

Maria Cecília de Souza Minayo

Liana Wernersbach Pinto

Simone Gonçalves de Assis

Fátima Gonçalves Cavalcante

Raimunda Matilde do  
Nascimento Mangas

# Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980–2006

## Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 – 2006

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Descrever a mortalidade por suicídio no Brasil, com destaque para a população idosa.

**MÉTODOS:** Análise temporal e estudo de tendência por regressão polinomial de suicídios na população acima de dez anos no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro de 1980 a 2006. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade e as taxas, calculadas segundo sexo e faixa etária, considerando-se a população residente fornecida pelo Datasus por 100 mil habitantes. Para os anos de 1980 a 1995, utilizou-se a nona revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, e para 1996 a 2006, a décima revisão.

**RESULTADOS:** Crescimento significativo foi observado nas taxas de suicídio na população brasileira e no Rio de Janeiro (5,7 e 3,1 para cada 100 mil habitantes, respectivamente) em 2006. Esse incremento ocorreu pelo aumento dos suicídios na população masculina em todas as idades. A curva crescente aconteceu principalmente entre homens maiores de 60 anos. O incremento não foi estatisticamente significativo entre homens e houve decréscimo entre mulheres no Rio de Janeiro. Os principais meios de suicídio utilizados pelos homens foram enforcamento, sufocação, estrangulamento e armas de fogo. Para as mulheres, o enforcamento também ocupou a primeira posição, seguido pela ingestão de substâncias, atiramento ao fogo e precipitação de altura. A elevada taxa de indefinição dos meios ressaltou problemas na qualidade dos dados.

**CONCLUSÕES:** Suicídios são eventos significantes na população masculina, sobretudo entre homens idosos, ao longo do tempo. No Rio de Janeiro, as taxas entre homens idosos também são maiores, mas não estatisticamente significantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, o suicídio é passível de prevenção e existem cuidados preconizados para cada grupo etário.

**DESCRITORES:** Idoso. Suicídio, tendências. Mortalidade.

Centro Latino- Americano de Estudos sobre Violência e Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**

Maria Cecília de Souza Minayo  
Fundação Oswaldo Cruz  
Av. Brasil, 4036, 7º andar  
Manguinhos  
21040-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: cecilia@claves.fiocruz.br

Recebido: 18/3/2011  
Aprovado: 12/11/2011

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To describe mortality from suicide in Brazil, with emphasis on the older adult population.

**METHODS:** Temporal analysis and trend analysis by polynomial regression were conducted on suicide in the population above 10 years old in Brazil and the State of Rio de Janeiro (Southeastern Brazil) from 1980-2006. The data were extracted from the Mortality Information System, and the rates calculated by gender and age per 100,000 inhabitants, considering the resident population provided by DATASUS. For the period between 1980 and 1995, the ninth revision of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems was used, and for 1996 to 2006, the tenth revision.

**RESULTS:** Suicide rates significantly increased in Brazil and in Rio de Janeiro (respectively reaching 5.7 and 3.1 deaths per 100,000 inhabitants in 2006). The change was caused by the increase in suicides among the male population at all ages. The increase occurred especially among men over 60 years. In Rio de Janeiro, the increase was not statistically significant among men, while there was a decrease among women. The principal means utilized for suicide by men were hanging, suffocation, strangulation and firearms. For women, death by hanging also ranks first, followed by ingestion of solids or liquids, smoke or fire, and jumping from heights. The high rate of suicide by unspecified means reveals problems with data quality.

**CONCLUSIONS:** Suicides are important events in the male population, especially among older men over time. In Rio de Janeiro, the suicide rate is also higher in men, although the difference is not statistically significant. According to the World Health Organization and the Ministry of Health, suicide is preventable, and established interventions exist for each age group.

**DESCRIPTORS:** Aged. Suicide, trends. Mortality.

---

## INTRODUÇÃO

A intenção de morrer é o elemento-chave que guarda referência direta com violência e agressividade. Por isso, o suicídio é categorizado como “causa externa” na Classificação Internacional de Doenças (CID), rubrica em que se incluem as formas de violências e acidentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>a</sup> classifica esse fenômeno em quatro níveis: baixo (quando ocorre em menos de cinco habitantes em 100 mil); médio (de cinco a 15); alto (de 15 a 30); e muito alto (acima de 30 por 100 mil). Os principais fatores de risco para suicídio são: doenças e transtornos mentais; uso de determinados medicamentos, drogas, álcool e intoxicações; padecimento de doenças terminais e degenerativas, problemas socioambientais, microssociais, sociais e influência da mídia.<sup>1-3,6-8,11,12,16,22,23</sup>

Segundo informações da OMS,<sup>25</sup> estima-se que 815 mil pessoas tenham se suicidado em 2000, o que representa taxa de mortalidade de aproximadamente 14,5 para cada 100 mil habitantes, ou “uma pessoa a cada

40 segundos”, refletindo as estatísticas de países que notificam esse evento. As taxas mundiais de suicídio tiveram aumento de 60% nos últimos 45 anos e em alguns países está entre as três principais causas de morte de 15 a 44 anos.

As estatísticas de suicídio distribuem-se desigualmente pelo mundo, pelos países, entre os sexos, grupos de idade e modo de perpetração. Os índices mais elevados encontram-se no Leste Europeu.<sup>25</sup> Em termos globais, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. Na América Latina, suas taxas são relativamente baixas quando comparadas às de homicídios.<sup>25</sup> No Brasil, elas possuem pouca representatividade (0,6%) no total de óbitos e correspondem a 5,6% das mortes por causas externas. O País registrou 4,9 mortes por suicídio por 100 mil habitantes em 2008, colocando-o em 73<sup>a</sup> posição mundial e no grupo com taxas consideradas baixas, mas em ascensão (no limiar do nível médio). O Estado do Rio de Janeiro tem a menor taxa

---

<sup>a</sup> World Health Organization. Guidelines for the primary prevention for mental, neurological and psychological disorders. Suicide. Geneva; 1993 [citado 2010 out 10]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_MNH\\_MND\\_93.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.24.pdf)

entre todas as unidades da federação (2,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2008).<sup>b</sup>

A idade é fator importante na configuração dos suicídios. Dados da OMS<sup>25</sup> mostram índices de 0,9/100.000 habitantes de cinco a 14 anos e de 66,9/100.000 entre pessoas acima de 75 anos em 1995. Como a população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil, justifica-se estudar as taxas de suicídio das pessoas nessa fase da vida.

Igualmente, existem diferenças importantes por sexo; os índices são mais elevados entre os homens do que entre as mulheres em inúmeros países, variando de 1:1 até 10,4:1<sup>25</sup> (no Brasil, essa variação foi de 4:1 em 2006).

Conhecer melhor o tema poderia contribuir para uma agenda de prevenção, que transcende estudos epidemiológicos, pois, como afirma Cassorla,<sup>4</sup> o fenômeno do suicídio inclui fatores complexos que interagem por meio de infinitos emaranhamentos e não pode ser compreendido por apenas um método. Assim, como recomendado, abordagens compreensivas são também realizadas, por meio de autópsias psicológicas.<sup>7,12,18,22,23</sup>

Este artigo teve por objetivo descrever a mortalidade por suicídio no Brasil e no estado do Rio de Janeiro entre as pessoas com dez anos ou mais, com destaque para as pessoas de 60 anos ou mais.

## MÉTODOS

Análise temporal da mortalidade por suicídio de pessoas acima de dez anos, com destaque para a população de 60 anos ou mais de 1980 a 2006 no Brasil e no estado do Rio de Janeiro. A escolha pelo estado deu-se por seu caráter único de concentrar as mais elevadas proporções desse grupo etário e baixas e decrescentes taxas de suicídio dentre as unidades da federação.

Os dados sobre suicídios usados para compor a série histórica foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). As estimativas populacionais por sexo e faixa etária foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As taxas para o Brasil e o Rio de Janeiro foram calculadas segundo sexo e faixa etária e apresentadas por 100 mil habitantes. O número de óbitos por suicídio no ano foi considerado numerador e a estimativa populacional, denominador no cálculo das taxas de mortalidade. As informações sobre mortalidade de 1980 a 1995 seguiram a 9ª revisão da CID (CID-9, E950-E959) e de 1996 a 2006, a 10ª revisão (CID-10, X60-X84 e Y87).<sup>15</sup>

A mortalidade proporcional foi calculada para analisar o meio empregado no suicídio (categoria do CID). A razão entre as taxas masculinas e femininas foi

calculada para cada ano, visando avaliar mudanças ao longo dos anos.

Realizou-se análise de tendência por meio de regressão polinomial, que descreve a curva que melhor se ajusta aos dados para mostrar a relação entre as variáveis dependentes e independentes. As taxas de mortalidade por suicídio foram a variável dependente e o ano calendário, a variável independente. Transformação da variável ano foi realizada para evitar a autocorrelação entre os termos da equação, e utilizou-se sua versão centralizada (ano menos o ponto médio do período de estudo). Na seleção do modelo, utilizaram-se os diagramas de dispersão, o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e a análise de resíduos (verificação da homocedasticidade). Os modelos de regressão linear simples foram testados de segunda e terceira ordens e exponencial. Considerou-se a tendência significativa quando  $p < 0,05$ .

O SPSS for Windows<sup>®</sup> (versão 19.0) foi utilizado no cálculo das taxas de mortalidade por suicídio e na análise de tendência. Os gráficos das séries históricas foram construídos no programa Excel<sup>®</sup> 2007.

## RESULTADOS

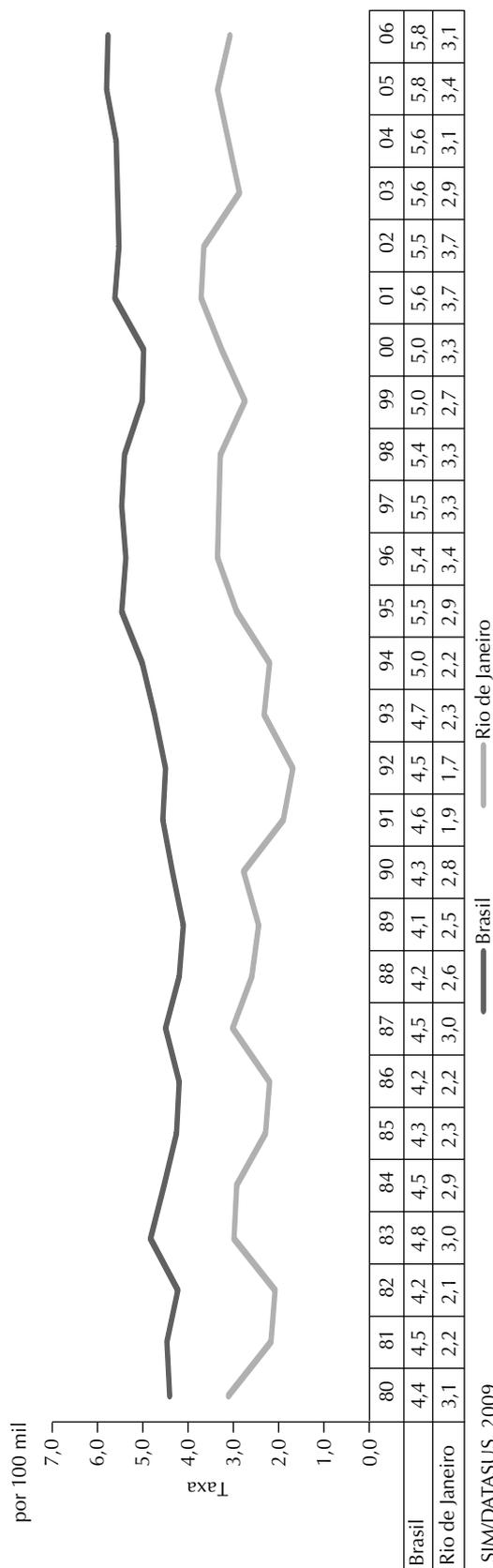
As taxas de mortes por suicídio tiveram leve e contínuo crescimento em todas as faixas etárias (4,4/100 mil em 1980 para 5,8 em 2006). Morreram 158.952 pessoas no Brasil e 8.353 no Rio de Janeiro no período, com média anual de 5.887,1 e 309,4, respectivamente (em pessoas acima de dez anos) (Figura 1).

Na década de 1980, ocorreram 43.131 óbitos por suicídio em todas as faixas etárias no País (média de 4.313,1 mortes/ano), subindo para 60.543 nos anos 1990 (média de 6.054,3 óbitos/ano). De 2000 a 2006, ocorreram 55.278 suicídios na população geral (média de 7.896,9 mortes anuais), indicando continuidade no incremento do fenômeno. Realidade similar foi observada no Rio de Janeiro, porém em patamares mais baixos: 2.503 óbitos por suicídio (média de 250,3 óbitos/ano) na década de 1980; 2.956 (média de 295,6 óbitos/ano) na década de 1990; e 2.894 (média de 413,4 óbitos/ano) entre 2000 e 2006.

A configuração dos suicídios no Brasil foi mais regular do que a observada no Rio de Janeiro no mesmo período (Figura 1). O comportamento das taxas no estado oscilou em função do pequeno número de casos: 3/100 mil no período, abaixo da média nacional.

A análise de tendência (Tabela 1) indicou crescimento das taxas de suicídio: a curva do Brasil acentuou a elevação ( $R^2 = 0,827$ ;  $p < 0,001$ ) em relação à do Rio de Janeiro ( $R^2 = 0,420$ ;  $p = 0,005$ ).

<sup>b</sup> Minayo MCS, Assis SG, Souza ERS, Correia BSC, Pacheco ML, Godinho PGD. Suicídios no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação, comportamento autopunitivo e prevenção. Brasília (DF): RIPS/OPAS/MS; 2010.



Fonte: SIM/DATASUS, 2009

Figura 1. Taxa de mortalidade por suicídio na população brasileira e do Estado do Rio de Janeiro, 1980-2006.

Aumento progressivo dos óbitos foi observado entre pessoas do sexo masculino de todas as idades no País, cujas taxas evoluíram de 6,2/100 mil em 1980 para 9,3/100 mil em 2006. As taxas relativas às mulheres brasileiras foram levemente oscilantes e apresentaram discreta queda: 2,6/100 mil em 1980 e 2,3/100 mil em 2006 (Figura 2).

Grande variação das taxas de suicídio foi observada na população masculina do Rio de Janeiro, a maior observada em 2001 (5,7/100 mil) e a menor, em 1992 (2,7/100 mil). A maior taxa para o sexo feminino ocorreu em 1980 (2,3/100 mil). Essa taxa manteve-se em torno de 1,6/100 mil de 2000 a 2006. Houve flutuação nos dados de suicídio de mulheres do Rio de Janeiro.

A análise de tendência (Tabela 1) mostrou ascensão entre homens brasileiros e do Rio de Janeiro ( $R^2 = 0,891$  e  $0,451$ , respectivamente;  $p < 0,001$ ). O quadro foi distinto para mulheres: tendência decrescente no País e crescente no Rio de Janeiro ( $R^2 = 0,551$ ;  $p < 0,001$  e  $R^2 = 0,307$ ;  $p < 0,035$ , respectivamente).

Observaram-se 2,4 mortes de homens para cada mulher no Brasil e 1,7 no Rio de Janeiro em 1980, proporção que subiu para quatro a cada mulher no País e 2,9 no Estado em 2006.

Óbitos por lesões autoinfligidas tiveram significativa elevação entre idosos: 5.953 suicídios de idosos no Brasil (média de 595,3 óbitos/ano) na década de 1980; 8.547 (média de 854,7 mortes/ano) na década de 1990 e 7.994 de 2000 a 2006, correspondendo, em média, a 1.142 mortes anuais.

Suicidaram-se 427 idosos no Rio de Janeiro na década de 1980, 522 na década de 1990 e 517 entre 2000 e 2006 (aumento da média anual de 42 mortes na década de 1980 para 74 de 2000 a 2006).

Os suicídios de homens mais jovens oscilaram de 5,7/100 mil a 8,8/100 mil. Entre homens idosos, as taxas chegavam a 12,1/100 mil em 1980. As taxas relativas à população idosa masculina elevaram-se a partir de 1995 e o ápice do incremento ocorreu em 2005, com taxa de 15,4/100 mil habitantes (Figura 3).

Os padrões apresentados por homens e mulheres tiveram diferenças significativas, menores entre a população feminina, cujas taxas oscilaram entre 2,5/100 mil e 3/100 mil em todas as faixas etárias e período.

A ascensão das taxas de suicídios em homens refletiu-se nas taxas de incremento do fenômeno na população geral, acontecendo o contrário com as taxas referentes à população feminina, que foram mais ou menos constantes com leve tendência de queda. Registraram-se quatro óbitos masculinos para um feminino em 1980 e 5,4:1 em 2006.

A análise de tendência mostrou crescimento significativo de suicídios para homens brasileiros idosos ( $R^2 = 0,588$ ;  $p < 0,001$ ) e para os menores de 60 anos ( $R^2 = 0,885$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabela 1). Mulheres brasileiras idosas tiveram quedas nas taxas ( $R^2 = 0,248$ ;  $p = 0,008$ ), embora entre as mais jovens tenha havido tendência de crescimento ( $R^2 = 0,656$ ;  $p = 0,001$ ).

As taxas de suicídio tiveram comportamento oscilante na população com menos e mais de 60 anos no Rio de Janeiro (Figura 4). As taxas para homens com menos de 60 anos apresentaram curva ligeiramente ascendente na série após 1995, com picos em 1987 (12,1/100 mil), em 1998 (11,2/100 mil) e em 2005 (11,0/100 mil). As taxas passaram de 7,4/100 mil em 1980 para 11/100 mil em 2005 e voltaram a 7,1/100 mil em 2006, mostrando oscilação. Os dados para mulheres do Rio de Janeiro e de todas as faixas etárias também oscilaram e houve 1,9 suicídio de homens para cada mulher em 1980, subindo para 3,4:1 em 2006, respectivamente.

A análise de tendência mostrou crescimento do suicídio entre homens menores de 60 anos ( $R^2 = 0,454$ ;  $p < 0,001$ ) e entre mulheres da mesma faixa etária ( $R^2 = 0,342$ ;  $p = 0,020$ ) no Rio de Janeiro (Tabela 2). Entre mulheres idosas, houve queda significativa ( $R^2 = 0,165$ ;  $p = 0,036$ ), o que não foi observado entre homens.

Suicídios por “enforcamento” e por “utilização de arma de fogo”, segundo categoria da CID, ocuparam, respectivamente, a primeira e segunda posição entre

homens idosos de 1980 a 1995 (Tabela 2). Entre homens idosos do Rio de Janeiro, “enforcamento” teve maior frequência, seguido de “outros procedimentos e meios não especificados”, e o suicídio por uso de “arma de fogo” apareceu em terceiro lugar.

Entre mulheres brasileiras idosas, suicídios por “enforcamento” ocuparam o primeiro lugar, seguidos por “outros procedimentos e meios não especificados” e “ingestão de substâncias” de 1980 a 1995. No Rio de Janeiro, no mesmo período, houve predominância da categoria “meios não especificados”, seguida por “enforcamentos” e “precipitação de altura”.

Os meios mais usuais de suicídio entre homens foi “enforcamento”, “fumaça, fogo e chama”, “disparo de arma de fogo” e “outros meios não especificados”; para as mulheres, “enforcamento” seguido da categoria “fumaça, fogo e chamas”. “Precipitação de local elevado” foi o principal meio de suicídio entre mulheres idosas do Rio de Janeiro, seguido por “enforcamentos”.

## DISCUSSÃO

O suicídio comporta-se de forma distinta no Brasil e no estado do Rio de Janeiro ao longo do tempo, havendo diferenciações segundo faixas etárias, gênero e formas de perpetração. Essas diferenças, no entanto, expressam parte da realidade, como ressalta o estudo de Durkheim,<sup>10</sup> o qual defende o caráter estrutural da violência em geral e do suicídio em particular. Segundo

**Tabela 1.** Análise de tendência nas taxas de mortalidade por suicídio. Brasil e Estado do Rio de Janeiro, 1980-2006.

Grupo	Modelo	R <sup>2</sup>	p	Tendência
Brasil	$y = 4,784 + 0,096x + 0,002x^2 - 0,0003x^3$	0,827	< 0,001	Crescente
Rio de Janeiro	$y = 2,647 + 0,079x + 0,003x^2 + 0,0004x^3$	0,420	0,005	Crescente
Brasil – Homens (anos)				
Total	$y = 7,625 + 0,193x + 0,001x^2 - 0,001x^3$	0,891	< 0,001	Crescente
< 60	$y = 7,140 + 0,193x + 0,001x^2 - 0,001x^3$	0,885	< 0,001	Crescente
≥ 60	$y = 12,463 + 0,139x$	0,588	< 0,001	Crescente
Brasil – Mulheres (anos)				
Total	$y = 2,070 - 0,006x + 0,003x^2$	0,551	< 0,001	Decrescente
< 60	$y = 1,975 + 0,007x + 0,003x^2 - 0,0001x^3$	0,656	< 0,001	Crescente
≥ 60	$y = 2,774 - 0,022x$	0,248	< 0,008	Decrescente
Rio de Janeiro – Homens (anos)				
Total	$y = 4,219 + 0,077x$	0,451	< 0,001	Crescente
< 60	$y = 3,844 + 0,070x$	0,454	< 0,001	Crescente
≥ 60	$y = 7,633 + 0,089x$	0,118	0,080	Não significativa
Rio de Janeiro – Mulheres (anos)				
Total	$y = 1,323 + 0,03x + 0,003x^2 - 0,0003x^3$	0,307	0,035	Crescente
< 60	$y = 1,269 + 0,039x + 0,003x^2 - 0,0003x^3$	0,342	0,020	Crescente
≥ 60	$y = 1,981 - 0,033x$	0,165	0,036	Decrescente

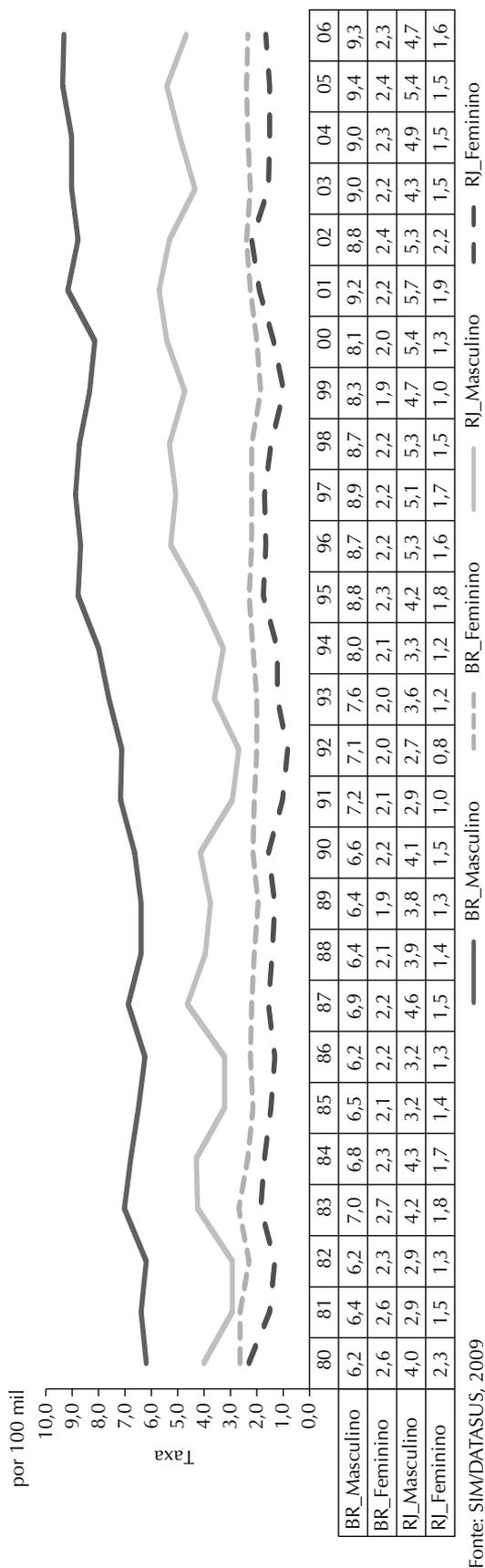


Figura 2. Taxa de mortalidade por suicídio, segundo sexo. Brasil e Estado do Rio de Janeiro, 1980-2006.

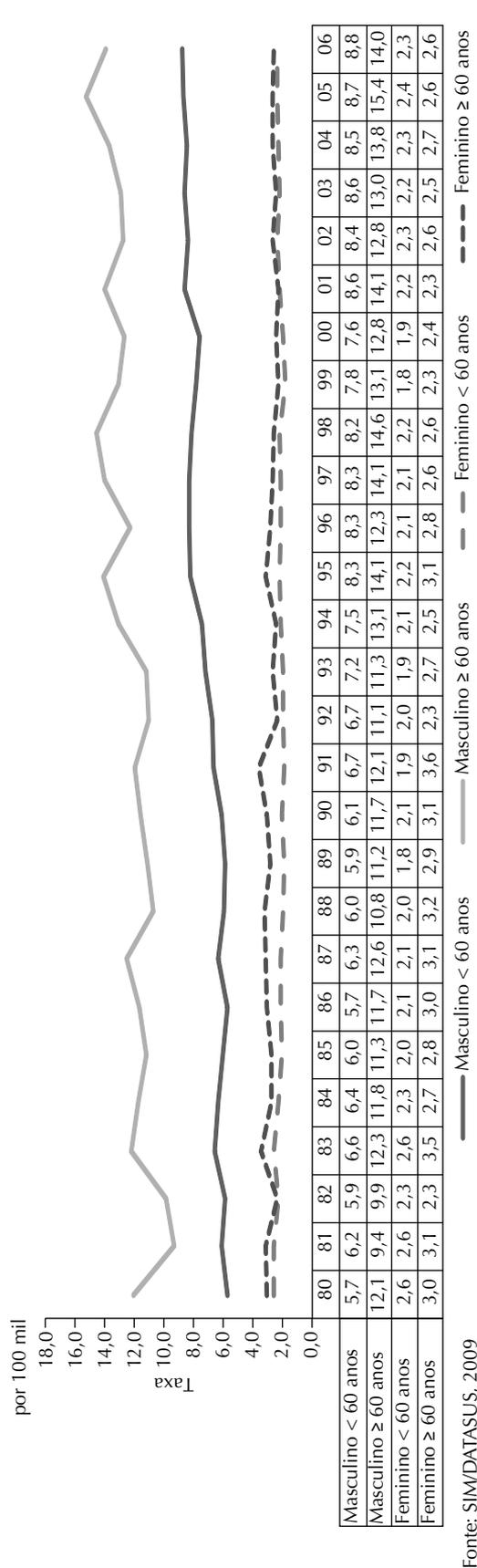


Figura 3. Taxa de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e sexo. Brasil, 1980-2006.

**Tabela 2.** Mortalidade percentual por suicídio, segundo categorias da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Brasil e Estado do Rio de Janeiro, 1980-2006.

Categoria	Brasil (%)			Rio de Janeiro (%)		
	Geral	Masculino	Feminino	Geral	Masculino	Feminino
CID-9 1980-1995 <sup>a</sup>						
E953 Enforcamento, estrangulamento e sufocação	51,7	52,3	49,8	29,3	34,8	16,1
E958 Outros procedimentos e não especificado	17,9	16,2	23,9	32,9	26,8	47,3
E955 Arma de fogo e explosivos	16,6	19,6	6,1	16,2	20,1	6,8
E950 Ingestão de sólidos ou líquidos	7,5	6,7	10,2	6,1	5,9	6,3
E957 Precipitação de lugar elevado	1,7	1,3	3,2	10,7	8,8	15,1
CID-10 1996-2006 <sup>b</sup>						
X70 Enforcamento, estrangulamento e sufocação	56,2	57,8	49,4	34,0	38,4	17,6
X74 Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	13,4	15,4	4,4	15,6	18,9	3,1
X84 Meios não especificados	5,0	4,8	5,9	12,8	12,9	12,6
X68 Autointoxicação intencional por pesticidas	4,8	4,7	5,3	7,0	5,7	11,9
X72 Disparo de arma de fogo de mão	3,1	3,5	1,3	3,2	3,5	1,9
X69 Exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	3,0	2,8	4,0	3,3	2,7	5,7
X80 Precipitação de lugar elevado	2,8	2,0	6,4	8,6	5,5	20,1
X76 Fumaça, fogo e chamas	2,6	1,2	9,2	4,2	3,0	8,8

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

<sup>a</sup> Período 1980-1995: Brasil - N\_Geral = 10.671; N\_Masculino = 8.276; N\_Feminino = 2.396; Rio de Janeiro - N\_Geral = 693; N\_Masculino = 488; N\_Feminino = 205

<sup>b</sup> Período 1996-2006: Brasil - N\_Geral = 11.591; N\_Masculino = 9.502; N\_Feminino = 2.087; Rio de Janeiro - N\_Geral = 758; N\_Masculino = 599; N\_Feminino = 159

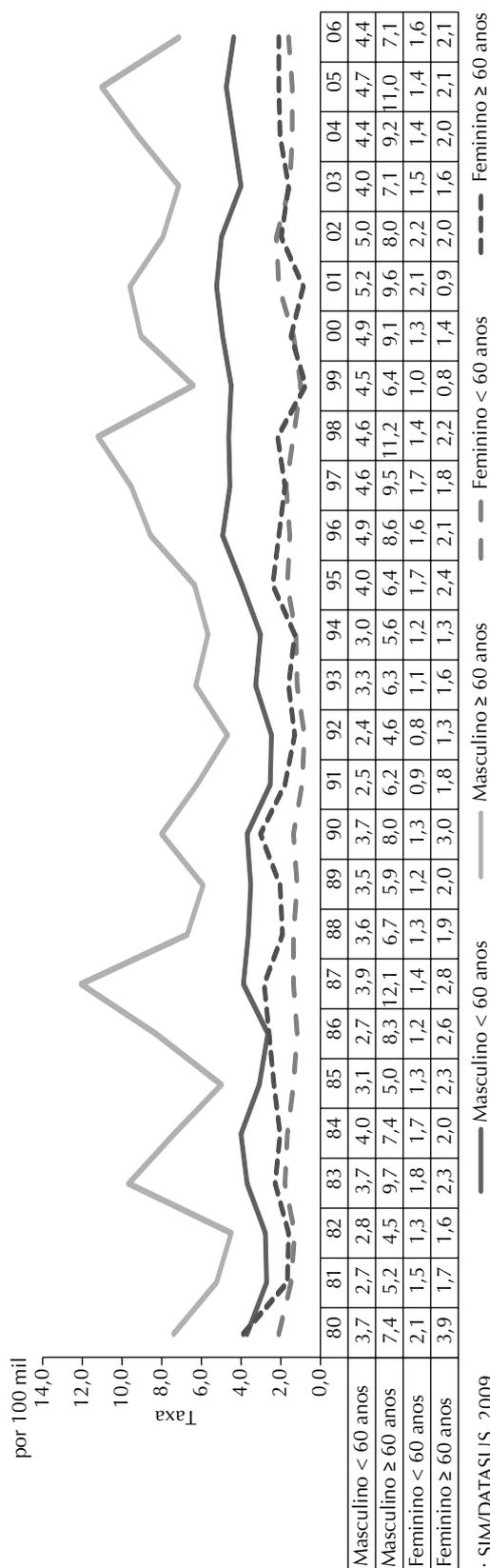
ele, as variações explicam-se por correntes sociais particulares, e não apenas demográficas, e sugerem mudanças socioculturais e crises profundas na sociedade contemporânea, no caso, em relação aos idosos. A OMS considera notável o incremento das mortes de idosos em relação há 50 anos, quando havia pouca variação por idade.<sup>25</sup>

O presente estudo apresenta consonância com pesquisas internacionais e aponta o aumento das taxas de suicídio na população brasileira (4,4 para 5,8 por 100 mil habitantes no período), o que situa o país no limiar do segundo nível definido pela OMS (entre cinco e 15 por 100 mil habitantes). Esse crescimento atinge homens de todas as idades e mulheres mais jovens. Para a população geral do Rio de Janeiro, o crescimento é mais relevante na população mais jovem. O crescimento das taxas na população brasileira masculina idosa é destacado, ao contrário das taxas relativas às mulheres idosas, que continuam estruturalmente baixas (entre dois e três por 100 mil habitantes), com tendência de queda no Rio de Janeiro e no País. O principal instrumento utilizado pelos suicidas brasileiros – homens e mulheres – é a força, o que ocorre também universalmente. Nos Estados Unidos, entretanto, os meios mais usados por homens idosos são as armas de fogo e, na China, as intoxicações por pesticidas. Mulheres idosas tendem a utilizar meios mais suaves em todo o mundo.<sup>25</sup>

A proeminência do suicídio entre homens e a tendência de queda entre as mulheres idosas são coincidentes entre o Rio de Janeiro e o Brasil. Todavia, existem diferenças de magnitude nas taxas gerais e para homens da população brasileira, quando comparadas com o Rio de Janeiro. No grupo masculino, as taxas nacionais são quase duas vezes as da população fluminense, e as que se referem às mulheres fluminenses são um pouco menores do que as da população feminina do País.

Os métodos utilizados por mulheres no Rio de Janeiro (pular de altura, enforcamento e intoxicação por medicamentos) diferem dos usados pelos homens (enforcamento e uso de armas de fogo). Diferem também do grupo feminino para o País (enforcamento seguido por exposição à fumaça, fogo e chamas). Em contraposição, os meios mais utilizados pelas idosas do Rio de Janeiro são cada vez mais observados pela OMS<sup>25</sup> entre homens e mulheres nessa faixa etária no mundo, embora existam múltiplas diferenças entre os países.

A menor ocorrência de suicídio entre mulheres – no Rio de Janeiro e em todo o País – é atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis que culturalmente lhe são peculiares. Possuem também mais facilidade para reconhecer precocemente sinais de risco para depressão, buscando



Fonte: SIM/DATASUS, 2009

Figura 4. Taxa de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e sexo. Estado do Rio de Janeiro, 1980-2006.

com maior frequência ajuda e apoio social em momentos de crise.<sup>11,17,18,23</sup> O desempenho masculino envolve comportamentos machistas e agressivos, como competitividade, impulsividade e gosto por armas de fogo. Na velhice, quando a vida profissional cessa, muitos homens associam o novo momento da vida com a falência do papel tradicional de provedor econômico e de referência familiar, retraindo-se socialmente, o que significa elevado risco de isolamento, tristeza, estresse e vontade de dar fim à vida.<sup>11,16,17,19,23</sup>

As baixas taxas de mortes autoinfligidas entre idosos no Rio de Janeiro é fato socialmente positivo, principalmente porque nesse estado vivem as mais elevadas proporções desse grupo etário, quando comparadas as unidades da federação. Os dados do presente estudo não permitem entender o significado desse contexto, de certa forma privilegiado. Existe uma tendência de se atribuírem as baixas taxas de suicídio ao clima e ao tempo. Em seu estudo, Durkheim<sup>10</sup> mostrou que esses dois elementos não influenciavam o suicídio na França. Estudiosos como Chesnais<sup>5</sup> também analisaram a interferência desses dois elementos nas mortes autoinfligidas, mas não encontraram associação significativa. O ambiente social alegre, aberto e acolhedor, no entanto, parece apresentar associação protetora e preventiva consistente.<sup>6,7,19,21-23</sup> A vivência da diversidade cultural, as múltiplas possibilidades de acesso ao lazer e a vida ao ar livre no Rio de Janeiro podem ser fatores positivos contra o suicídio. Todavia, essa hipótese necessita ser analisada cautelosamente, pois a qualidade dos registros de óbitos por causas mal definidas no estado é ainda considerada insatisfatória, com 10,4% de óbitos mal classificados entre homens e 11,9% entre mulheres.<sup>20</sup> Dificuldades também são constatadas na elevada falta de especificação do tipo de suicídio no estado, indicando falhas na aferição desse tipo de morte.

A dupla classificação utilizada (CID-9 e CID-10) dificulta uma leitura simplificada. A mais recente (CID-10) expandiu o número de categorias em relação à anterior, proporcionando descrição melhor e mais detalhada das circunstâncias dos eventos. Porém, quando se trata de suicídio, o problema não se refere apenas à maior precisão classificatória. Segundo Cassorla,<sup>4</sup> mais de 50% dos suicídios com alto grau de intencionalidade são classificados como acidentes. Parentes, familiares e profissionais de saúde tendem a mascarar as informações por causa do interdito social.

É preciso atentar à situação dos homens idosos – o grupo mais vulnerável – e tratar o momento pós-trabalho e o tempo da aposentadoria como oportunidade para novas realizações. Deve-se incentivar o cultivo de amizades, de relacionamentos, de contato humano e de diálogos intergeracionais como elementos protetores contra a depressão e a autodestruição entre idosos. Essa recomendação é reforçada pelas pesquisas

de Duberstein et al<sup>9</sup> e de Beeston,<sup>2</sup> que defendem que “O desenvolvimento de uma rede social de suporte para essas pessoas deveria ser definido como prioridade” (p. 39).<sup>2</sup>

Além do investimento na atenção primária e na prevenção secundária à saúde, é preciso equipar as unidades de saúde mental para atuarem com idosos e contra a depressão no cotidiano, como sugere a OMS.<sup>a</sup> A depressão é considerada o principal fator desencadeante para o suicídio,<sup>2,3,6,11,12,20,21,23,24</sup> como doença e como resultante de aspectos relacionados à saúde e à vida social. As causas são inúmeras e podem ser encontradas em fatores genéticos, biológicos ou psicológicos e em circunstâncias sociais e ambientais.<sup>2,9,13,23</sup> A depressão leva ao isolamento que se associa ao suicídio em casos extremos.<sup>13,14</sup> Na população idosa, esses fatores se

potencializam, não porque seja naturalmente depressiva pela idade, conforme lembra Beeston,<sup>2</sup> mas porque costumam ocorrer mudanças profundas na forma de levar e de encarar a vida.

É preciso oferecer atenção especializada a esse grupo social, para que os idosos encontrem nos profissionais orientação e incentivo para viver, e não para morrer.<sup>3</sup> É necessária uma abordagem do envelhecimento, de forma abrangente e sistêmica, visando ao bem estar, ao atendimento cuidadoso e eficaz que conspira a favor da vida e é antídoto para o suicídio.

Estudos sobre suicídio de idosos no Brasil são incipientes e devem ser somados e associados a pesquisas epidemiológicas, clínicas, ambientais, sociais e psicológicas.

## REFERÊNCIAS

1. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2002;32(1):1-9.
2. Beeston D. Older people and suicide. Sttafordshire (UK): Sttafordshire University, Centre for Ageing and Mental Health; 2006.
3. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(9):1081-91. DOI:10.1001/jama.291.9.1081
4. Cassorla RMS. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Cad Saude Publica.* 1998;14(1):28-30. DOI:10.1590/S0102-311X1998000100009
5. Chesnais JC. Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours. Paris: Robert Laffont Editeur; 1981.
6. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1999;156(8):1182-9.
7. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry.* 1996;53(8):1001-8.
8. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16(3):300-10.
9. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med.* 2004;34(1):137-46.
10. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
11. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(2):108-11.
12. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Dis.* 1998;50(2-3):269-76.
13. Jorm AF, Henderson AS, Scott R, Korten AE, Christensen H, Mackinnon AJ. Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age Ageing.* 1995;24(5):389-92.
14. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(4):1107-11. DOI:10.1590/S1413-81232008000400002
15. Laurenti R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Saude Publica.* 1997;31(4):55-8. DOI:10.1590/S0034-89101997000500007
16. Marshall JR. Changes in aged white male suicide: 1948-1972. *J Gerontol.* 1978;33(5):763-8.
17. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-10. DOI:10.1590/S0034-89102004000600008
18. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica.* 2006;22(8):1587-96. DOI:10.1590/S0102-311X2006000800007
19. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Rev Saude Publica.* 2010;44(4):750-7. DOI:10.1590/S0034-89102010000400020
20. Paes NA. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2007;41(3):436-45. DOI:10.1590/S0034-89102007000300016
21. Saz R, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16(6):622-30.
22. Shneidman ES. Comprehending suicide: landmarks in 20th century suicidology. Washington (DC): American Psychological Association; 2001.
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.
24. Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin E, Fan MY, Unützer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(12):1024-33. DOI:10.1097/JGP.0b013e3180cc2bf1
25. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva; 2002.