

# Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico

## Suicide mortality: gender and socioeconomic differences

Leticia Marín-León e Marilisa B A Barros

*Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil*

---

### Descritores

Suicídio, estatística & dados numéricos. Coeficiente de mortalidade. Mortalidade, tendências. Fatores socioeconômicos. Distribuição por idade. Epidemiologia.

### Keywords

*Suicide, statistics & numerical data. Mortality rate. Mortality, trends. Socioeconomic factors. Age distribution. Epidemiology.*

### Resumo

#### Objetivo

Descrever a tendência da mortalidade por suicídio e o perfil sociodemográfico, identificando diferenças de sexo e nível socioeconômico.

#### Métodos

Analisou-se a tendência das taxas brutas de suicídio, em Campinas, SP, no período 1976-2001, segundo o sexo. Para a análise sociodemográfica dos óbitos, no período de 1996-2001, foi utilizado o Banco de Dados de Óbitos de Campinas. Para a análise das diferenças socioeconômicas utilizou-se abordagem ecológica, em que as 42 áreas de abrangência das unidades básicas dos serviços de saúde foram agrupadas em quatro estratos homogêneos. Calcularam-se taxas padronizadas por idade (método direto).

#### Resultados

Comparando a outros países, a mortalidade por suicídio no município foi baixa (<5 ób/100.000 hab). A sobremortalidade masculina foi superior a 2,7 suicídios masculinos para cada suicídio feminino. Em 1980-1985 as maiores taxas foram observadas nos adultos de 55 anos e mais; já em 1997-2001 as taxas são mais elevadas nos adultos de 35-54 anos. Entre os homens, os meios mais utilizados são o enforcamento (36,4%) e as armas de fogo (31,8%). Entre as mulheres predomina o envenenamento (24,2%), seguido pelas armas de fogo e enforcamento (21,2% cada); este último ocorreu predominantemente no domicílio (75,7%); já as mortes por arma de fogo e envenenamento ocorreram em maior proporção em hospitais. Diferentemente dos homicídios, os suicídios não apresentam aumento progressivo das taxas com a diminuição do nível socioeconômico.

#### Conclusões

As taxas são baixas, oscilando com aumentos e declínios sucessivos, sem tendência contínua de crescimento ou redução. Os riscos de morte por suicídio são maiores nos homens e não aumentam com a redução do nível socioeconômico.

### Abstract

#### Objective

To describe suicide mortality trend and sociodemographic patterns identifying gender and socioeconomic differences.

#### Methods

The trend of crude rates of suicide mortality by sex in the city of Campinas, Brazil, for

---

### Correspondência para/ Correspondence to:

Leticia Marín-León  
Rua dos Alecrins, 234 apto 62  
13024-410 Campinas, SP, Brasil  
E-mail: leticia@fcm.unicamp.br

Recebido em 21/6/2002. Reapresentado em 6/1/2003. Aprovado em 12/2/2003.

*the period 1976-2001 was assessed. Data from the Mortality Registry were used for sociodemographic analyses in the period 1996-2001. An ecological approach was used to examine socioeconomic differences and the 42 city areas of health care units were classified into 4 homogeneous strata. Rates were age-adjusted using direct method.*

#### **Results**

*The city has a low suicide rate (less than 5/100,000) in comparison with other countries. Male excess mortality was over 2.7 male suicides for each female suicide. While in 1980-1985 the older group (55 years and older) had the highest suicide rates, in 1997-2001 the middle-aged adult group (35-54 years old) showed the highest ones. As for suicide methods, men used hanging (36.4%) and firearms (31.8%), while women used poisoning (24.2%) and firearms and hanging (21.2% each). Hangings led to death at home, while firearms or poisoning deaths took place more often in hospitals. Suicide is different from homicide in that there is no rate increase with lower socioeconomic level.*

#### **Conclusions**

*Suicide rates are low with successive increments and decrements without consistent growing or lowering trends. The risk of dying by suicide is higher among men and does not increase with lower socioeconomic condition.*

## INTRODUÇÃO

Numa revisão da história da violência, Chesnais<sup>3</sup> (1992) observou que, em meados do século XIX, o suicídio apresentava mortalidade inferior a 10 óbitos/100 mil habitantes (ób/100 mil hab.), exceto nos países de cultura germânica (25 ób/100 mil hab. na Dinamarca). No século XX, os países que atingiram as maiores taxas foram a Áustria, (41 ób/100 mil hab. entre 1931 e 1938) e a Hungria, que apresentou, após 1956, um incremento progressivo atingindo 45 ób/100mil hab. na metade da década de 80.

Estudo sobre tentativas de suicídio realizado no Rio de Janeiro observou que problemas de relacionamento familiar ou de namoro, entre os jovens, e problemas de ordem financeira e/ou conjugais entre os adultos levam a tentativas de suicídio<sup>4</sup> Cassorla & Smeke<sup>2</sup> (1994) observam a relação da ocorrência de suicídio com situações de perda, frustração e sofrimento emocional. Além da subnotificação das mortes por suicídio, atribuível ao preconceito da família do falecido, esses autores mencionaram que a procura de autodestruição pode entrar nas estatísticas de acidentes ou homicídios. Levy, 1979, apud Barros,<sup>1</sup> 1991, utiliza o termo “equivalentes suicidas” para englobar certas mortes por acidentes e homicídios e por processos autodestrutivos crônicos. Holinger et al (1987) apud Barros,<sup>1</sup> estimam que “os registros de óbito por suicídio são duas a três vezes menores que os reais”.

Krug et al<sup>9</sup> (1998) estudaram a mortalidade por suicídio em 36 países de renda elevada e média alta e destacaram a elevada mortalidade nos três países da Europa oriental incluídos no estudo, tendo a Estônia apresentado a maior taxa (40,9 ób./100 mil hab). En-

tre os países europeus de renda elevada, a maior mortalidade foi observada na Finlândia (23,15 ób/100 mil hab.). Dez países apresentaram valores entre 10, 30 e 17,03 ób/100 mil hab. e em cinco países a mortalidade ficou entre 5,74 e 8,75 ób/100 mil hab. O Brasil, incluído entre os países de renda média alta, apresentou um coeficiente de 3,4 ób/100 mil hab. (em 1993), valor superior a apenas três países entre os analisados no artigo.

Durkheim<sup>7</sup> (1982), em um estudo sociológico do suicídio no século XIX, utilizando as estatísticas de mortalidade, analisou esse fenômeno como um evento coletivo e valorizou as suas causas sociais. Destaca haver maior prevalência do suicídio nas regiões protestantes, nas áreas urbanas e entre as pessoas de maior escolaridade.

Em estudo longitudinal com população masculina inglesa, Lewis & Sloggett<sup>10</sup> (1998) destacaram o desemprego como a variável associada de forma mais importante ao suicídio; doença crônica, presença de incapacidade e estar aposentado também apresentaram associação significativa. Os autores alertam para a possibilidade de doença psiquiátrica ser um fator de confundimento para essas associações. Drumond & Barros<sup>6</sup> (2000), ao analisar a mortalidade por áreas homogêneas quanto ao nível socioeconômico, no Município de São Paulo, não observaram diferenças estatisticamente significativas nas mortes por suicídio, embora os maiores coeficientes por essa causa tenham ocorrido na área de melhor nível socioeconômico, diferentemente do que foi observado para a maioria das causas estudadas. Alguns artigos mostram maiores taxas de suicídios em populações, ou subgrupos da população, com as mais baixas taxas de homicídios.<sup>1</sup>

Estudos analisando mortalidade por suicídio segundo nível socioeconômico são raros e necessários para prover maior entendimento sobre a constelação de fatores determinantes e para subsidiar programas de prevenção.<sup>10</sup>

O objetivo do presente artigo foi analisar a tendência da mortalidade por suicídio, entre 1976 e 2001, em município do interior paulista e descrever o perfil sociodemográfico desta causa de mortalidade, no período 1996-2001, com ênfase nas diferenças segundo sexo e nível socioeconômico.

## MÉTODOS

Para atingir o objetivo proposto, foram estudados a tendência temporal e o perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. Para analisar a tendência, foram utilizados os dados das estatísticas oficiais de mortalidade do “Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)” do Ministério de Saúde, relativos ao período de 1976 a 2000.\* Os dados de óbito do ano 2001 foram obtidos da Fundação SEADE.\*\* Foram incluídos todos os óbitos com causa básica codificada na CID-9, como E950-E959, e na CID-10, como X60-X84. Para o cálculo de coeficientes, utilizaram-se estimativas populacionais obtidas da Fundação SEADE. Calcularam-se médias móveis trienais dos coeficientes e índices de mortalidade proporcional. Foram analisadas as variáveis sexo e idade e calculada a razão entre os coeficientes do sexo masculino e feminino. O comportamento da série temporal masculina foi também descrito mediante o método de alisamento *LOWESS* (*Locally-weighted scatter plot smoother*). Com base nesse método, foi realizada análise de regressão segmentada das taxas médias trienais, para ajustar os períodos com tendência semelhante.

Para analisar o perfil sociodemográfico, utilizaram-se os dados de óbitos do Banco de Dados de Óbitos de Campinas, do período de 1996 a 2001, que foram analisados de forma agrupada para gerar um maior número de observações. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, local de ocorrência, meio utilizado para o suicídio (obtidos da Declaração de Óbito (DO)) e nível socioeconômico da área de residência.

Para analisar os diferenciais da mortalidade segundo nível socioeconômico utilizou-se uma abordagem ecológica para a construção da variável socioeconômica – ou seja, não é uma variável de base individual. A partir da condição socioeconômica das áreas de abrangência das unidades básicas dos serviços de saúde, os óbitos foram codifica-

dos segundo a área de abrangência em que as pessoas falecidas residiam. As áreas de abrangência foram ordenadas segundo as variáveis: percentual de chefes de domicílio com rendimento acima de 10 salários-mínimos (SM); percentual com rendimento abaixo de dois SM (Censo 1991); percentagem com escolaridade superior a 10 anos e percentagem com menos de um ano de escolaridade (Contagem Populacional 1996). A média das posições dos quatro indicadores produziu um escore global para cada uma das 42 áreas de abrangência, que foram ordenadas segundo este escore e agrupadas em quatro estratos socioeconômicos. Cada estrato, com uma população próxima a 25% do município, constituiu uma área socioeconômica homogênea. O estudo dos quatro indicadores socioeconômicos, mediante análise de *Cluster*, utilizando o método hierárquico com função aglomerante de *Ward* (SAS, 2002), resultou em quatro grupos homogêneos muito semelhantes aos obtidos com a técnica inicialmente descrita, que foi a utilizada nas análises do presente artigo.

Para cada sexo, calcularam-se coeficientes por estrato, padronizados por idade pelo método direto, utilizando-se, como referência, a população de Campinas de 1997. Calcularam-se razões entre os coeficientes padronizados dos estratos 2, 3 e 4 em relação ao estrato 1 (de melhor nível socioeconômico) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

## RESULTADOS

### Análise de tendência

Os coeficientes de mortalidade por suicídio da população de Campinas variaram entre 1,1 e 4,1 ób/100 mil hab, no período de 1976 a 2001. As médias móveis trienais calculadas para estabilizar os coeficientes revelaram oscilações das taxas com dois períodos de aumento da mortalidade no sexo masculino - um entre 1976 e 1982 e outro na primeira metade da década de 90, seguidos por períodos de declínio (Figura). Observa-se novamente uma tendência de elevação da taxa nos anos 2000-2001. A razão entre as

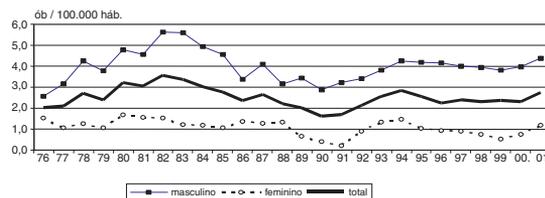


Figura - Tendência da mortalidade por suicídio segundo sexo, utilizando média móvel trienal. Campinas, 1976-2001.

\*No período de 1976 a 1978, as informações, não divulgadas, foram cedidas pelo Ministério da Saúde, diretamente de seus arquivos. No período 1979-2000, os dados foram extraídos do CD-ROM/SIM, edições 1997 e 2002.

\*\*Dados obtidos em 4/12/2002, on-line, em <http://www.saude.sp.gov.br/html/downlo.htm>

taxas dos sexos aponta uma sobremortalidade masculina importante, superior a 2,7.

Ao analisar as taxas do sexo masculino no período 1980 a 2000, mediante LOWESS obteve-se uma curva com um período de taxas descendentes (1980-1989), um de taxas crescentes (1990-1995) e outro com taxas decrescentes (1995-2000). A análise das médias móveis trienais, mediante análise de regressão segmentada, descreve o valor da reta descendente da década de 80 ( $Y=5,69 - 0,24X$ ) ( $R^2=67\%$  e valor do p de  $x=0,002$ ). A reta ascendente da primeira metade da década de 90 foi ( $Y=2,5 + 0,34X$ ) ( $R^2=98\%$  e valor do p de  $x=0,001$ ). A segunda metade da década de 90 apresenta um novo descenso com um coeficiente médio de 4,5 ób/100 mil homens ( $Y=4,5 - 0,15X$ ) ( $R^2=76\%$  e valor do p de  $x=0,023$ ).

As mortes por suicídio corresponderam a cerca de 0,4% do total de óbitos, com flutuações entre 0,3% e 0,6%; representaram entre 2,0% e 5,4% dos óbitos por causas externas. Os suicídios no sexo masculino atingiram uma maior proporção da mortalidade geral (0,3%-0,8%) que no sexo feminino (0-0,3%). Representam no sexo masculino entre 2,0% e 5,2% das causas externas (média do período 3,1%). No sexo feminino, esta proporção apresentou flutuações maiores, entre 0,9% e 6,8% (média no período 3,9%).

Ao analisar a distribuição etária das taxas de mortes por suicídio, nos períodos de 1980-1985 e 1997-2001, observou-se que o padrão etário se modifica (Tabela 1). Entre os homens, no período de 1980-1985, o risco de morrer por suicídio era maior entre os mais idosos (55 anos e mais – 10 ób/100 mil hab.), e em segundo lugar entre os jovens (15 a 34 – 6,9 ób/100 mil hab.). Já

no período de 1997-2001, diminuiu a taxa dos idosos (5,1 ób/100 mil hab.) e dos jovens (4,6 ób/100 mil hab.) e aumentou a dos adultos de 35-54 (6,6 ób/100 mil hab.). Entre as mulheres, no período de 1980-1985, os coeficientes eram crescentes, com o aumento da idade (1,5; 2,3; 3,1 ób/100 mil hab. respectivamente); no período de 1997-2001, os coeficientes são inferiores aos observados em 1980-1985 e o padrão de distribuição por idade se modificou, de forma similar ao masculino de 1997-2001. Isto é, predominaram as mortes no adulto de meia idade.

### Análise sociodemográfica

Analisando-se o padrão das mortes por suicídio, no período de 1997-2001, verifica-se que predominou, como local de ocorrência da morte, o domicílio (51,9%), sendo de 39,3% o percentual das mortes em hospital. Estes percentuais contrastaram com os óbitos por todas as demais causas, dos quais apenas 16,9% ocorreram no domicílio.

Ao analisar a causa básica detalhada, segundo sexo, observou-se que os dois meios mais utilizados no sexo masculino foram o enforcamento (36,4%) e as armas de fogo (31,8%) (Tabela 2). As mulheres utilizaram mais o envenenamento (24,2%), seguido por armas de fogo e enforcamento (21,2% cada um). A maior diferença entre os sexos observou-se no uso de envenenamento.

Verificou-se que o local de óbito predominante dependeu do meio utilizado. As mortes por enforcamentos ocorreram predominantemente no domicílio (75,7%); apenas 12,9% chegaram ao hospital. Nas mortes por armas de fogo, 46,8% aconteceram no

**Tabela 1** - Mortalidade por suicídio em dois períodos, segundo sexo e faixa etária, em Campinas, SP.

Sexo / Idade	1980-1985		1997-2001	
	Total de óbitos	Coeficiente médio anual	Total de óbitos	Coeficiente médio anual
Masculino				
15-34	55	6,9	40	4,58
35-54	24	5,6	38	6,56
55 e +	19	10,0	13	5,06
Feminino				
15-34	12	1,5	6	0,67
35-54	10	2,3	11	1,78
55 e +	7	3,1	4	1,25

**Tabela 2** - Suicídios segundo causa básica de óbito e sexo. Campinas, 1996-2001.

Meios	Código CID	Homens		Mulheres	
		N	%	N	%
Enforcamento	E953 X70	63	36,4	7	21,2
Armas de fogo	E955 X74	55	31,8	7	21,2
Envenenamentos	E950 E952	16	9,2	8	24,2
	X61 X64 X69 X83				
Precipitação	E957 X80 X81	16	9,2	5	15,2
Outros	Demais, excluídos os citados	23	13,3	6	18,2

$\chi^2=9,68$ ;  $p=0,046$ .

CID: Classificação Internacional de Doenças.

domicílio, sendo 50% no hospital. Já nos envenenamentos, apenas 25% morreram no domicílio; predominou a morte no hospital (70,8%).

### Análise por estratos homogêneos

As taxas de mortes por suicídio não apresentaram padrão definido de distribuição segundo os estratos de nível socioeconômico nem diferenças significativas entre eles, diferentemente do que foi observado, como exemplo, nas mortes por homicídios (Tabela 3).

Ao comparar as taxas do sexo masculino, nos dois estratos extremos, observou-se que no grupo de 15-34 anos a mortalidade é maior no estrato de pior nível socioeconômico (9,1 versus 6,8 ób/100 mil hab.); no grupo de 35-54, predominou a mortalidade no estrato mais avantajado; já no grupo de 55 anos e mais, as taxas de ambos foram semelhantes (12,5 e 13,2 ób/100 mil hab.), embora discretamente maior entre os menos favorecidos. No entanto, as diferenças descritas não foram estatisticamente significantes (Tabela 4).

### DISCUSSÃO

Ao analisar os dados de mortalidade por suicídio, deve-se considerar a dificuldade de precisar a dimensão de um possível sub-registro decorrente de modificação da causa básica provocada por solicitação de parentes e da dificuldade, em alguns casos, de descri-

minar o suicídio de acidente ou de homicídio. Deve-se também reconhecer que mortes relacionadas a processos autodestrutivos são também encontradas em outras causas de óbito. Embora no município de Campinas os diagnósticos de causas externas sejam complementados pelas informações dos registros do Instituto Médico Legal, não se pode desconsiderar a elevada proporção de causas codificadas, como "eventos cuja intenção é indeterminada" (E980-E989; Y10-Y34), que no período estudado, representaram em média 8,8% das causas externas.

Campinas apresenta um coeficiente de mortalidade por suicídio próximo ao observado para o Brasil.<sup>9</sup> Diekstra & Gulbinat<sup>5</sup> (1993) classificam a mortalidade por suicídio como baixa quando os coeficientes são menores que 5 ób/100 mil hab; média, quando os coeficientes se situam entre cinco e menos de 15 ób/100 mil hab; alta, entre 15 e menos de 30 ób/100 mil hab. e muito alta, quando os coeficientes são de 30 ób/100 mil hab. ou maiores, categoria esta somente observada em alguns países de Ásia e Europa. Assim, as cifras observadas em Campinas são consideradas baixas no âmbito mundial. A tendência da mortalidade por suicídio no sexo masculino mostra, na década de 80, um decréscimo significativo de 0,24 ób/100 mil homens/ano, seguido na primeira metade da década de 90 de um aumento significativo das taxas de 0,34 ób/100 mil homens/ano e logo um leve decréscimo significativo de 0,15 ób/100 mil homens/ano. Assim, o declínio da década de 80 foi contraposto

**Tabela 3** - Taxas de mortalidade\* por suicídio e homicídio segundo sexo e estrato socioeconômico e razões entre as taxas dos estratos 2, 3 e 4 em relação ao estrato 1 e respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Campinas, 1996 a 2001.

Sexo	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4
<b>Suicídio</b>				
Masculino				
Coeficiente	7,31	5,38	4,12	7,46
Risco relativo	1	0,74	0,56	1,02
IC 95%		0,27-1,99	0,19-1,68	0,39-2,64
Feminino				
Coeficiente	1,33	1,68	0,86	0,95
Risco relativo	1	1,26	0,64	0,71
IC 95%		0,17-9,33	0,05-8,52	0,05-9,44
<b>Homicídio</b>				
Masculino				
Coeficiente	42,64	68,22	100,28	172,67
Risco relativo	1	1,60	2,35	4,05
IC 95%		1,12-2,28	1,69-3,26	2,97-5,52
Feminino				
Coeficiente	3,31	6,97	4,82	14,38
Risco relativo	1	2,10	1,45	4,34
IC 95%		0,67-6,62	0,42-5,01	1,52-12,41

\*Taxas por 100.000 habitantes padronizadas por idade.

**Tabela 4** - Mortalidade por suicídio no sexo masculino em estratos de nível socioeconômico homogêneo segundo faixa etária. Campinas, 1996-2001.

Faixa etária	Estrato 1		Estrato 4	
	Total de óbitos	Coeficiente médio anual	Total de óbitos	Coeficiente médio anual
15-34	17	6,84	24	9,06
35-54	27	14,04	13	9,04
55 e +	17	12,51	6	13,23

pelo aumento observado, nos primeiros anos da década de 90, tendendo as taxas à estabilidade entre 3,18 e 4,6 ób/100 mil hab. na segunda metade dessa década. Yunes<sup>15</sup> (1993) também observou estabilidade da mortalidade por esta causa no Brasil e Venezuela, mas aponta uma tendência discretamente ascendente na Argentina, Chile, Trinidad e Tobago e EUA, no período de 1970 a 1986.

Constatou-se, do mesmo modo que outros autores, uma maior mortalidade masculina por suicídio. O padrão de sobremortalidade masculina difere de um continente a outro, sendo as menores diferenças observadas na Ásia (1,0-2,2 com mediana de 1,3); os países europeus apresentam uma posição intermediária (1,7-5,4 com mediana de 3,0) e nos países americanos observa-se a maior desigualdade entre sexos (3,4-9,2 com mediana 4,1).<sup>5</sup> Portanto, podemos considerar que a sobremortalidade masculina em Campinas, embora elevada (4,8), situa-se próxima à mediana do continente. Os dois períodos com razões de taxas mais elevadas (1988-1991 e 1998-2000) caracterizaram-se pela diminuição das taxas femininas abaixo de um suicídio/100 mil mulheres.

Nas mortes por suicídio, embora seja freqüente o comprometimento subjacente da saúde mental, em geral estão presentes problemas de relacionamento familiar ou econômicos. Em situações de crise econômica e desemprego, os fracassos no desempenho do homem como provedor poderiam levar a atritos familiares, exacerbação do consumo de álcool e drogas, e até dissolução familiar, que poderiam se associar a suicídio. Na Austrália, Morrell et al<sup>12</sup> (1993) observaram que, entre 1907 e 1990, as curvas de desemprego se correlacionaram com as curvas de suicídio masculino; na depressão dos anos 30 esta correlação foi mais evidente na faixa dos 40 a 64 anos. A partir dos anos 70, a faixa dos 20 a 24 anos mostrou maior correlação com a curva de desemprego. Etzersdorfer et al<sup>8</sup> (1996) consideram que as mudanças na vida diária, nos papéis e na condição socioeconômica teriam aumentado o risco de suicídio entre os jovens do sexo masculino, enquanto na mulher não se observa este fenômeno, seja porque as mudanças têm sido até favoráveis para este sexo ou porque as mulheres teriam melhores estratégias de adaptação.

Dado que no sexo masculino os coeficientes por suicídio resultaram ser mais elevados nos estratos 1 e 4 (embora sem diferenças estatisticamente significantes em relação aos outros estratos), fica a interrogação sobre quais os fatores que facilitam este acontecimento em meios tão díspares. Charlton et al (1993) apud Lewis & Sloggett,<sup>10</sup> já referiram este

tipo de distribuição em U com coeficientes mais elevados nos níveis socioeconômicos extremos. No município de Campinas, no estrato de pior nível socioeconômico, os idosos são os que mais contribuem para a elevada mortalidade masculina por suicídio; já no estrato de nível socioeconômico mais elevado, além dos idosos, contribuem também os adultos de meia idade.

O padrão de distribuição etária observado no estrato 1 é semelhante ao observado por Krug et al<sup>9</sup> no conjunto de países de renda elevada, excluídos os EUA, em que as taxas do adulto de meia idade (35-54 anos) são menores que nos jovens (15-35). O estrato 4, que apresenta taxas mais elevadas nos idosos, assemelha-se aos países de renda intermediária do estudo de Krug.<sup>9</sup> No Canadá, Mao et al<sup>11</sup> (1990) referem que a distribuição etária do suicídio evoluiu entre 1956 e 1986 com uma mudança de padrão, os baixos coeficientes nos jovens e elevados coeficientes nos idosos passaram para um padrão uniforme. Barros<sup>1</sup> numa revisão do tema também descreve esta mudança em alguns países desenvolvidos. Embora as diferenças entre estratos por faixa etária não sejam significativas, apontariam para uma tendência de distribuição etária mais homogênea do suicídio, no nível socioeconômico elevado.

Há diferença nas proporções de mortes em domicílio segundo o meio utilizado, existindo um gradiente entre enforcamento, arma de fogo e envenenamento; o que aponta para o fato do enforcamento provocar lesões fatais rapidamente e o envenenamento provocar lesões que permitem o traslado ao hospital. Em Campinas, a proporção menor de mortes em domicílio que a de Porto Alegre (66,9%)<sup>13</sup> provavelmente guarda relação com o diferente perfil de meios utilizados.

Ainda, quanto ao meio utilizado, entre nós predominam o enforcamento e a arma de fogo, diferentemente do observado em estudo de Ribeirão Preto,<sup>14</sup> onde predominou o envenenamento (31,7%) que, no presente estudo, atingiu 8,2%. As armas de fogo disputam o primeiro lugar com o enforcamento, situando-se acima da média do Brasil (25%), mas abaixo da média dos EUA (61%)<sup>9</sup> e de Porto Alegre (43%).<sup>13</sup>

A análise por estratos homogêneos, como abordagem ecológica, tem limitações inerentes à metodologia. As características de nível socioeconômico da região geográfica em que morava o falecido são uma média da população residente e nem sempre correspondem ao real nível do sujeito.

Por tratar-se de um evento de baixa freqüência, recorreu-se à análise dos óbitos de um período de

seis anos em conjunto, e apenas aprofundou-se a análise do sexo masculino. Mesmo com dados de seis anos, os numeradores são pequenos quando se estratifica por nível socioeconômico, o que pode ter contribuído para o fato de não se ter encontrado significância estatística.

Os dados do presente estudo mostraram ausência de uma tendência persistente de crescimento ou re-

dução do suicídio, no período estudado. As taxas de suicídio diferem significativamente entre homens e mulheres. As taxas são baixas relativamente aos padrões observados em outros países.<sup>5</sup> Diferentemente de várias outras causas de mortalidade, como exemplificado neste estudo com os dados de homicídio, o risco de morte por suicídio não apresenta riscos crescentes com o declínio do nível socioeconômico.

## REFERÊNCIAS

1. Barros MBA. As mortes por suicídio no Brasil. In: Cassorla RMS, coordenador. *Do suicídio*. Campinas: Papirus; 1991. p. 41-59.
2. Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública* 1994;10(Supl 1):61-73.
3. Chesnais JC. The history of violence: homicide and suicide through the ages. *Intern Social Sci J* 1992;132:217-34.
4. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" *Cienc Saúde Coletiva* 1999;4:81-94.
5. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *Wld Hlth Sta Q* 1993;46:52-68.
6. Drumond M, Barros MBA. Desigualdades sócio-espaciais na mortalidade do adulto no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 1999(1/2):34-49.
7. Durkheim E. *O suicídio: um estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
8. Etzersdorfer E, Piribauer F, Sonneck G. Sex differential for suicide among Austrian age cohorts. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:240-5.
9. Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high and upper-middle-income countries. *Int J Epidemiol* 1998;27:214-21.
10. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998;317:1283-6.
11. Mao Y, Hasselback P, Davies JW, Nichol R, Wigle D. Suicide in Canada: an epidemiological assessment. *Can J Public Health* 1990;81:324-8.
12. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Soc Sci Med* 1993;36:749-56.
13. Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública* 2001;17:1141-51.
14. Vansan GA. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. *J Bras Psiquiatr* 1999;48:209-15.
15. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Ofic Sanit Panam* 1993;114:302-16.