presente momento, nenhum estudo avaliou o perfil dos óbitos por suicídio nos diferentes bairros do município de Porto Alegre, justificando uma descrição pormenorizada do mesmo. Neste estudo foi empregada uma metodologia de delineamento ecológico por agregados populacionais (bairros) para descrever o perfil sociodemográfico, levando em consideração determinantes sociais como sexo, idade, escolaridade e raça/cor, no período de 2001 a 2016. Foi encontrado um perfil desigual para todos os fatores avaliados, sendo observado um excesso de óbitos por suicídio entre homens, em idade produtiva, de raça/cor branca. Da mesma forma, observou-se uma distribuição assimétrica dos suicídios entre os diferentes bairros do município. O trabalho reforça a necessidade de inspeções aprofundadas a respeito da ocorrência de óbitos por suicídio levando em conta um olhar para os fatores sociais que o influenciam. A utilização dos dados secundários para georreferenciamento constituiria uma maneira de refinar a observação a respeito desta problemática.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
1.1	OBJETIVO GERAL	4
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
2	REVISÃO DE LITERATURA	6
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	9
4	RESULTADOS	11
5	DISCUSSÃO	17
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

Dados mundiais apontam que o suicídio representa a principal causa de morte por ato de violência, à frente de homicídios, acidentes de automóvel e conflitos armados (OMS, 2012). Estima-se que até o ano de 2020, aproximadamente 1,53 milhões de pessoas morrerão em decorrência de suicídio, e 10-20 vezes mais pessoas vão tentar o suicídio. Isso representa em média uma morte a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 1-2 segundos (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). No Brasil, os óbitos por suicídio não são de grande magnitude em comparação com outras regiões. No entanto, esses índices são subestimados, e existe um crescente aumento nas mortes por suicídio entre adultos jovens do sexo masculino (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005). Por sua vez, no Rio Grande do Sul se encontram os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio do país (MENEGHEL et al., 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), apesar do suicídio permanecer um problema grave em países de alta renda, são os países de baixa e média renda que carregam a maior parte da carga global de suicídio. São esses países os menos equipados para prevenir o suicídio, pois incapazes de acompanhar o ritmo com a procura crescente por cuidados em saúde mental, eles são especialmente prejudicados pela falta de infraestrutura adequada e por recursos humanos e econômicos escassos.

Tendo em vista a escassez de informações sobre suicídios, conhecer as características dos casos é uma importante forma de denúncia da realidade e de seus determinantes sociais associados, além de contribuir para o planejamento de ações e para o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento. Dessa forma, faz-se necessária uma avaliação do perfil dessa população, que considere aspectos espaciais, demográficos, sociais e econômicos. Como a cidade de Porto Alegre concentra uma parcela significativa da população do Rio Grande do Sul, esta se coloca em destaque para uma investigação dessa natureza.

1.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a distribuição espacial e os determinantes sociais em relação aos óbitos por suicídio no município de Porto Alegre no período de 2001-2016.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a distribuição por sexo, faixa etária, perfil de renda, estado civil, raça/cor e escolaridade dos óbitos por suicídio.

Estimar taxas de mortalidade por suicídio por determinante social (sexo, faixa etária, raça/cor).

2 REVISÃO DE LITERATURA

No início de 1990 houve crescente preocupação a respeito de suicídios por parte de vários países, devido ao aumento da morbidade (tentativas de suicídio) e da mortalidade por suicídios. Essas preocupações foram de certa forma desencadeadas pelo controle mais eficaz das outras causas de morte e pela expectativa de vida prolongada, gerando um maior número de indivíduos sob risco de comportamentos suicidas (OMS, 2012).

Mello-Santos, Bertolote e Wang (2005) realizaram estudo epidemiológico sobre o suicídio no Brasil entre os períodos de 1980 e 2000, demonstrando um aumento de 21% nos casos de suicídio – acréscimo de 3,3 para 4,0 mortes/100.000 habitantes entre 1980 e 2000. Além disso, apresentou que as taxas de suicídio aumentaram em paralelo com a idade, especialmente entre os homens. O estudo mostrou que durante as duas décadas avaliadas a proporção de homens que cometeu suicídio foi consistentemente superior à das mulheres, independentemente da idade – no geral, cerca de 2,3 a 4 vezes mais homens do que mulheres brasileiras se suicidaram. E, em relação à faixa etária, revelou que indivíduos acima de 65 anos representam o estrato com as maiores taxas de suicídio ao longo dos 20 anos estudados.

No caso do Rio Grande do Sul, os maiores coeficientes de mortalidade segundo grupo etário ocorrem entre a população idosa (maior de 70 anos), porém, nos últimos anos da década de 1990 houve uma tendência de elevação nas faixas mais jovens: dos 20 aos 59 anos. O autor da pesquisa gaúcha ressalta que o grupo de adultos jovens poderia estar mais vulnerável ao desemprego, o que reforçaria o achado da tendência (MENEGHEL et al., 2004), algo que já acontece no Ceará, pois em estudo realizado na cidade de Independência, o perfil das vítimas de suicídio e das que tentaram se faz predominantemente de adultos jovens (PORDEUS et al., 2009).

Em relação aos custos das internações por tentativa de suicídio, no Brasil existe uma variabilidade grande determinada pelas regiões geográficas, tendo a região Sudeste a maior concentração dos gastos (cerca de 60%), que poderia estar associada ao maior contingente populacional da região. Por sua vez, as internações que ocorrem no Nordeste têm maior custo diário, porém apresentam menor tempo total de hospitalização e, por consequência, menor valor médio de internação (SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012).

Dentre as formas de lesão autoprovocadas intencionalmente, as tentativas de suicídio que ocasionam queimaduras, incluídas no grupo X76 (CID-10), são aquelas que geram os maiores gastos de internações, tanto em valor médio (R\$ 1.601,96) quanto em custos diários (R\$ 157,63/dia de internação), seguidas das tentativas por saltos de grandes altitudes, com valor médio de R\$ 917,96 (SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012).

A pobreza, a privação relativa e a exclusão social têm um grande impacto na saúde e na mortalidade prematura. A pobreza absoluta – a falta de condições básicas de vida – continua a existir, mesmo nos países mais ricos da Europa. Os desempregados, minorias étnicas, trabalhadores informais, pessoas com deficiência, refugiados e pessoas sem abrigo estão em risco especial. A pobreza relativa significa ser muito mais pobre do que a maioria das pessoas, muitas vezes é definida como viver com menos de 60% da renda mediana nacional. Essa privação de recursos nega às pessoas acesso à habitação decente, educação, transporte e outros fatores vitais para a plena participação na vida. As tensões de viver na pobreza são particularmente prejudiciais durante a gravidez, para bebês, crianças e idosos. Em alguns países, cerca de um quarto da população total vive em pobreza relativa (OMS, 2012).

A exclusão social também resulta do racismo, da discriminação, da estigmatização e do desemprego. Esses processos impedem que as pessoas tenham acesso a serviços e atividades de cidadania. Quanto maior o tempo que as pessoas vivem em circunstâncias desfavorecidas, mais provável é que sofram de uma série de problemas de saúde. As pessoas entram e saem da pobreza durante as suas vidas, por isso o número de pessoas que sofrem pobreza e exclusão social durante o curso da vida é muito superior ao número atual de pessoas socialmente excluídas (OMS, 2012).

A pobreza e a exclusão social aumentam os riscos de divórcio/separação, deficiência, doença, dependência, isolamento social e vice-versa, formando círculos viciosos que aprofundam a situação dos que as enfrentam (OMS, 2012).

Além dos efeitos diretos de ser pobre, a saúde também pode ser comprometida indiretamente por viver em bairros deteriorados por concentrações de privação, alto desemprego, moradia de baixa qualidade, acesso limitado a serviços e um ambiente de baixa salubridade (OMS, 2012).

Discute-se que diversos fatores contribuem para o comportamento suicida, incluindo doença mental e física, abuso de álcool ou drogas, doenças crônicas,

angústia emocional aguda, violência e mudanças repentinas e significativas na vida do indivíduo, tais como perda de emprego, separação do parceiro, luto, ou, em muitos casos, uma combinação desses fatores. Enquanto os problemas de saúde mental desempenham um papel que varia em diferentes contextos, outros fatores, tais como o nível socioeconômico e cultural, também são particularmente influentes. O impacto do suicídio em sobreviventes, sejam eles cônjuges, pais, filhos, família, amigos, colegas de trabalho e pares que são deixados para trás, é significativo, imediatamente e em longo prazo (PINTO et al., 2012).

Para Pinto et al. (2012, p. 2008):

[...] é preciso lembrar que, em última instância, todo suicídio tem um componente de escolha do sujeito, embora esta seja atravessada por circunstâncias sociais, psicológicas, ambientais, médicas muito dolorosas. Por isso, todos os fatores gerais precisam ser contextualizados e chegar aos casos concretos.

O estudo de Gonçalves et al. (2011) discute as relações espaciais num chamado “efeito contágio” na gênese dos comportamentos suicidas. Os resultados do estudo indicam forte associação espacial global da taxa média de suicídio do período 1998-2002, ou seja, a variável dependente referente à vizinhança geográfica das microrregiões brasileiras tinha alto valor positivo para os eventos (suicídios). Além da taxa de suicídio dos vizinhos, os determinantes do suicídio demonstrados pelo estudo foram pobreza e grau de ruralização, sendo inversamente proporcionais para o primeiro e diretamente para o segundo. Para os autores, essas evidências corroboram com a tese de “suicídio egoísta”, na qual o suicídio ocorre em regiões com menor pobreza, de zona rural. Ademais, o fator sexo feminino mostrou importante relevância, enquanto nível educacional superior teve menor impacto, contrariamente ao encontrado na literatura internacional.

Existe pouco consenso no papel de fatores socioeconômicos na ocorrência de suicídio. Para Bezerra Filho et al. (2012), o suicídio apresenta duas vertentes de análise produzidas por fatores presentes em relações sociais e interpessoais nas quais os indivíduos estão inseridos, isto é, determinantes intrínsecos e determinantes extrínsecos. No entendimento dos autores, essa atuação ocorre de forma articulada e conjunta.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, ecológico, com utilização de dados secundários, não identificados, de domínio público, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e no setor de Eventos Vitais da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Porto Alegre. Os dados, de 2001 a 2016, referentes à mortalidade foram obtidos a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para geração de coeficientes populacionais foram utilizadas informações provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra nos Domicílios (PNAD), para os anos de 2001 a 2016 (MENEGHEL et al., 2004).

A população em estudo foi constituída pela totalidade dos casos de óbito por suicídio ocorridos no período de 2001 a 2016, envolvendo pessoas residentes no município de Porto Alegre. Capital do Estado do Rio Grande do Sul, a cidade possui uma área de 496,83 km², distribuída entre parte continental e conjunto de ilhas. De acordo com o censo de 2010, era composta por 81 bairros oficiais e uma zona indefinida, 2.157 setores censitários, e uma população de 1.409.351 habitantes e que segundo estimativas em 2016 era de 1.481.019 habitantes. Por se tratar de estimativas populacionais geradas a partir de base de dados de registro compreendendo a totalidade dos eventos, não foi realizado cálculo amostral.

Na coleta dos dados, os casos de óbitos foram selecionados segundo as causas básicas de mortes mencionadas nas declarações de óbitos (DO), conforme a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças na versão brasileira (CID-10), identificando casos de suicídio através do capítulo referente a lesões autoprovocadas intencionalmente incluindo as categorias X60 a X84 (SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012).

Na análise descritiva foram observadas as seguintes variáveis, registradas nas declarações de óbito: sexo, idade, estado civil, causa básica do óbito, local de residência da vítima de suicídio. Os determinantes sociais e as características socioeconômicas para cada bairro foram baseadas em indicadores disponibilizados pelo portal Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPoa), que por sua vez tem como referência o censo de 2010. Para estimar o risco de mortalidade, foram calculadas as taxas brutas, a razão entre o número de óbitos por suicídio por bairro

de Porto Alegre, ocorridos no período de 2001 a 2016. Os índices de mortalidade foram padronizados, de forma direta, por sexo, faixa etária e raça/cor. Os coeficientes de mortalidade padronizados foram calculados utilizando a população total média de Porto Alegre para o período como população-padrão. No cálculo, o coeficiente foi determinado pela divisão do somatório de óbitos esperados pela população-padrão total utilizada. Coeficientes de mortalidade padronizada por sexo e por idade.

Foram localizados periódicos e artigos científicos referentes ao assunto através das bases de dados Pubmed/Medline (*U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine*), PsycINFO (*American Psychological Association Database*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Sistema de Automação de Bibliotecas (SABI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Para a busca referente à revisão de literatura foram utilizadas as palavras-chave: suicídio, *suicide*, determinantes sociais, *social determinants*.

Os coeficientes de mortalidade por suicídio foram calculados a partir das médias anuais do período por 100.000 habitantes e por 1.000 habitantes com base na população residente do município constante no Censo Demográfico de 2010 e projeções (BRASIL/IBGE, 2010). O software IBM SPSS® foi utilizado para tabulação e análise dos dados.

4 RESULTADOS

Entre 1º de janeiro de 2001 e 31 de dezembro de 2016, estavam registradas na Coordenação Geral de Vigilância em Saúde/Secretaria da Saúde do município 161.361 óbitos. Destes, apenas 10% não eram elegíveis para georreferenciamento, por possuírem dados incompletos. Após limpeza do banco, levando em consideração os códigos CID-10 para lesões autoprovocadas intencionalmente, foram considerados 1.338 registros para georreferenciamento. Os anos de 2006, 2013 e 2014 foram os que apresentaram maior número de eventos (óbitos por suicídio), representando, aproximadamente, 8,5%, 7,7% e 8% do total de ocorridos no período avaliado. Dentre os bairros do município avaliados, o que apresentou maior média de eventos foi o bairro Lomba do Pinheiro 7,75 (desvio-padrão 14,5), enquanto que o de menor média foi o bairro Marcílio Dias 1 (desvio-padrão 0).

Os óbitos por suicídio entre homens foram três vezes mais frequentes que entre mulheres (1210 versus 366 óbitos, respectivamente). Em sua grande maioria (86,5%), estes óbitos ocorreram na população branca, majoritariamente na faixa de 20 a 49 anos de idade, com escolaridade variável. A Tabela 1 sumariza o perfil dos óbitos por suicídio no período de 2001 a 2016 no município de Porto Alegre.

Ao serem estratificados por zoneamento, os maiores índices de óbitos por suicídio foram observados para os bairros da Lomba do Pinheiro, Rubem Berta e Centro. A Tabela 2 descreve o perfil de suicídios para todos bairros do município.

Para idade, os bairros de Vila Conceição, Menino Deus e Glória apresentaram os maiores índices (16,62, 6,47 e 5,05, respectivamente). Para indexação por sexo, o bairro de Anchieta apresentou o índice mais elevado (22,63), diferindo em uma ordem de grandeza do segundo colocado, bairro Independência (2,05). A Tabela 3 apresenta os coeficientes de mortalidade padronizados por faixa etária e sexo para todos os bairros de Porto Alegre.

Tabela 1 – Perfil de óbitos por suicídio no município de Porto Alegre, período de 2001 a 2016.

	n	(%)	Taxa de mortalidade bruta para 100.000 habitantes/ano
Sexo			
Masc	1210	76,8	86,6
Fem	366	23,2	26,2
Raça/Cor			
Branca	1363	86,5	97,6
Preta	122	7,7	8,7
Amarela	2	0,1	0,1
Parda	77	4,9	5,5
Indígena	1	0,1	0,1
Ignorado	11	0,7	0,8
Faixa etária			
10 a 14 anos	15	1,0	1,1
15 a 19 anos	82	5,2	5,9
20 a 29 anos	356	22,6	25,5
30 a 39 anos	317	20,1	22,7
40 a 49 anos	297	18,8	21,3
50 a 59 anos	252	16,0	18,0
60 a 69 anos	144	9,1	10,3
70 a 79 anos	74	4,7	5,3
80 anos e mais	38	2,4	2,7
Escolaridade			
Nenhuma	13	0,8	0,9
1 a 3 anos	141	8,9	10,1
4 a 7 anos	189	12,0	13,5
8 a 11 anos	146	9,3	10,5
12 anos e mais	185	11,7	13,2
Ignorado	902	57,2	64,6

Tabela 2 – Óbitos por suicídio e taxa de mortalidade por suicídio distribuídos por bairros de Porto Alegre, no período de 2001 a 2016.

Bairros	n	%	Média anual de óbitos	Taxa de mortalidade bruta para 100.000 habitantes/ano
ABERTA MORROS	45	2,9	3,0	3,2
AGRONOMIA	10	0,6	1,4	0,7
ANCHIETA	3	0,2	1,5	0,2
ARQUIPELAGO	12	0,8	1,5	0,9
AUXILIADORA	7	0,4	1,4	0,5
AZENHA	13	0,8	1,4	0,9
BELA VISTA	10	0,6	1,7	0,7
BELEM NOVO	13	0,8	1,3	0,9
BELEM VELHO	7	0,4	1,2	0,5
BOA VISTA	6	0,4	1,5	0,4
BOM FIM	20	1,3	2,2	1,4
BOM JESUS	27	1,7	2,5	1,9
CAMAQUA	17	1,1	1,7	1,2
CAMPO NOVO	5	0,3	1,7	0,4
CASCATA	32	2,0	2,1	2,3
CAVALHADA	18	1,1	1,8	1,3
CEL AP BORGES	27	1,7	2,5	1,9
CENTRO	59	3,7	3,9	4,2
CHACARA PEDRAS	10	0,6	1,4	0,7
CHAPEU DO SOL	3	0,2	1,0	0,2
CIDADE BAIXA	21	1,3	1,9	1,5
CRISTAL	27	1,7	2,3	1,9
CRISTO REDENTOR	12	0,8	2,0	0,9
ESPIRITO SANTO	4	0,3	1,0	0,3
FARRAPOS	10	0,6	1,4	0,7
FLORESTA	19	1,2	1,6	1,4
GLORIA	10	0,6	1,3	0,7
GUARUJA	4	0,3	1,0	0,3
HIGIENOPOLIS	4	0,3	1,0	0,3
HIPICA	11	0,7	1,4	0,8
HUMAITA	2	0,1	1,0	0,1
INDEPENDENCIA	13	0,8	1,4	0,9
IPANEMA	11	0,7	1,4	0,8
JAR ITU SABARA	27	1,7	2,3	1,9
JAR SAO PEDRO	3	0,2	1,0	0,2
JARDIM BOTANICO	9	0,6	1,0	0,6
JARDIM CARVALHO	20	1,3	1,8	1,4
JARDIM DO SALSO	3	0,2	1,5	0,2
JARDIM FLORESTA	3	0,2	1,0	0,2
JARDIM LINDOIA	9	0,6	1,1	0,6
LAGEADO	4	0,3	1,3	0,3
LAMI	8	0,5	1,3	0,6

LOMBA PINHEIRO	62	3,9	4,1	4,4
MARCILIO DIAS	1	0,1	1,0	0,1
MARIO QUINTANA	20	1,3	2,0	1,4
MEDIANEIRA	11	0,7	1,6	0,8
MENINO DEUS	26	1,6	2,2	1,9
MOINHOS VENTO	11	0,7	1,6	0,8
MONT SERRAT	8	0,5	1,3	0,6
NAO DEFINIDO	5	0,3	2,5	0,4
NAVEGANTES	7	0,4	1,2	0,5
NONOAI	18	1,1	1,6	1,3
PARTENON	52	3,3	3,5	3,7
PASSO DA AREIA	18	1,1	1,8	1,3
PASSO DAS PEDRAS	15	1,0	1,4	1,1
PETROPOLIS	37	2,3	2,6	2,6
PONTA GROSSA	10	0,6	2,0	0,7
PRAIA DE BELAS	3	0,2	1,0	0,2
PROTASIO ALVES	26	1,6	2,2	1,9
RESTINGA	49	3,1	3,5	3,5
RIO BRANCO	14	0,9	2,0	1,0
RUBEM BERTA	59	3,7	3,9	4,2
SANTA CECILIA	5	0,3	1,3	0,4
SANTA MARIA GORETTI	1	0,1	1,0	0,1
SANTA TEREZA	35	2,2	2,7	2,5
SANTANA	35	2,2	2,7	2,5
SANTO ANTONIO	16	1,0	1,5	1,1
SAO GERALDO	8	0,5	1,3	0,6
SAO JOAO	12	0,8	1,3	0,9
SAO JOSE	26	1,6	2,2	1,9
SAO SEBASTIAO	4	0,3	1,0	0,3
SARANDI	49	3,1	3,5	3,5
SERRARIA	7	0,4	1,0	0,5
TERESOPOLIS	17	1,1	1,7	1,2
TRES FIGUEIRAS	3	0,2	1,0	0,2
TRISTEZA	16	1,0	1,3	1,1
VILA ASSUNCAO	5	0,3	1,3	0,4
VILA CONCEICAO	3	0,2	1,0	0,2
VILA IPIRANGA	15	1,0	1,9	1,1
VILA JARDIM	10	0,6	1,4	0,7
VILA JOAO PESSOA	12	0,8	1,7	0,9
VILA NOVA	29	1,8	2,4	2,1

Tabela 3 – Coeficientes de mortalidade por suicídio, padronizados por faixa etária e por sexo – Bairros de Porto Alegre, período de 2001 a 2016.

Bairros	n	Coeficiente de mortalidade padronizada por faixa etária para 10.000 habitantes	Coeficiente de mortalidade padronizada por sexo para 10.000 habitantes
ABERTA MORROS	45	ND	ND
AGRONOMIA	10	ND	0,83
ANCHIETA	3	0,12	22,63
ARQUIPELAGO	12	3,41	1,62
AUXILIADORA	7	0,2	ND
AZENHA	13	ND	ND
BELA VISTA	10	ND	0,9
BELEM NOVO	13	0,14	1,02
BELEM VELHO	7	0,15	0,82
BOA VISTA	6	0,1	0,68
BOM FIM	20	0,09	1,69
BOM JESUS	27	0,24	1,04
CAMAQUA	17	0,16	0,86
CAMPO NOVO	5	0,12	ND
CASCATA	32	ND	1,42
CAVALHADA	18	3,37	0,97
CEL AP BORGES	27	0,12	1,3
CENTRO	59	3,33	1,51
CHACARA PEDRAS	10	3,96	1,35
CHAPEU DO SOL	3	0,2	ND
CIDADE BAIXA	21	ND	1,27
CRISTAL	27	0,19	1,42
CRISTO REDENTOR	12	0,2	0,73
ESPIRITO SANTO	4	0,1	0,73
FARRAPOS	10	0,06	0,55
FLORESTA	19	0,09	1,27
GLORIA	10	5,05	1,32
GUARUJA	4	0,2	1,57
HIGIENOPOLIS	4	0,2	0,38
HIPICA	11	0,07	0,96
HUMAITA	2	0,14	0,17
INDEPENDENCIA	13	0,02	2,05
IPANEMA	11	0,28	0,72
JAR ITU SABARA	27	0,11	0,87
JAR SAO PEDRO	3	0,12	0,8
JARDIM BOTANICO	9	0,12	0,72
JARDIM CARVALHO	20	0,08	0,8
JARDIM DO SALSO	3	0,11	0,58
JARDIM FLORESTA	3	0,08	ND

JARDIM LINDOIA	9	0,13	1,21
LAGEADO	4	0,17	0,57
LAMI	8	0,07	1,8
LOMBA PINHEIRO	62	0,24	1,26
MARCILIO DIAS	1	1,61	0,96
MARIO QUINTANA	20	0,13	0,75
MEDIANEIRA	11	0,12	0,95
MENINO DEUS	26	6,47	0,85
MOINHOS VENTO	11	0,12	1,51
MONT SERRAT	8	0,26	0,71
NAO DEFINIDO	5	0,09	ND
NAVEGANTES	7	ND	1,62
NONOAI	18	0,27	0,58
PARTENON	52	0,09	1,15
PASSO DA AREIA	18	1,76	0,76
PASSO DAS PEDRAS	15	0,12	ND
PETROPOLIS	37	ND	0,97
PONTA GROSSA	10	0,14	1,52
PRAIA DE BELAS	3	0,22	1,33
PROTASIO ALVES	26	0,22	ND
RESTINGA	49	ND	0,97
RIO BRANCO	14	2,97	0,65
RUBEM BERTA	59	0,1	0,69
SANTA CECILIA	5	0,1	0,86
SANTA MARIA GORETTI	1	0,11	0,29
SANTA TEREZA	35	0,05	0,83
SANTANA	35	0,12	1,67
SANTO ANTONIO	16	0,25	1,21
SAO GERALDO	8	0,17	0,96
SAO JOAO	12	0,15	0,96
SAO JOSE	26	0,12	0,96
SAO SEBASTIAO	4	0,15	0,62
SARANDI	49	0,1	0,84
SERRARIA	7	0,13	1,23
TERESOPOLIS	17	0,2	1,12
TRES FIGUEIRAS	3	0,16	0,75
TRISTEZA	16	0,13	0,99
VILA ASSUNCAO	5	0,12	1,14
VILA CONCEICAO	3	16,62	2,28
VILA IPIRANGA	15	0,43	0,71
VILA JARDIM	10	0,1	0,85
VILA JOAO PESSOA	12	0,12	1,23
VILA NOVA	29	0,16	0,82

ND: cruzamento de dados não disponível

5 DISCUSSÃO

Ao avaliarmos as determinantes sociais associadas às mortes causadas por suicídio no município de Porto Alegre nos últimos 15 anos, alguns aspectos se destacam. A seguir são apresentadas as principais observações obtidas a partir da aferição das taxas de mortalidade padronizada por diferentes fatores.

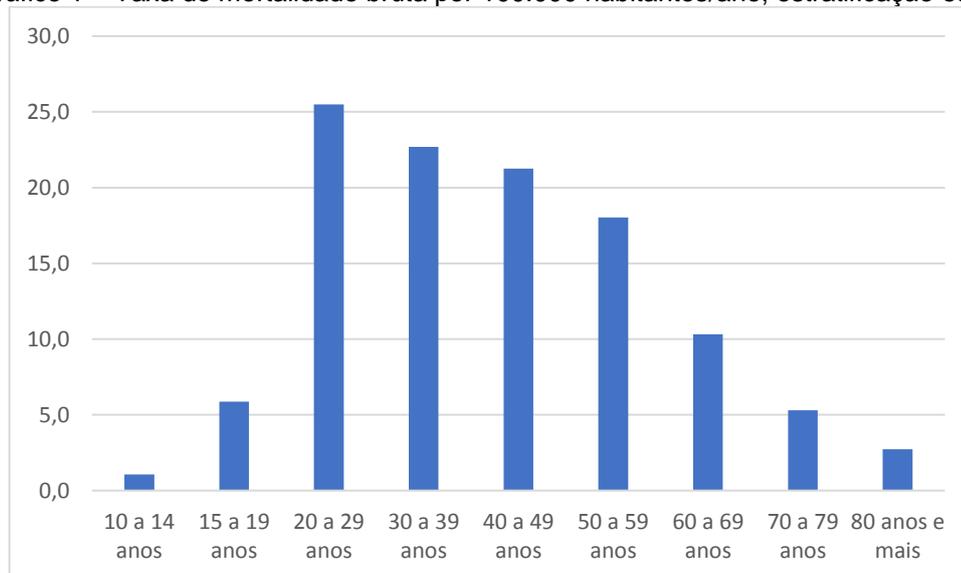
O gênero das vítimas de suicídio em Porto Alegre é predominantemente masculino (76,8% dos casos), desviando largamente da proporção deste gênero na população do município (46,39%) (OBSERVAPOA, 2017). O mesmo desvio foi observado para uma avaliação generalizada para casos de suicídio em todo o Brasil no período de 1980 a 2006 (LOVISI et al., 2009), onde observou-se uma taxa de 77,3% de suicídios masculinos. Esta é uma observação constante em avaliações de suicídio no país, e está de acordo com a proporção mundial. Não existe consenso quanto ao motivo desta maior taxa de suicídios entre indivíduos do gênero masculino. Alguns autores sugerem que a letalidade dos métodos de suicídio masculinos é mais alta, enquanto os femininos são de menor sucesso, requerendo repetição, apesar de outros autores defenderem que essas características apenas refletem preferências ou disponibilidade de determinados métodos para cada um dos gêneros (por exemplo, ingestão de fármacos *versus* arma de fogo) (HAWTON, 2000; CANETTO; SAKINOFSKY, 1998). Outros fatores já foram elencados para justificar a menor ocorrência de suicídio entre mulheres, incluindo menor prevalência de etilismo, maior intensidade das crenças religiosas, melhor apoio social e disposição para procurar assistência em saúde mental (STACK, 2000).

Também se observa um desvio em relação à população em geral no que concerne à raça/cor dos falecidos por suicídio. Enquanto os três maiores grupos populacionais do município – brancos, negros, pardos – apresentam proporções de 79,23%, 10,21% e 10,03% (OBSERVAPOA, 2017), entre os suicidas estes grupos constituíram 86,5%, 7,7%, 4,9% dos casos. Observa-se, portanto, uma sobre-representação de brancos e uma sub-representação de negros e pardos entre os suicídios do período analisado. Pode-se especular, assim como proposto para o alto índice de suicídios na região Sul do país, que a influência imigratória europeia possa influenciar as taxas de suicídio em Porto Alegre, visto que este ocorre com maior frequência em países europeus (LOVISI et al., 2009; SOUZA; MINAYO; MALAQUIAS, 2002). A sub-representação de negros e pardos pode estar relacionada

a uma maior incidência de morte por outras causas, especialmente homicídios. Tem sido proposta uma relação de proporcionalidade inversa entre as taxas de suicídio e homicídio (KENNEDY; IVESON; HILL, 1999; CHESNAIS, 1992; UNNITHAN; WHITT, 1992). Nesse contexto, dada a marcada segregação racial observada no município, as minorias populacionais de origem africana ficam sujeitas a condições de subemprego/desemprego, associados com a forte desigualdade social, o que poderia resultar em elevação nas taxas de violência interpessoal com risco de óbito (LOVISI et al., 2009).

Os dados obtidos para suicídios padronizados por faixas etárias contradizem observações prévias para a região Sul e para Porto Alegre, especificamente (VIANA et al., 2008; MENEGHEL et al., 2004). Enquanto os referidos estudos relataram uma concentração de suicídios em faixas de idade avançadas, no período de 2001 a 2016 observou-se uma concentração de suicídios na faixa de 20 a 59 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade bruta por 100.000 habitantes/ano, estratificação etária



Fonte: dados do presente trabalho.

Esta faixa etária engloba indivíduos em idade produtiva, apontando para o impacto econômico direto dos suicídios, em contraponto à morte de indivíduos não produtivos, em idade avançada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inspeção de determinantes sociais associadas à mortalidade por suicídio deve sempre ser considerada com cautela. Existem vários fatores confundidores que podem agir sobre as características dos suicídios e dos eventos associados de formas não previstas ou não totalmente justificadas por fatores sociais. Não obstante, fatores de natureza mental estão fortemente associados à mortalidade por suicídio e os determinantes sociais associados aos diferentes transtornos podem ou não se modificar de maneira sincrônica. Por isso, estudos de natureza ecológica, que avaliam agregados populacionais, perdem capacidade de especificidade no nível individual, não permitindo análises mais aprofundadas de causa e efeito. Além disso, estes estudos utilizam dados de natureza secundária para as análises, podendo estimar de maneira equivocada a presença de fatores já que os dados podem ter sido obtidos de maneira enviesada, seja pela ausência de registros, registros incompletos, registros detalhados para apenas algum fator em detrimento de outros, etc. A associação de informações adicionais, como o georreferenciamento dos dados, pode ter o potencial de refinar as análises do tipo apresentado no presente trabalho, por serem capazes de determinar relações entre os fatores e o espaço.

REFERÊNCIAS

- BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.
- BEZERRA FILHO, José Gomes et al. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 833-844, 2012.
- BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 4 maio 2017.
- CANETTO, Silvia Sara; SAKINOFSKY, Isaac. The gender paradox in suicide. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 28, n. 1, p. 1-23, 1998.
- CHESNAIS, Jean-Claude. The history of violence: homicide and suicide through the ages. **Int. Soc. Sci. J.**, v. 132, p. 217-234, 1992.
- HAWTON, Keith. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. **Br. J. Psychiatry**, v. 177, p. 484-485, 2000.
- GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Econ.**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.
- KENNEDY, H. G.; IVESON, R. C.; HILL, O. Violence, homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts. **Br. J. Psychiatry**, v. 175, n. 462-466, 1999.
- LOVISI, Giovanni Marcos; SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia; ABELHA, Lucia; VALENCIA, Elie. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S86-S93, out. 2009.
- MELLO-SANTOS, Carolina de; BERTOLETE, José Manoel; WANG, Yuan-Pang. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.
- MENEGHEL, Stela Nazareth; VICTORA, Cesar Gomes; FARIA, Neice Müller Xavier; CARVALHO, Lenine Alves de; FALK, João Werner. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.
- OBSERVAPOA, versão 5.0. Prefeitura de Porto Alegre. **Home**. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br/>>. Acesso em: 1º jun. 2017.
- OMS/ONU, Organização Mundial da Saúde – Organização das Nações Unidas. **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. Genebra, 2012.

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2017.

PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; PIRES, Thiago de Oliveira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2003-2009, 2012.

PORDEUS, Augediva Maria Jucá; CAVALCANTI, Luciano Pamplona de Góes; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; CORIOLANO, Lindélia Sobreira; OSÓRIO, Magnólia Montenegro; PONTE, Maria Socorro Ramos da; BARROSO, Sara Maria Cavalcante. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1731-1740, 2009.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da; SANTOS, Álvaro da Silva; FERREIRA, Lúcia Aparecida. Impacto da morbimortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.**, [on-line], v. 4, n. 4, p. 3033-3042, 2012.

Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1859/pdf_662>. Acesso em: 1º jun. 2017.

SOUZA, Edinilza Ramos, MINAYO, Maria Cecília de Souza, MALAQUIAS, Juaci Vitória. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 673-683, 2002.

STACK, Steven. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 30, n. 2, p. 145-162, 2000.

UNNITHAN, N. Prabha; WHITT, Hugh P. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. **Int. J. Comp. Sociol.**, v. 33, n. 3-4, p. 182-196, 1992.

VIANA, Greta Nazário; ZENKNER, Felipe de Moura; SAKAE, Thiago Mamôru; ESCOBAR, Bráulio Tercius. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.