



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Andreia Cidade Marinho

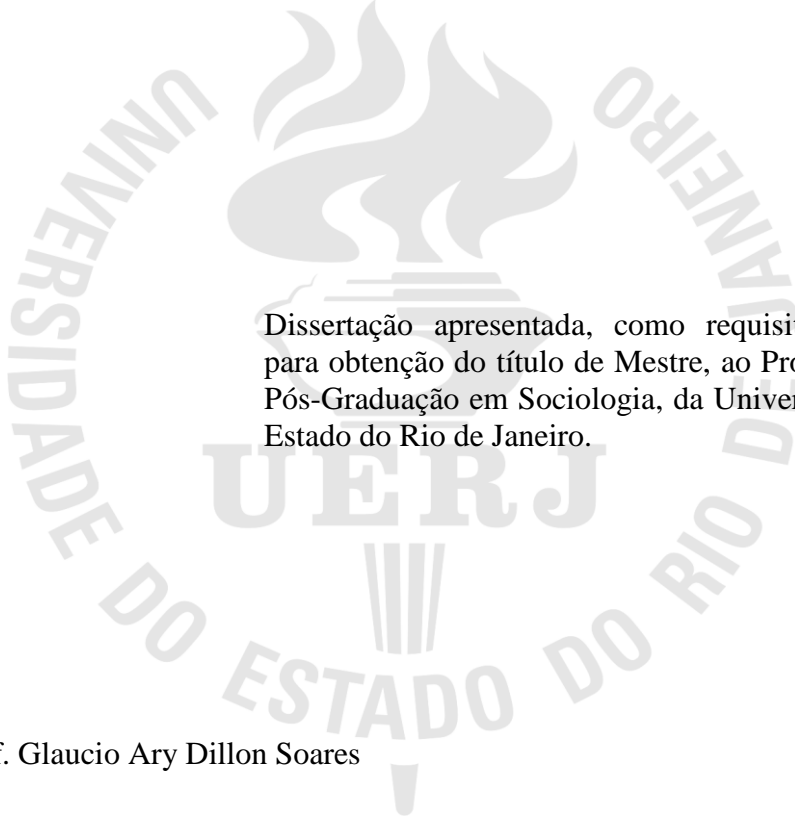
**Imagens das Depressões: uma análise das relações entre crises
econômicas e suicídio no Brasil (1990-2009)**

Rio de Janeiro

2012

Andreia Cidade Marinho

**Imagens das Depressões: uma análise das relações entre crises econômicas e
suicídio no Brasil (1990-2009)**



Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de
Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Glaucio Ary Dillon Soares

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA IESP

M337 Marinho, Andreia Cidade.
Imagens das depressões: uma análise das relações entre crises econômicas e suicídio no Brasil (1990-2009) / Andreia Cidade Marinho. – 2012.
95 f.

Orientador: Glaucio Ary Dillon Soares.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos.

1. Suicídio - Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Crise econômica – Teses. 4. Sociologia – Teses. I. Soares, Glaucio Ary Dillon. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. III. Título.

CDU 378(043)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Andreia Cidade Marinho

**Imagens das Depressões: uma análise das relações entre crises econômicas e
suicídio no Brasil (1990-2009)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de
Pós-Graduação em Sociologia. da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em 29 de novembro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Glaucio Ary Dillon Soares (Orientador)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

Prof. Dr. Carlos Antonio Costa Ribeiro
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

Prof. Dr. João Trajano Sento-Sé
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os loucos;

Aqueles que estão enterrados sobre o solo;

Aqueles numa sepultura de carne;

Aos que foram incompreendidos em sua dor e doença;

Aos que não suportaram o fardo do desespero;

Aqueles, que não sobreviveram as turbulências do coração;

Aos que perceberam que nesta vida não há nada de novo em morrer, mas viver
tampouco é mais novo;

Ao meu irmão Dalton que manteve a noite acuada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Maria de Lourdes, que sempre apoiou minhas escolhas, que me deu a vida não uma, mas inúmeras vezes. Ao meu companheiro Silvio, pela sua generosidade. A minha irmã Dilma, com sua compreensão, e meu sobrinho Diego, com sua música. Principalmente, à infinita paciência de meu orientador, Glaucio. E aos amigos que me ajudaram nesta etapa – sendo eles; Bruno Müller, Ignácio Cano; Doriam Borges; Eduardo Ribeiro; Isabel Veloso; Gabriela Fresen; Vivian da Mata; Aline Bougleux; Flavia Figueiredo. Agradeço também, não menos importante que todos os outros, aos meus gatos.

(...) a autoimagem do *homoclausus* (...) esta intimamente ligada a um modo igualmente específico de experimentar, com antecipação de nossa própria morte e provavelmente na situação real, nosso próprio ato de morrer, mas a pesquisa sobre a morte – por razões que não são independentes da repressão social – ainda esta num estado incipiente

Norbert Elias, Solidão dos Moribundos

O mundo passa por minha jaula e nunca me vê.

*Randall Jarrell*¹

Como uma sociedade, não gostamos de falar sobre suicídio

David Satcher, M. D., PH.D.,

Diretor Nacional de Saúde dos EUA

Era, disse ele, um mal inerente e hereditário, e um para o qual ele procurou desesperadamente um remédio.

*Edgar Allan Poe*²

Mas sempre se trata de se eu desejo evitar estes desalentos
(...) Estas 9 semanas nos oferecem um mergulho em águas profundas (...) A gente afunda no poço e nada nos protege do assédio da verdade.

*Virginia Woolf*³

¹ Suicida

² Idem

³ Idem

Nobody dies a virgin... Life fucks us all.

*Kurt Cobain*⁴

⁴ Artista de banda “grunge” que se suicidou com tiro na boca aos 27 anos na década de 90

RESUMO

MARINHO, Andreia Cidade. *Imagens das depressões: uma análise das relações entre crises econômicas e suicídio no Brasil (1990-2009)*. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Esta dissertação tem como objetivo investigar a relação das crises econômicas e suicídio no Brasil. A primeira parte do trabalho dedica-se a uma revisão da literatura acerca do tema, revisando pesquisas feitas em outros países. A segunda parte avalia a hipótese da correlação positiva entre os fenômenos no caso brasileiro, usando indicadores de crise econômica, como desemprego e PIB *per capita*, comparando-os com estatísticas simples, longitudinais, de 1990 a 2009, para aferir possíveis tendências nas unidades de análise: Brasil, Região e Estados. Quando possível, comparamos nossos resultados com os de outros países.

Palavras-Chave: Suicídio. Crise Econômica. Saúde Mental.

ABSTRACT

MARINHO, Andreia Cidade. *Images of depression: an analysis of the relationship between economic crises and suicide in Brazil (1990-2009)*. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

The purpose of this dissertation is to investigate the relationship between economic crisis and suicide. The first part of the study is dedicated to review the literature around this issue, looking at researches done in other countries. The second part evaluates the hypothesis of positive correlation between the phenomena in the Brazilian case, using indicators of economic crisis, such as unemployment and GDP *per capita*, and comparing them with simple and longitudinal statistics, from 1990 to 2009, to assess possible tendencies in the unities of analysis: Brazil, Region and State. Whenever possible, we shall compare our results with those from other countries.

Keywords: Suicide. Economic Crisis. Mental Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Desigualdade de renda e taxas de suicídio.....	32
Gráfico 2 - Número absoluto de suicídio no Brasil por estado civil de 1990 a 2009	50
Gráfico 3 - Taxa de Suicídio no Brasil e Produto Interno Bruto per capita de 1990 a 2009.....	52
Gráfico 4 - Taxa de Suicídio e Desemprego no Brasil de 1990 a 2009.....	54
Gráfico 5 - Taxa de Suicídio e Desemprego no Brasil por gênero de 1990 a 2009.....	54
Mapa 1 - Proporção de suicídio no Brasil por Estados em 2009.....	56
Gráfico 6 - Taxa de Suicídio nas capitais brasileiras em 2009.....	60
Gráfico 7 - Taxa de suicídio e Inflação (INPC) no Brasil.....	61
Gráfico 8 - Taxas de Suicídio e Homicídio para Roraima (1990 – 2009).....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Taxas de suicídios dos últimos dez anos para gênero e UF's.....	51
Tabela 2 -	Taxas de suicídio; PIB per capita; IDH e densidade demográfica...	58
Tabela 3 -	Modelo de Regressão para taxa de suicídio controlada pelo PIB per capita, desemprego e inadimplência.....	63
Tabela 4 -	Modelo de Regressão para taxa de suicídio controlada pelo PIB per capita, Gini e inadimplência e Região (1990- 2009).....	64
Tabela 5 -	Modelo de Regressão para taxa masculina de suicídio, controlado por: divórcio; inadimplência; desemprego e Gini.....	66
Tabela 6 -	Modelo de Regressão para taxa masculina de suicídio, controlada por Região; desemprego e pobreza (1990 – 2009).....	67
Tabela 7 -	Modelo de Regressão para taxa feminina de suicídio, controlada por divórcio; inadimplência e desemprego (1990 – 2009).....	68
Tabela 8 -	Modelo de Regressão para taxa feminina de suicídio, controlada por Região; pobreza e desemprego(1990 – 2009).....	68

LISTAS DE SIGLAS

- CID - Código Internacional de Doenças
- Gini - Growing Inequalities Impacts
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
- INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor (Inflação)
- IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PIB - Produto Interno Bruto
- SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
- SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	BREVE DISCUSSÃO DA LITERATURA CLÁSSICA.....	15
2	METODOLOGIA.....	18
3	CRISE ECONÔMICA E SUICÍDIO.....	21
4	AS CRISES NO BRASIL	46
4.1	As Informações no Brasil.....	46
4.2	História da Estatística sobre Suicídios no Brasil.....	49
4.4	Crise Econômica e Suicídio no Brasil.....	52
5	CONCLUSÕES.....	73
6	REFERÊNCIAS.....	80
	ANEXO A - Tabela de regressão para todos os estados brasileiros	84
	ANEXO B - Testes de qualidade do ajuste dos modelos de regressão	85
	ANEXO C - Percentual de suicídio por UF's de 1996 a 2009	94

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo testar a hipótese de que as crises econômicas têm impacto sobre as taxas de suicídio no Brasil, como recorte temporal selecionamos o período entre 1990 e 2009. Os dados para a pesquisa foram retirados do Instituto de Pesquisas Econômicas (IPEA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e o Sistema de Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS). Pesquisas que associem crise econômica ao suicídio no país são quase inexistentes. Entretanto, análises epidemiológicas sobre suicídio não são raras, tampouco recentes.

Inicialmente apresentaremos os caminhos metodológicos da investigação proposta, antecedida de breve discussão teórica clássica. Faremos breve análise da crise econômica em alguns países, principalmente naqueles mais atingidos nos últimos anos em termos nas mudanças nas taxas de suicídio. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam o suicídio em décimo lugar dentre as causas de morte no mundo. Ele também representa 1,8% dos gastos mundiais em saúde, o que é um grande prejuízo para os sistemas de saúde, e um total de 780 mil suicídios por ano no mundo.

A importância das políticas públicas pode ser expressa pelas medidas que influenciaram positivamente ou negativamente a população nas diversas esferas do bem estar social. No Brasil, como veremos, temos como exemplo os impactos gerados na gestão do ex-presidente Fernando Collor de Melo, com o confisco das poupanças seguido de forte recessão. A hipótese é que crises econômicas, ou seja, mudanças negativas repentinas, perdas abruptas, aumentam o risco de suicídio.

Após análise bibliográfica, serão feitos testes com estatísticas simples e alguns modelos de regressão para o país, onde a variável dependente é “taxa de suicídio por 100 mil habitantes”, para ambos os sexos; e as explicativas, variáveis macroeconômicas que estejam associadas aos determinantes de uma crise econômica. Por fim, quando possível, comparar-se-á o Brasil com alguns países. Nossas unidades de análise são: Brasil; Regiões e Unidades da Federação.

O suicídio persiste como um tabu em nossa sociedade, mesmo no meio acadêmico. Devemos buscar o esclarecimento em meio a este silêncio, medo e vergonha que permeiam o tema, que lançam as vítimas ocultas, ou seja, sobreviventes, parentes e

amigos íntimos, em uma jornada devastadora. E, por fim, pensar políticas de auxílio. Negar o tema da morte é negar a natureza humana.

1 BREVE DISCUSSÃO DA LITERATURA CLÁSSICA

A palavra suicídio é derivada do latim: *sui* (si) e *caedes* (matança), na sua passagem para o português manteve o significado de *morte voluntária*, mas teve incorporado ao significado o sentido de crime contra si mesmo. Apesar desta dissertação não pretender se aprofundar na discussão filosófica, seria pertinente introduzir o argumento de Albert Camus em *O Mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo*, quando classifica este fenômeno como de maior importância entre todos os temas a serem estudados. Lógica que denota o quanto este fato é importante por se tratar simplesmente de uma coisa que permeia a mente de muitos que se suicidam: se vale a pena viver ou não. “Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio”. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois” (Camus, 1980:11).

Emile Durkheim, em seu clássico *Le Suicide*, conclui que o ato de matar a si próprio é um fenômeno social, contestando a teoria da hereditariedade, popular na época. Seu estudo permitiu que o suicídio fosse considerado uma patologia *social*. Considerava que era um ato social, na medida em que o homem vive em sociedade e está atravessado por tudo aquilo que ela produz. Para Durkheim, as manifestações individuais tem como base o social, o que caracteriza toda sua veia teórica dentro da fundação de uma sociologia estruturalista.

Embora O Suicídio tenha se consagrado, ao longo das décadas, como um estudo clássico sobre o tema, Durkheim não foi um autor pioneiro no assunto. 66 anos antes, em 1833, André-Michel Guerry et al. o abordaram no *Essai sur la statistique morale de la France* - um trabalho fundador da ciência moderna. Guerry (1833) reuniu dados sobre crimes, suicídios, educação e outras "estatísticas morais". Usou tabelas e mapas para analisar uma variedade de questões sociais, talvez tenha sido o primeiro estudo abrangente relativo ao tema. Pode ser considerado o livro que lançou a ciência empírica social moderna.

Segundo Friendly (2008: p.1) Guerry usou dados de um grande número de registros pertencentes a vários departamentos da França de 1820 a 1830, envolvendo tanto aspectos multivariados como geográficos. Além do interesse histórico, esses dados oferecem a oportunidade de esclarecer como os métodos modernos estatísticos podem lançar luz sobre as questões levantadas. Para além da simples descrição, Guerry classificou crimes de envenenamento, homicídio e incêndio de acordo com o motivo aparente indicado nos registros do tribunal. Estes estudos que visavam buscar as causas dos crimes deram grande contribuição para as pesquisas de suicídio.

O que seria bom de se saber é a frequência e importância de cada um desses casos relativo a todos os outros. Além disso, seria necessário determinar se sua influência . . . varia por idade, sexo, educação, riqueza e posição social (FRIENDLY, 2008: p. 6).

Segundo Friendly (2008: p. 6), Guerry realizou talvez a primeira análise de conteúdo nas ciências sociais classificando as notas de suicídio em Paris de acordo com os motivos ou sentimentos expressos para tirar a vida de alguém. Esta abordagem para o estudo do suicídio mais tarde seria adotada por Durkheim (1897), com pouco crédito para Guerry.

Pouco tempo depois de Guerry, em 1875 Enrico Morselli, publica estudos sobre suicídios que antecedem Durkheim em oito anos. Em suas pesquisas mapeia um quadro completo de suicídio nas prisões. Percebeu que existia maior taxa de suicídios nos presos do que na população em geral, e fez várias observações como, por exemplo: 1) sistemas que são baseados trabalho (assentamentos agrícolas criminal), há menos probabilidade de conduta suicida 2) prisões que utilizam o isolamento dos presos têm maiores taxas de suicídio e tentativa de suicídio 3) efeitos negativos do isolamento ocorrem mais nos primeiros meses 4) em todos os regimes, o maior número de suicídios ocorre em dois primeiros anos de estadia na prisão 5) a faixa etária em que o suicídio é mais frequente está entre 21 e 30 anos.

Mesmo com o pioneirismo de Guerry e Morselli, e as críticas dos epidemiologistas sobre o rigor das estatísticas apresentadas no século XIX, "*O Suicídio*" de Durkheim tem sido um livro de referência para a compreensão das relações entre ciências sociais e epidemiologia, sobretudo nas questões de método. Vale ressaltar que outro autor clássico da fundação das ciências sociais, Karl Marx, escreveu um ensaio sobre o suicídio em 1846. Sua obra indicava que um dos motivos para o suicídio

feminino era a forma de dominação e o autoritarismo masculino em uma sociedade patriarcal. Para Marx, o suicídio também era sintoma de uma doença, uma doença social, fruto da exploração de “classes”. A lógica que transforma os problemas sociais em doenças, deriva de um entendimento de mundo como um organismo vivo. Para Durkheim o mundo deve funcionar como um organismo biológico, quando algo está funcionando mal, entra em colapso.

Durkheim fundou uma lógica onde as estruturas sociais tinham privilégio sobre a autonomia do indivíduo como agente ativo, consciente de suas ações. Desta forma, sua análise teórica, apesar de considerada ultrapassada, possui categorias conceituais que se encaixam bem nas explicações atuais sobre o aumento repentino das taxas de suicídio.

Crises econômicas são problemas macrosociais que se transferem para a esfera microsociedade, o grau máximo de expressão desta crise externa que se expressa internamente no homem seria o suicídio. Dentro desta perspectiva podemos ter como referência teórica o chamado suicídio anômico, categoria definida por Durkheim. Este tipo de suicídio ocorre quando há o que o autor chama de anomia, estado tomado por uma desorganização repentina, caracterizado pela falta de metas e perda da identidade. Este problema é provocado por intensas transformações que ocorrem no mundo moderno. Este termo foi cunhado por Durkheim para explicar que quando se perde a harmonia social possibilita-se o surgimento de problemas. Neste estudo o suicídio anômico nos interessa por fazer parte deste tipo de evento que aparece como fruto de uma desarmonia social. O suicídio anômico se constrói como o Ego desgarrado do todo pela crise social.

Um suicídio pode ter origem em uma ou diversas motivações combinadas. Entre tais variáveis que aumentam o risco, vale enfatizar o sofrimento como um dos pontos de partida. A dor toma proporções tais, que somente quem a vivenciou é capaz de compreender sua plenitude. Desde então muitas tipologias de suicídio foram pensadas, oriundas de diversas áreas, como – psicologia, psiquiatria e sociologia. Por esta dissertação trabalhar os fatores sociais externos que afetam os homens, de forma mais geral, a ideia de suicídio anômico parece se enquadrar melhor na reflexão dos resultados obtidos.

2 METODOLOGIA

Serão construídas séries históricas de mortalidade por suicídio no Brasil a partir de dados do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), para o período 1990 a 2009, que estão categorizados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para análise no Brasil faremos modelos onde variáveis socioeconômicas e taxas de suicídio serão comparadas em momento de crise econômica. Os dados pertencentes às categorias econômicas foram retirados do Instituto de Pesquisas Econômicas (IPEA) para criação de um banco de dados agregando a taxa de suicídio por ano.

Os indicadores escolhidos possuem a intenção de captar características de crises econômicas que possam estar associadas ao suicídio no Brasil e em suas regiões. Além disso, não é possível haver problemas de dupla causalidade no estudo pelo motivo da variável dependente usada ser exógena ao modelo. Nesse sentido, procurou-se incluir informações para análise que estivessem disponíveis nos bancos de dados públicos e que fossem relacionadas aos argumentos teóricos que tentam explicar as taxas de suicídio do ponto de vista socioeconômico. A variável dependente nos estados e no país são as taxas de suicídio no período de 1990 a 2009. Calculadas sobre o número absoluto por 100 mil habitantes (taxa), assim como o suicídio masculino e feminino. Nossa unidade de análise será Brasil, Regiões e Estados. O problema de lidar com dados agregados por regiões e país são as unidades menores que perdemos na observação, já que a taxa releva a totalidade. Como todo estudo de agregados, é preciso atentar para a possibilidade de falácia ecológica, não sendo possível transpor para nível individual as associações observadas coletivamente, nem permitindo, tampouco, inferência causal.

Países pobres têm problemas com notificação de seus dados, podendo assim existir um viés de uma política pública insuficiente na coleta de informações, ou até omissões propositais típicas dos detalhes deste tipo de óbito. Vale ressaltar que seria de grande relevância fazermos os cálculos por idades, entretanto, por motivo de tempo, inicialmente esta dissertação tratará das análises por gênero.

Entre o conjunto de variáveis explicativas foram incluídos:

X 1 - Índice de Gini das unidades da federação, que mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita* (IPEA, 2009); O índice GINI é um coeficiente usado para medida de desigualdades sociais⁵. Caso tal índice aumente, isto pode apontar a existência de crise econômica e todos os reveses que influenciarão a saúde pública. Este é apenas um de vários indicadores que representam uma crise econômica que utilizaremos.

X 2 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por unidade da federação para os anos de 1990 a 2009, adaptado pelo IPEA (2009) a partir dos cálculos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida comparativa, usada para, como diz o nome, classificar os países num item acima da mera subdivisão por critérios econômicos. A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB *per capita* (como um indicador do padrão de vida) recolhidos em nível nacional. O índice foi criado em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

X 3 - Índice *per capita* do Produto Interno Bruto (PIB) por unidade da federação para os anos de 1990 a 2009, que representa a soma de todos os bens e serviços finais produzidos em determinada região. É um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia, e está disponível no IPEA (2009); Como o PIB é um dos seus componentes, precisamos ter atenção com a colineariedade, que será forte com o IDH (Human Development Report, 1990: 166). A performance econômica pode ser melhor mensurada pela inflação, pelo PIB e a taxa de desemprego.

⁵ Desenvolvido pelo estatístico italiano Corrado Gini, e publicada no documento "*Variabilità e mutabilità*" ("*Variabilidade e mutabilidade*" em italiano), em 1912. É comumente utilizada para calcular a desigualdade de distribuição de renda mas pode ser usada para qualquer distribuição.

X 4 – Taxa de Desemprego do total da população por unidade da federação para os anos de 1990 a 2009, também um forte indicador de crises econômicas, disponível no IPEA (2009); Desemprego implica redução do rendimento esperado do indivíduo. Um cenário de crise é acompanhado de menos oportunidades econômicas, o que aumenta a insegurança e estreita o horizonte de soluções possíveis. Além disso, aquele que sustenta a família se vê numa situação delicada, dada a pressão de assegurar as necessidades básicas e o bem estar de seus dependentes. O desemprego pode, assim, associar-se a fatores como ansiedade, episódios depressivos, e perda de autoconfiança. Todos esses fatores podem contribuir para a desagregação de famílias, e dos laços sociais, aumentando o isolamento e a chance de escapismos como o abuso de álcool ou uso de drogas. Todos esses fatores, combinados, sugerem o aumento da probabilidade de tentativas de suicídio.

X 5 – Inflação. Existem diferentes medidores de inflação no Brasil. Para este estudo, foi usado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). A estrutura do índice de preços era composta de 7 grupos: 1. Alimentação e bebidas; 2. Habitação; 3. Artigos de residência; 4. Vestuário; 5. Transportes e comunicação; 6. Saúde e cuidados pessoais; 7. Despesas pessoais. A partir de agosto de 1999, passou a ser composta de 9 grupos: 1. Alimentação e bebidas; 2. Habitação; 3. Artigos de residência; 4. Vestuário; 5. Transportes; 6. Saúde e cuidados pessoais; 7. Despesas pessoais; 8. Educação, leitura e papelaria; 9. Comunicação. Disponível no IPEA (2009) com fonte do IBGE. A inflação, definida basicamente como a queda do valor de mercado ou poder de compra do dinheiro. Porém, é popularmente usada para se referir ao aumento geral dos preços. Inflação zero ou negativa não é o que se deseja, pois pode estar denunciando a ocorrência de uma estagnação da economia, momento em que a renda e, conseqüentemente, a demanda, estão muito baixas, significando alto desemprego e crise. (Gordon, 2000: 166). A inflação elevada, contudo, é um bom mensurador de crise e também esta relacionada ao índice de desemprego.

3 CRISE ECONÔMICA E SUICÍDIO

O objetivo deste capítulo em particular, é, precisamente, discutir as consequências das crises econômicas na saúde mental, tomando como ponto de partida o aumento da ocorrência dos suicídios na Europa na crise do final da década de 2000. A hipótese é de que as mudanças negativas na economia geram impactos deletérios no comportamento⁶ individual. Estas transformações acarretam graves conflitos no sujeito, produzindo problemas de ordem psicossocial.

Uma crise econômica é uma mudança abrupta ou situação de escassez, caracterizada por diversos indicadores, como queda na taxa de crescimento econômico e aumento do desemprego. Pressupõe um período de redução do nível de produção ou estagnação do comércio e do consumo de produtos e serviços. A economia combina etapas de expansão com fases de contração. A crise pode ser generalizada, com queda de todos os índices, ou afetar em especial certos setores (crise da oferta ou da procura). Estas flutuações sucessivas são definidas como ciclo econômico. Estes princípios da oscilação permitem afirmar que toda descida culmina numa subida e vice-versa. Discorreremos o tema em alguns países, principalmente naqueles mais atingidos nos últimos anos da década de 2000 em termos de crise com mudanças nas taxas de suicídio.

Em 2012 foi publicado um estudo que visava avaliar os impactos dos fatores econômicos, em particular daqueles associados às crises – mudanças no bem-estar, benefícios de moradia e reduções nos gastos públicos, por exemplo –, sobre a saúde, *Assessing the Impact of the Economic Downturn on Health and Well-being* (Winters, 2012). Segundo o relatório, a economia do Reino Unido entrou oficialmente em recessão em junho de 2008, a princípio com um crescimento apenas limitado. Com a análise das recessões anteriores foi observado que há quatro diferenças principais entre tais eventos:

Uma rede de proteção diminuída para os desempregados. Apesar da economia agora estar oficialmente em recuperação, o efeito da recessão pode ser prolongado. De fato, a Grã-Bretanha pode encarar muitos mais anos de severa austeridade para equilibrar as finanças do país. Durante o ano fiscal de 2010-11, rendimentos, benefícios sociais e taxas de crédito, todos caíram em

⁶ Usamos o conceito de comportamento de John Watson (1914) que se compreende como algo objetivo, passível de observação. Comportamento se define como a reação que os indivíduos temem em interação com os outros e o ambiente.

termos reais. Estima-se que isso levou a uma queda de 3,5% nos rendimentos medianos dos domicílios, a maior queda num único ano desde 1981, retornando aos níveis de 2003-04. O declínio nos padrões de vida médios deve continuar por muitos anos à frente. O novo desemprego coexiste com significativo desocupação estrutural, na forma de ausência de longo prazo em função de doença e pensão por invalidez. A natureza do trabalho mudou dentro da Grã-Bretanha durante os últimos vinte anos. Um decréscimo no emprego industrial e um aumento no tamanho do setor de serviços, acompanhado por um acréscimo no trabalho por turnos e flexível, emprego precário com direitos trabalhistas limitados ou inexistentes. Isso carrega consigo um alto risco de desemprego, frequentemente sem redundâncias. Além do mais, uma existência cotidiana de trabalho temporário, mal pago e altamente estressante levará a pessoas despreparadas com resiliência mínima em face do adicional impacto negativo do desemprego sobre a saúde. (WINTERS, 2012: p. 3).

No que concerne ao nosso objeto de estudo, o relatório ressalta que “Tentativas de suicídio são até 25 vezes maiores para jovens desempregados do que para aqueles empregados”.⁷ As diferenças de gênero atingidas pelo desemprego e seus efeitos negativos estão diminuindo com a entrada exponencial das mulheres no mercado de trabalho. Por sua vez, as taxas de suicídio entre homens e mulheres estão se aproximando.

Segundo o mesmo estudo, existem dois principais fatores da recessão que causam impactos na saúde: estresse e “frustração-agressão”. Nas economias em declínio é maior a incidência de estresse no trabalho, medo de perder o emprego e dificuldades financeiras. O tão testado argumento frustração-agressão sugere que pode aumentar a percepção de perda injusta sobre as recompensas ganhas, aumentar os divórcios e a violência no local de trabalho, bem como o abuso de substâncias tóxicas, inclusive o álcool. O emprego pode também ter efeito inibidor sobre a violência e sobre os trabalhadores que temem a perda do emprego, pois aqueles que estão trabalhando irão evitar comportamentos que coloquem em riscos seus empregos, como beber e usar drogas.

Uma economia em declínio, não só reduz o dinheiro disponível para muitas famílias, mas também as obriga a investir tempo e esforço em gerir as sequelas do desemprego. Sem renda, e a procura de trabalho, o tempo que o indivíduo teria para cuidar da própria saúde é reduzido, como - se distrair, praticar esportes, entre outras atividades ligadas a uma rotina saudável.

⁷ WINTERS, Lyn. et al. Assessing the Impact of the Economic Downturn on Health and Wellbeing, 2012: p. 13

Como aponta Winters (2012:33), o mais forte efeito negativo de uma recessão é sobre a saúde mental. Há evidências consistentes de que a crise econômica pode aumentar o suicídio e abuso de álcool que são indicadores da deterioração da saúde psíquica. As taxas de suicídio, segundo o autor, mesmo na Inglaterra e País de Gales podem ser subestimadas, uma vez que desde 2001 vereditos narrativos estão cada vez mais sendo usados⁸.

Na Grécia, durante a presente crise econômica, o desemprego entre adultos cresceu de 6,6% em maio de 2008 para 16,6% em maio de 2011 (o desemprego entre jovens cresceu de 18,6% a 40,1%). Os suicídios cresceram em 17% de 2007 a 2009, e dados extraoficiais citados pelo parlamento mencionam um aumento de 25% comparado com 2009. O ministro da saúde relatou um aumento de 40% na primeira metade de 2011, comparada com o mesmo período de 2010. Um quarto dos atendidos na linha nacional de apoio contra o suicídio encaravam dificuldades financeiras, e relatos nos meios de comunicação indicam a incapacidade de pagar altos níveis de dívida pessoal seria um fator chave no aumento dos suicídios. Outros indicadores alarmantes incluem o aumento na violência e homicídio e as taxas de roubo, que quase dobraram entre 2007 e 2009. (WINTERS et al,2012 , p.42).

Os dois bilhetes que serão citados poderiam se chamar “Cartas de uma Crise”. No último dia 24 de maio deste ano de 2012, uma mãe, 90 anos, e seu filho, 60 anos, saltaram de mãos dadas do telhado do prédio em que moravam na capital de Atenas, pouco depois das 8 horas. Antonis Perris, músico desempregado, não previu a crise. E antes de morrer escreveu um bilhete descrevendo sua situação econômica e sofrimento em um blog.

Tenho cuidado da minha mãe de 90 anos de idade. Nos últimos 3-4 anos, ela desenvolveu a doença de Alzheimer; recentemente, também tem tido crises esquizofrênicas entre seus outros problemas de saúde graves, e as casas de internação não vão aceitá-la. O problema é que eu não tinha previsto a crise, então não tenho dinheiro suficiente na minha conta, e apesar de eu ter ativos imobiliários, que vendo de vez em quando, fiquei sem dinheiro e não podemos mais comer. Eu pego dinheiro emprestado de meu cartão de crédito com juros de 22%, embora os próprios bancos peguem emprestado com 1%. Tenho outras despesas correntes. Infelizmente, eu também desenvolvi sérios problemas de saúde nos últimos tempos. Não tenho solução diante de mim. Não consigo mais viver esse drama. Não há solução. Alguém tem uma solução? (STEVENS, 2012)⁹

Esse suicídio duplo, que não é muito recorrente, ocorreu dias antes da presidente do FMI desqualificar as críticas de que as pessoas estavam morrendo com as medidas

⁸ Interessante notar que os sub-relatos não estão apenas restritos aos países pobres ou em desenvolvimento, embora sejam de menor amplitude nos países onde existe uma cultura de responsabilidade na coleta de dados.

⁹ <http://www.wsws.org/articles/2012/may2012/gree-m29.shtml>

de austeridade na Europa, dizendo que era hora dos trabalhadores gregos pagarem¹⁰. Pouco antes, outro suicídio teve um ar de manifestação. No dia 4 de abril um farmacêutico de 77 anos atirou na própria cabeça na frente do Parlamento. Sua carta dizia:

O governo de ocupação de Tsolakoglou aniquilou literalmente os meus meios de subsistência, que consistiam numa aposentadoria digna para a qual contribuí durante 35 anos (sem qualquer ajuda do Estado). Como a minha idade já não me permite uma ação individual mais radical (ainda que não exclua que se um grego tivesse empunhado uma Kalachnikov eu teria sido o segundo), eu não encontro outra solução que não seja uma morte digna, porque me recuso a procurar alimentos no lixo. Espero que um dia os jovens sem futuro empunharão as armas e enforcarão os traidores, como fizeram os italianos em 1944 com Mussolini, na Praça Loreto de Milão. (SOUZA, 2012).¹¹

Participantes transformaram seu funeral em manifestação política, com faixas contendo a frase de George Orwell: “O mais importante não é manter-se vivo, mas manter-se humano”. Na manhã seguinte houve protestos por quase todo o centro de Atenas. Um agente da polícia foi descoberto à paisana, manifestantes o perseguiram, tiraram seu uniforme e o penduraram em uma árvore, perto do local do suicídio.¹² Estes são apenas dois exemplos divulgados pela mídia internacional, que servem como quadro demonstrativo da situação.

Segundo Leon e Walt (2001, p.109), existe um grande número de evidências persuasivas da importância de influências socioeconômicas sobre o risco da vida do indivíduo. Eles citam adversidades na infância, “inclusive dificuldades econômicas”, mas também fatores como subnutrição e complicações de parto, “ambos os quais obedecem a padrões sociais” (Idem:109-110), que por sua vez conduzem à esquizofrenia, que responde por 10% do total de suicídios. Segundo os autores, nos Estados Unidos, “indivíduos desempregados têm o dobro de risco de suicídio”, e outras “análises de dados de mortalidade nacional mostram curvas de aumento do risco de suicídio em relação à posição socioeconômica inferior” (Idem, 110). O que nos permite interpretar que a crise financeira pode ser fatal quando se perde recursos dentro das dinâmicas familiares. Um exemplo importante que Leon aponta é que nos EUA há risco maior entre os filhos de pais com formação superior (*college education*). Talvez o risco seja maior nas classes médias, já que estas tem mais a perder do que os mais pobres e os mais ricos. É possível que haja uma instabilidade maior no meio da hierarquia social.

¹⁰ Idem.

¹¹ <http://www.anovademocracia.com.br/no-89/3967?task=view>

¹² <http://revolta1000.blogspot.com.br/2012/04/grecia-manifestacao-apos-o-suicidio.html>

A reportagem do *The New York Times* (2011), intitulada: *On the Golden Gate Bridge, a Year of Rising Suicides*¹³, chama atenção para a crise econômica como um fator “suicidógeno”, mostrando o aumento do número de suicídios na famosa ponte *Golden Gate*, que já foi cenário de um documentário sobre o assunto. Pelo menos 24 suicídios ocorreram desde janeiro de 2012, em comparação a um total de 25 em todo o ano de 2010; os números recentes tinha como em média um total de 27 óbitos. Alguns especialistas assinalam para o desespero econômico,

Nós reparamos em muito mais pessoas mencionando a economia, disse Eve Meyer, diretora executiva da Prevenção ao Suicídio de San Francisco, uma entidade sem fins lucrativos que opera a linha de atendimento aos suicidas.

Nós ouvimos constantemente, ‘Eu vou ficar sem teto; eu prefiro morrer a ficar sem teto,’ disse Meyer.

Estudos mostraram que as taxas de suicídio tendem a aumentar cerca de 18 meses depois de um declínio da economia. “Os benefícios se esgotam e as crises começam a se multiplicar,” disse ela.¹⁴

Quando se fala de crise econômica no Brasil (Baptista,2004), costuma-se utilizar a seguinte definição: a recessão se caracteriza quando a queda dos indicadores se estende por um trimestre, e depressão, quando a recessão se estende por mais de dois trimestres consecutivos. Pesquisas que associem este fenômeno ao suicídio, no nosso país, são quase inexistentes, entretanto análises epidemiológicas sobre suicídio não são raras, tampouco recentes. Principalmente no que diz respeito à distribuição da ocorrência segundo características sociais dos indivíduos, assim como distribuição espacial e análises longitudinais.

Nos estudos Napoleão Teixeira, psiquiatra brasileiro, foram observados padrões, e uma certa estabilidade nestes. Por exemplo, o risco de morte de suicídio em contextos de crise econômica. “Grandes crises econômicas – que, repentinamente, arruinam inúmeras pessoas, levando-as a mudança no seu padrão de vida – acarretam incremento de autoquíria”, escreve Teixeira (1945, p.158). Apesar desta afirmação, o autor faz uso de estatísticas básicas, onde a categoria que ele chamou de “desgostos familiares” está em primeiro lugar (30,8%), seguido de uma baixa taxa associada a miséria (1,2 %). Dificilmente a pessoa se torna um miserável, em geral já se encontra nesta situação precária desde o nascimento, o que corrobora para nossa ideia de que o suicídio assola

¹³ New York Times, *On the Golden Gate Bridge, a Year of Rising Suicides*, 2011. Link: <http://www.nytimes.com/2011/08/26/us/26bcjames.html>

¹⁴ Idem.

mais aqueles que tem a possibilidade de cair dentro da escala sócio econômica. Sobre os desgostos familiares descritos pelo autor, estes podem ser causados por diversos elementos, inclusive os relacionados ao desemprego e a recessão. De qualquer forma, estas duas circunstâncias estariam relacionadas a mudanças negativas no padrão de vida do indivíduo (Teixeira, 1945, p. 164). Apesar de como psiquiatra, suas afirmações estarem mais baseadas em observações clínicas do que em estudos rigorosos, a classe “desgostos familiares” e os elementos envolvidos devem receber nossa atenção.

Na publicação – *Halbwachs and Durkheim*, Travis (1990) ressalta a importância da variável divórcio, considerado um dos elementos de risco para suicídio, e que pode estar associado com crise econômica e desemprego, mais à frente discutiremos esta questão. Outro fator elencado pelo autor é a baixa integração social, já que o isolamento pode levar o indivíduo à depressão. Segundo a OMS (1996), o isolamento é um dos principais fatores relacionados a problemas de saúde mental. Por este motivo o apoio social, e não somente a presença da família, é importante para manter a integridade do indivíduo.

As redes familiares são fundamentais para o fortalecimento dos vínculos e a família seria um forte modelo influenciador das relações, principalmente entre os jovens, também um preditor dos tipos de afinidades que irão estabelecer no futuro (González-Forteza et. al, 1997). Algumas situações familiares estiveram diretamente associadas ao risco de suicídio, como: punições severas; baixa educação materna; baixas aspirações da mãe em relação ao filho; possessividade da mãe; abuso verbal por parte da mãe; abuso físico e sexual; brigas entre familiares (Baptista, 2010, p.12). Importante observar como as variáveis ligadas a mãe em inúmeros estudos sociológicos, tem maior impacto na visão de mundo dos homens, assim como em suas perspectivas no futuro. Em outro trabalho, o baixo monitoramento dos pais em relação aos filhos foi encontrado por King et al. (2001, p.21). A falta de atenção dos pais pode estar ligada à falta de tempo, falta de interesse pelas atividades dos filhos, indiferença afetiva, contribuindo assim para a fragmentação dos laços familiares.

Meneese e Yutzenka (1990) argumentam que o clima familiar está fortemente ligado à ideação suicida, principalmente entre jovens que não estão inseridos nas atividades da família. Também apontam que famílias com jovens que possuem tal inclinação possuem características em comum, como maior expressão de raiva, violência e conflito entre membros. Friedman et al. (1984) fizeram um teste onde encontraram maior número de pais de adolescentes depressivos que tentaram suicídio

com transtornos afetivos do que pais de adolescentes depressivos que nunca tentaram. No entanto, o tamanho da amostra foi pequeno, de modo que, este resultado pode indicar possíveis influências que vão desde a genética ao próprio ambiente em que o indivíduo está inserido, e constituem um campo fecundo para pesquisas futuras.

Como foi dito, o isolamento social é um dos principais fatores de peso nos transtornos mentais. Conflitos com a família e amigos podem influenciar em tal afastamento, que aumenta as chances de um incidente grave. Em contrapartida, Roehner (2007) afirma que os laços familiares não são os únicos, já que ao longo da vida outras formas de sociabilidade surgirão.

É claro, a unidade familiar é apenas uma das entidades à qual um indivíduo pertence. Na linguagem das interações físicas, uniões familiares são laços de curto alcance, ao passo que os elos com a sociedade de modo mais amplo podem ser vistos como laços de longo alcance. No meio do caminho entre os curtos e longos estão os laços de médio alcance com parentes, amigos, vizinhos, colegas, etc. Tipicamente, esses elos têm uma duração de vários anos, ao passo que os laços familiares têm uma duração de várias décadas [...]. Em todos os casos, os excedentes de suicídio em relação à população geral pode ser tomado como *proxy* dos laços sociais que estão ausentes ou danificados. (ROEHNER, 2007, p. 1).

O rompimento de vários tipos de laços pode ser um fator de risco. Segundo Roehner, uma pesquisa feita nos EUA em 1986 constatou que nas primeiras horas de encarceramento a taxa de suicídio atinge números muito elevados – 51% dos suicídios ocorrem nas primeiras 24 horas de prisão. O motivo que justifica a manutenção da saúde mental daqueles que estão privados de liberdade seria a capacidade de criar novas relações dentro do encarceramento. O suicídio de imigrantes nos EUA também é citado pelo mesmo autor. Tanto o isolamento devido à prisão quanto a imigração podem estar diretamente relacionadas a crises econômicas, já que muitas vezes a violência está associada a problemas socioeconômicos, assim como aqueles que imigram, só o fazem porque o local onde estavam não oferece oportunidades e recursos para a sobrevivência (Roehner, 2007, p. 9).

Segundo a OMS, o suicídio é muitas vezes a causa mais comum de morte em estabelecimentos correccionais. Cadeias, presídios e penitenciárias são responsáveis por proteger a saúde e a segurança de suas populações de presos, e a incapacidade de fazê-lo, pode ser passível de contestação jurídica (OMS, 2007, p.1). Foi criado um comitê estadunidense para pensar a prevenção destas fatalidades na prisão, e observou-se que o suicídio era um problema particular entre jovens prisioneiros, entre os criminosos

condenados por crimes passionais, e, ocorre especialmente no início do período de prisão, ou seja, nas primeiras semanas. Eles fizeram uma nota especial da estreita ligação entre o isolamento e comportamento suicida. Observaram também os bons efeitos do trabalho associado na mitigação dos efeitos negativos de confinamento (Carnwath et al, 2005, p. 18). Comentam,

Em geral, o isolamento necessariamente promove a tendência suicida, privando o prisioneiro das salvaguardas óbvias inerentes às atividades úteis e mais particularmente ao convívio social saudável. Uma palavra de incentivo ou um sinal de simpatia tenha bom resultado, se ele atingiu o prisioneiro quando ele estava pensando em projetos de autodestruição, pode restaurar o mínimo de esperança, sem a qual o desejo de vida não pode continuar. (CARNWATH e. al., 2005 p. 18)¹⁵

Uma extensão desta noção de autoajuda tem sido relatado nos EUA com bons resultados. Neste novo esquema em Nova York, os presos são selecionados e pagos pelo Conselho de Correções para monitorar outros prisioneiros para possíveis intenções suicidas. Os assessores são necessários para patrulhar a área de habitação e relatar o comportamento incomum e depressão do outro preso para agentes penitenciários. Eles são, portanto, treinados para identificar comportamentos “suspeitos” e como falar com os prisioneiros que estão deprimidos. A vantagem desse sistema é que ele é relativamente barato e os apenados podem se sentir mais capazes de confiar em outros prisioneiros. Mais que isso, o efeito de ajudar outros internos podem ser benéfico para os presos auxiliares. No entanto, o problema com esses sistemas é o seu potencial para ameaçar as relações de poder existentes entre funcionários e detentos. O monitoramento eletrônico também foi introduzido nos EUA, mas alguns pesquisadores acreditam que isso pode resultar na diminuição do contato entre funcionários e apenados, assim, gerando uma desumanização no ambiente (Carnwath et al., 2005, p. 18).

Ainda de acordo com a OMS (1996), estima-se que mais de meio milhão de americanos tenham tentado suicídio no último ano, com consequências graves, e, um milhão por ano em todo o mundo. Este aumento se localiza principalmente entre os jovens entre 24 e 34 anos. Maris (2002) relata algumas estatísticas baseadas no *National Academy of Sciences* (EUA), nas quais 1,2% das mortes ocorridas em 1999 foram por suicídio, sendo a incidência quatro vezes mais alta entre divorciados. Sobre família e desemprego;

¹⁵ Tradução própria

As pessoas com sérios problemas sociais veem no suicídio uma forma de não lesar mais a família, que geralmente já vive próxima à miséria, além do que há pouco suporte social na zona rural, maior acesso a pesticidas, dentre outros fatores de risco. (BAPTISTA, 2004, p.6).

Elementos sociais, como a família, a escola, grupos sociais, religião, amigos e trabalho, influenciam na possível existência de um episódio suicida, tanto para que ocorra quanto para evitá-lo. Entretanto, divórcio e consumo de álcool representam fatores que diminuem a integração social. Para o divórcio, Rodríguez (2006), fez um estudo em 40 países de 1947 a 2001, encontrou sinal significativo para ambos os sexos. Chen et al. (2007) em 27 países da OCDE de 1980 a 2003 confirmaram essa hipótese apenas para o sexo masculino. Para Gunnell et al. (1999), Chuang e Huang (1996) e Minoiu e Andrés (2006), o divórcio aumenta o risco de suicídio para os estados americanos de 1982 1997.

Em oposição de outros estudos, o divórcio é uma variável significativa que explica apenas 10% do modelo de regressão para taxas masculinas. No entanto, pode haver outros fatores não medidos relacionados as taxas de suicídio. Por exemplo, a depressão pode determinar tanto o suicídio, como o divórcio. (ANDRÉS, 2005, p. 446).

Para Koo e Cox (2006) e Andrés (2005), essa relação positiva apenas se confirma para o sexo masculino. O que pode fazer sentido, se pensarmos num contexto de crise econômica, dado que o homem é, em geral, o responsável por manter o sustento da família, e a entrada exponencial das mulheres no mercado de trabalho, tem acirrado a disputa por espaços. Esta independência progressiva da mulher, por sua vez, pode também influenciar na taxa de divórcio. Inseridos numa cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e, por isso, mais propensos ao suicídio (Meneghel et al., 2004). Sobre o uso do álcool, temos:

A gravidade da depressão – em especial quando combinada com agitação física, álcool, e crises emocionais profundas, perdas ou decepções na vida – é muito mais um previsor do suicídio do que um único diagnóstico de depressão. (JAMISON, 2010, p. 102).

A relação entre o consumo de álcool e suicídio na pesquisa de Andrés (2005) tem significância para o homem, enquanto para mulher parece não ser representativo. O coeficiente de consumo de álcool é pequeno, insignificante e mesmo negativo para mulheres. Este coeficiente negativo pode ser resultado do efeito de outros fatores não

observados e correlacionados com os índices de suicídio para mulheres (Andrés, 2005, p. 445).

Os países europeus onde mais cresce a taxa de suicídio são aqueles em que a recessão e a pobreza estão se expandindo, assim como nos países mais pobres do Leste Europeu, onde as taxas sempre foram mais altas. Em relação à classe social no Brasil, Dutra (2002) publicou uma pesquisa em que as taxas foram de (62,5%) para classe baixa, (31,3%) eram de classe média e (6,3%) eram de classe alta. Vale ressaltar que esta divisão de classes em três esferas é deficiente para explicar grupos mais específicos, principalmente dentro do que considera-se como classe média. Estudos em vários países definem que os tentadores de suicídio são, em sua maioria, mulheres jovens, com idade inferior a 30 anos, de classe social baixa e utilizando como principal método a overdose de medicamentos ou o veneno (Dutra, 2002 et al., 2003; Botega et al., 2004).

Apesar dos resultados divergentes para o nível de renda, a maioria dos estudos concorda com a hipótese de que desigualdade de renda eleva a taxa de suicídio. Chen et al. (2007) apresentam um modelo de dados em painel para justificar a relação causal entre desigualdade de renda e suicídio para ambos os sexos. Andrés (2005) só confirma essa relação para suicidas do sexo masculino. (RIBEIRO, 2011, p.292).

A renda *per capita* (ou PIB *per capita*) foi o primeiro indicador utilizado para analisar a qualidade de vida em um país, seguindo a ideia de que os cidadãos se beneficiariam de um aumento na produção agregada do seu país. Ela é, porém, uma simples divisão do PIB pelo número total de habitantes. A crítica ao uso que se faz deste indicador está baseada na sua característica de não ser uma medida de renda pessoal. Por este motivo, o PIB pode aumentar enquanto a maioria dos cidadãos de um país fica mais pobre, pois o PIB não considera o nível de desigualdade de renda de uma sociedade (Gordon, 2000 , p. 6).

Isso é nítido quando se observa a renda *per capita* de países grandes produtores de petróleo que, não obstante, têm um largo contingente de pessoas em condição de pobreza. Por este motivo, atualmente, usam-se outros índices, que revelam o perfil da distribuição de renda – como o coeficiente de Gini ou mesmo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – para se obter uma avaliação mais precisa do bem-estar econômico desfrutado por uma população.

A relação entre suicídio e crise econômica está em foco, já que as taxas aumentaram como efeito desta conjuntura. A partir de 2009, após anos de sucessivas quedas, as taxas de suicídio na Europa voltaram a elevar-se, e como antecedente configura-se em 2008 a crise econômica mais grave desde a década de 1930. A elevação foi maior precisamente nos países mais afetados - Grécia e Irlanda -, e a curva acentuou-se junto com a crise, em 2011. Os estudos sobre o fenômeno apontam que esta não é uma mera coincidência, mas um dos efeitos – em certa medida esperados – da crise social que segue às crises econômicas.

Em publicação da OMS, a saúde mental é descrita como parte indivisível da saúde pública, afetando significativamente países e seu capital humano, social e econômico. A saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais ou sintomas, mas também um recurso de apoio para o bem-estar e a produtividade humana. Partindo para o tema para saúde pública, verificamos o trecho abaixo:

Assim como indivíduos, sociedades podem ser mais ou menos resistentes a pressões como as das crises econômicas. Choques econômicos podem desestabilizar o orçamento dos serviços públicos e afetar sistemas de saúde e educação. Entretanto, dados disponíveis mostram que a legislação para proteção do bem estar social pode aumentar a resiliência das comunidades aos choques econômicos e mitigar os efeitos sobre a saúde mental do desemprego e das consequências relacionadas ao estresse das guinadas para baixo da economia. (OMS, 2011, p.1).

No mesmo relatório discute-se que, por outro lado, enquanto as crises econômicas podem ter efeitos sobre a saúde mental, problemas de saúde mental têm cada vez mais efeito significativo sobre os aspectos econômicos, como um ciclo onde se torna difícil deslindar os elementos que são causa e ao mesmo tempo efeito. As consequências econômicas sobre os problemas de saúde mental – principalmente sob a forma de perda de produtividade – contemplam uma média de gastos entre 3% a 4% do produto interno bruto na União Europeia. Os transtornos mentais graves muitas vezes começam na adolescência ou jovem idade adulta, e a perda de produtividade pode ser de longa duração (Idem).

A saúde mental da população contribui para a diminuição e crescimento econômico, assim como uma crise econômica pode aumentar os riscos de transtornos mentais, uma sociedade deprimida terá dificuldade em produzir. A questão é, podemos concluir que a saúde mental é importante para manter uma sociedade organizada e produtiva, mas como criar proteções em tempos de crise?

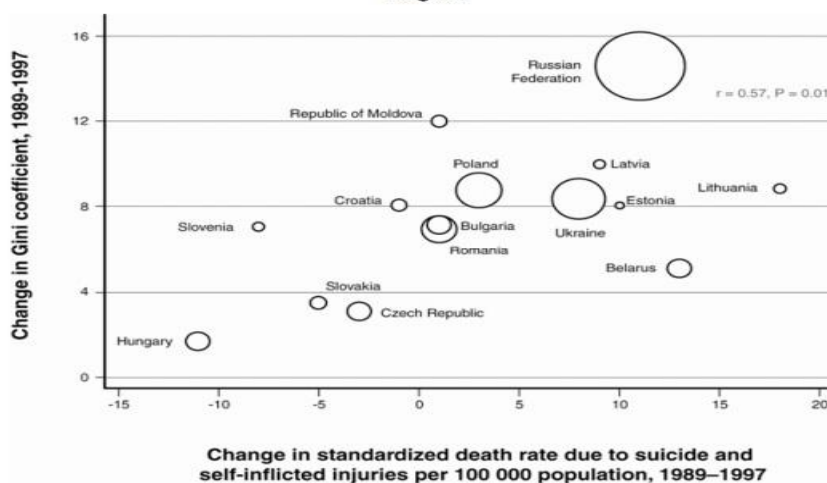
Para se pensar uma estratégia deve-se primeiro mapear os fatores de risco predominantes para que intervenções sejam planejadas. Levando em consideração a crise como ponto de partida ao suicídio, a Organização Mundial da Saúde aponta alguns indicadores associados;

Igualmente, pobreza, problemas financeiros e privação social são um grande fator de risco socioeconômico para transtornos e problemas de saúde mental. Na maior parte da região europeia, o consumo de álcool é negativamente associado à saúde mental da população. O consumo de álcool tem um papel considerável no aumento do suicídio, especialmente entre os homens (WHO, 2011).¹⁶

No relatório da OMS, o suicídio é mais comum em áreas de alta privação socioeconômica, onde há fragmentação social e desemprego. Existem muitos fatores resultantes das crises econômicas que porventura podem culminar no suicídio, como: desemprego, desagregação da família e isolamento, gatilhos para problemas de saúde mental, alcoolismo e uso de drogas. Existem também vários indicadores que revelam a crise econômica – variação do Produto Interno Bruto (PIB); aumentos no desemprego e subemprego; pessoas vivendo de seguro desemprego; cortes salariais; cortes em políticas de bem estar social, etc. Sobre a desigualdade, também podemos usar o Gini como indicador da crise.

Gráfico 1 - O aumento da desigualdade de renda tem sido relacionado a taxas de aumento do suicídio

Fig. 1 . Association between change in suicide rates and income inequality (Gini coefficient) in selected countries in the WHO European Region



¹⁶ World Health Organization. Regional Office for Europe: Impact of economic crises on mental health, 2011. p. 3

O gráfico mostra a correlação entre desigualdade, representado pelo coeficiente de Gini, e as taxas de morte por suicídio por 100.000 habitantes no período de 1989 e 1997 para os países do Leste Europeu, com um intervalo de confiança 99% e 57% do modelo explicado pelo teste. Estes dados sobre as taxas de mortalidade por suicídio e lesões auto-infligidas por 100 mil habitantes procedem da OMS para todo banco de dados. As informações sobre os coeficientes de Gini são de 1989-1996 para a Bulgária, 1989-1998 para a Croácia e de 1988 a 1994 para a República da Moldávia. A correlação apresentada na figura é ponderada pelo tamanho da população e ajustada para alterações no Produto Interno Bruto *per capita* (paridade de poder aquisitivo em dólares americanos). A correlação é positiva, se o Gini é baixo a taxa de suicídio é baixa como, por exemplo, a Hungria que possui menor Gini e menor taxa de suicídio.¹⁷ Em contraste, a Federação Russa e Lituânia chamam atenção em termos de alta taxa de suicídio. A Lituânia detém, ainda hoje, a mais alta taxa de suicídio da Europa. Assim como outros países da União Europeia gravemente afetados pela crise econômica atual, o país sofreu cortes severos nos gastos públicos. País com um Gini moderado, esta nação do Báltico sofre com déficits crescentes. O desemprego alcançou 15%.

Tal como a Letónia e a Estónia, a Lituânia conheceu, no início do século, um enorme crescimento económico, centrado nos sectores da banca e do imobiliário. A construção civil acabou por dominar a economia e as baixas taxas de juro levaram a um crescimento espetacular da aquisição de habitações. Muitos lituanos contraíram hipotecas a juros baixos em divisas estrangeiras. Com o início da crise, os preços das casas desceram a pique, a construção civil parou e, de repente, milhares de pessoas perderam os empregos e começaram a falhar nos pagamentos das dívidas. Monika Midveryte, estudante universitária, e a sua mãe sustentam a família depois de o pai ter perdido o trabalho na construção civil. Segundo ela, ele passa os dias sentado diante da televisão, a beber para esquecer os problemas: “*Perdeu completamente a esperança*”(THOMAS, 2010).¹⁸

O artigo intitulado *How Does Income Affect Suicide Rates? – Regional evidence from Russia*, discute o papel que a renda desempenha na decisão de cometer o suicídio, já que, segundo o autor, as questões econômicas afetam a vida (Fitzpatrick, 2012, p.1).

¹⁷ Deve-se destacar, entretanto, que os dados mais recentes põem a Hungria com uma das maiores taxas de suicídio do mundo, em terceiro lugar na Europa, depois de Lituânia e Bielorrússia. (Death Due To Suicide. *Eurostat*. European Commission. Fonte: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tps00122&language=en>. Consultado em 17 de outubro de 2012.

¹⁸ Article - From Lithuania, a View of Austerity's Costs - on April 2, 2010, on page B1 of the New York edition.

Este artigo analisa a relação entre renda e taxas de suicídio, usando dados de nível regional da Rússia para os anos 1997-2009. A evidência apresentada indica que há uma relação significativa, inversa, entre o nível de rendimento e taxa de suicídio. Estes resultados se aplicam a ambos os sexos e são robustos através de várias técnicas de estimação diferentes. Infelizmente, devido ao viés causado por variáveis omitidas, nenhuma conclusão definitiva pode ser elaborada a partir desta evidência. Não obstante a estas limitações, este trabalho contribui para o crescente consenso de que há um componente econômico influenciador nas decisões sobre a própria vida.

Mais importante, os resultados indicam que, consistente com a teoria e descobertas de Chuanc e Huang (1997) e Chen et al. (2008), acréscimos no produto regional bruto *per capita* correspondem a taxas mais baixas de suicídio tanto para homens quanto para mulheres. De fato, contrário às descobertas de toda a literatura anterior, as taxas de suicídio feminina parecem ligeiramente mais responsivas às mudanças no PRB, caindo 1,69% para cada 10% de aumento no PRB, comparado com uma queda de 1,14% entre os homens (FITZPATRICK, 2012 : p.1).

A pesquisa *Suicide Rates in Russian on the increase (178:2003)*¹⁹, fornece dados que confirmam os níveis de suicídio entre os russos como um dos mais altos do mundo, desde o colapso da União Soviética, em 1990, que gerou um declínio econômico da Rússia. A Rússia registrou 39,7 suicídios por 100 mil habitantes em 2001, clamando um número absoluto de 57.000 vidas, segundo o relatório divulgado em colaboração com a OMS pelo Ministério russo de Pesquisa em Saúde do Instituto de Psiquiatria. A Federação Russa teve 3ª maior taxa de suicídio mundial, os ajustes à economia de mercado, posteriores ao fim da União Soviética, com a retirada de direitos sociais e cortes nos gastos com bem estar, tiveram forte impacto negativo sobre sua população.

Os dados de 2001 representam um ligeiro declínio em relação ao pico, em 1994, de 42,1 suicídios por 100 mil, quando a economia russa encolhia rapidamente, e um ligeiro aumento referente à taxa de 35,4 de 1998, quando a economia crescia rapidamente. Os homens russos têm agora seis vezes mais chance de cometer suicídio do que as mulheres, e o grupo de maior risco entre os homens está na faixa de 45-54 anos, com 106,7 suicídios por 100 mil, de acordo com o estudo de Dmitry Veltishev. As mulheres russas têm maior chance de se matarem após 75 anos de idade, com 27,4 casos relatados por 100 mil. (WEBSTER, 2003).

Mikhail Gorbachev tentou diminuir o abuso de álcool e cigarros no final dos anos 80. Cortou a produção de vodka e outras bebidas alcoólicas em 40% no período de

¹⁹ WEBSTER, Paul. Suicide Rates in Russian on the increase. In: Johnsons Russia List, no.7257, July 20, 2003.

um ano, e, aumentou preços e restringiu vendas. Se por um lado parte da população produziu álcool em casa – assim como ocorria no período da Lei Seca dos EUA na década de 1920 – por outro um estudo da Universidade de Oxford indicou que neste momento os índices de mortes relacionadas à bebida caíram 25%. Um resultado que evaporou conforme a União Soviética entrou em colapso.

Pesquisando as conexões entre consumo de bebidas alcoólicas e as taxas de suicídio, as antigas repúblicas da União Soviética, servem como laboratórios devidos a política de redução do consumo de álcool implementada por Gorbachev. Na Látvia é um exemplo claro, um excelente estudo de E. Rancans, E. Salander Rendeberg e L. Jacobsson que analisou as taxas de suicídio entre 1980 e 1998, demonstrou o “efeito Gorbachev” (a baixa no consumo do álcool e a taxa de suicídio) e do seu abandono (alta nas duas taxas) (RANCANS, E. et al. 2003).²⁰

Entre algumas ex-repúblicas soviéticas, os números refletem uma realidade ainda pior: em 2010, a taxa de mortalidade por suicídio no Cazaquistão foi de 27,6 por 100 mil habitantes, na Bielorrússia de 36,8 por 100 mil habitantes (OMS, 2011). Estas estatísticas são naturalmente preocupantes, pois servem como indicador da prevalência de um problema. Muitas dessas mortes, possivelmente, ocorreram em função de depressão não tratada e outros transtornos psiquiátricos. Mas é razoável supor que estas análises também devem levar em conta fatores econômicos, como o desemprego, a renda ou a inflação. Já que estes elementos estão envolvidos nas fragilidades que ocuparam espaço nos problemas econômicos pós dissolução da União Soviética.

Vejamos, então, como os dados se configuram na União Europeia (UE), que agrupa 27 países do continente europeu. Embora possua, nominalmente, um PIB superior ao dos Estados Unidos, a UE é uma confederação de Estados soberanos muito díspares, não só no sentido cultural, mas também da estrutura social. Particularmente os países do Sul – Portugal, Espanha, Itália e Grécia – combinam grandes distinções sociais internas, maior concentração de renda e um *Welfare State* menos desenvolvido, mesmo que, nos últimos anos, os estudos do PNUD (2010) apontem um aumento expressivo do IDH nestes países.

Segundo a OMS, a atual crise econômica está aumentando a pobreza na União Europeia. A desorganização econômica vai atingir as pessoas de baixa renda – e aqueles mais pobres ficarão mais vulneráveis através da perda de recursos financeiros ou moradia. A crise aumentou o número de famílias em alta reintegração de posse da dívida, de casas e despejos. A atual crise econômica aumentou os grupos vulneráveis,

²⁰ <http://suicidiopesquisaeprevencao.blogspot.com.br/2006/10/psicose-de-origem-alcolica-e-suicidio.html>

peças de baixa renda e que vivem perto da linha de pobreza na Região Europeia. Tais grupos incluem crianças, jovens, pessoas que moram sozinhas e desempregados, minorias étnicas, migrantes e idosos. A austeridade, por meio de sua influência sobre a saúde mental dos pais, afeta a saúde mental das crianças e adolescentes. Os efeitos da pobreza extrema em crianças incluem alterações no desenvolvimento cognitivo, emocional e físico, e as consequências sobre a saúde e o bem-estar ao longo da vida. Duzentos milhões de crianças menores de 5 anos não estão realizando o seu potencial de desenvolvimento. A maioria destas vive no Sul da Ásia e África Subsaariana. Estas crianças desfavorecidas são suscetíveis a déficits educacionais tendo, posteriormente, baixos rendimentos, alta fertilidade, com poucas possibilidades de fornecer um atendimento adequado para seus filhos, contribuindo assim para a transmissão intergeracional da pobreza (Marmot, 2009, p. 338).

Estima-se que, nos países em desenvolvimento, 99 milhões de crianças em idade de educação primária não estão matriculadas na escola, e daquelas matriculadas, apenas 78% completam o ensino primário. A maioria das crianças que não concluem o ciclo são da África Subsaariana e Sul da Ásia. Somente cerca de metade das crianças matriculam-se no ensino secundário. Além disso, as crianças em alguns países em desenvolvimento tem níveis de aprendizado muito mais baixos que crianças em países desenvolvidos no mesmo ciclo. Em 12 países africanos, levantamentos com crianças da última série do ensino primário mostraram que em média 57% não alcançaram os níveis mínimos de compreensão de leitura (McGREGOR et al., 2007, p.67).

De modo não surpreendente, muitas pesquisas que estudam crise econômica,^{que} não poderiam deixar de fazer menção ao desemprego²¹, revelaram que pessoas que experimentam o desemprego, empobrecimento e rupturas familiares têm um risco significativamente aumentado de desenvolver problemas de saúde mental, em comparação com seus pares não afetados. Especialmente os homens têm um risco maior de problemas de saúde mental e morte devido ao suicídio ou abuso de álcool em tempos de adversidade econômica. O desemprego contribui para a depressão e suicídio, por este motivo, jovens desempregados têm um risco maior de ter problemas de saúde mental que jovens que permanecem empregados. As evidências indicam que dívidas, dificuldades financeiras e problemas de pagamento da moradia levam a problemas de distúrbios psíquicos.²²

²¹ COSTA, Lucia Cortes da et. Al., O Desemprego no Brasil na década de 1990, Revista Emancipação, UEPG, 2005; FITZPATRICK, Megan, How Does Income Affect Suicide Rates? Regional evidence from Russia

²² World Health Organization. Regional Office for Europe: Impact of economic crises on mental health, 2011.p. 7

Jenkins et al (2008) obteve os seguintes resultados em sua pesquisa: aqueles com baixa renda eram mais propensos a ter transtorno mental [odds ratio (OR) 2,09, intervalo de confiança de 95% (CI) 1,68-2,59], mas essa relação foi atenuada após ajustar a dívida (OR 1,58, 95% CI 1,25-1,97) e desapareceu quando outras variáveis sócio demográficas foram também controladas (OR 1,07, 95% CI 0,77-1,48). Das pessoas com transtorno mental, 23% estavam em dívida (em comparação com 8% das pessoas sem transtorno). Quanto mais endividadas as pessoas, mais provável ter algum tipo de transtorno mental, mesmo após reajustar a renda e outras variáveis sócio demográficas. Pessoas com seis ou mais dívidas isoladamente tiveram um aumento de seis vezes no transtorno mental, após o ajuste por renda (OR 6,0, 95% CI 3,5-10,3). A conclusão foi que renda baixa e dívidas estão associados a doenças mentais, mas o efeito da renda parece ser medido em grande parte por dívidas (Jenkins et al., 2008 , 1487).

O desemprego pode conferir vulnerabilidade, conforme já discutido, aumentando o impacto de eventos estressantes, que podem induzir ao suicídio, aumentando o risco de fatores que precipitam o mesmo (por exemplo, doença mental, dificuldades financeiras); ou pode ser uma associação não-causal por problemas na seleção de elementos que preveem tanto o desemprego quanto o risco de suicídio ao mesmo tempo. Bakely et al (2003) demonstram em sua pesquisa, *Desemprego e Suicídio*, que a razão de chance ajustada à idade de morte por suicídio entre os 25-64 anos de idade entre os que estavam desempregados, em comparação aos ativos, foi de 2,46 (1,10-5,49) para mulheres e 2,63 (1,87-3,70) para homens, (95% intervalo de confiança). A idade se torna uma variável forte apenas para os homens em associações ajustadas de morte por suicídio com fatores socioeconômicos e educação. O acesso a bens como carro, e o volume da renda familiar também foram observados. O estado civil de casado e estar ativo no mercado de trabalho se manteve como fortes preditores negativos de morte por suicídio. O desemprego também foi fortemente associado com este tipo de óbito entre os 18-24 anos. As análises de sensibilidade sugeriram que problemas oriundos de doenças mentais podem explicar cerca de metade dos casos, mas não todos, e a associação entre desemprego e suicídio é grande. Concluem os autores que estar desempregado implica três vezes mais risco relativo de suicídio (Bakely, 2003: p. 594).

Gunnel em artigo intitulado *Suicídio e Desemprego em jovens: análises das tendências na Inglaterra e Gales 1921-1995*, fez um estudo sobre os efeitos da

macroeconomia no suicídio em momentos de crise. A investigação associou o desemprego entre homens e mulheres de 14 a 44 anos em períodos de recessão, com métodos simples de análise temporal com dados de desemprego e suicídio na Inglaterra. Os resultados são interessantes, a relação teve como prova real a relação entre suicídio e desemprego em ambos os sexos, principalmente entre os mais jovens. Tendências suicidas entre jovens podem sofrer influência do desemprego ou de outros fatores ligados com mudanças macroeconômicas. Estes elementos parecem afetar as mulheres da mesma forma que os homens, embora não possamos afirmar com firmeza, com estas análises, por motivos das técnicas usadas (Gunnell et al, 2012: p. 263)

À luz de uma interpretação mais cultural da questão, podemos retomar a hipótese já aventada acima sobre as razões para o suicídio aumentar mais entre os homens: sua posição de provedores da família e a perda de autoestima numa sociedade ainda patriarcal, pode explicar em parte este aumento específico de gênero. Desta forma, a crise afeta mais a saúde mental, devido à sobrecarga de responsabilidade: salvar os outros a quem se vincula afetivamente.

A crise aumentará a mortalidade associada a problemas de saúde mental. Na UE, aumentos nas taxas de desemprego nacionais estão associados a aumentos nas taxas de suicídio (3,52). Na Federação Russa, a transformação societal após a dissolução da União Soviética em 1991 e o colapso do rublo em 1998 foi seguida pelo aumento de mortes relacionadas ao álcool. Igualmente, grandes incrementos na taxa de desemprego estão ligados a uma elevação de 28% nas mortes associadas ao álcool, na UE. Pode-se concluir que a crise econômica irá, provavelmente, afetar negativamente a saúde, em particular a saúde mental (WHO, 2011: p. 7).

Em verdade não é possível distinguir claramente se são os pobres ou os que estão empobrecendo com a crise econômica os que estão mais expostos a este risco, em função da atual crise econômica, mas com certeza o aumento das taxas nos países mais pobres e mais atingidos pelas intervenções econômicas nos dá o sinal de uma relação. A pobreza está aumentando na União Europeia²³. Ela aumentou o número de famílias afetadas por alta reintegração de posse da dívida, de casas, desemprego e despejos.

A presente crise econômica está, provavelmente, aumentando a exclusão social de grupos vulneráveis, pessoas de baixa renda e pessoas vivendo perto da linha da pobreza da Região Europeia. Grupos assim vulneráveis incluem as crianças, jovens, famílias com só um dos pais, desempregados, minorias étnicas, migrantes e idosos. A pressão econômica, através da sua influência sobre a saúde mental dos pais, relações maritais e criação, afeta a saúde mental de crianças e adolescentes. Os efeitos da pobreza extrema sobre as

²³ Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Social Science and Medicine*, 2008, 67:2051–2058

crianças incluem déficits no desenvolvimento cognitivo, emocional e físico, e as consequências sobre a saúde e bem-estar duram pelo resto da vida. (WHO, 2011:p.6).

Durante um encontro com o então presidente Lula e Kirchnner, por ocasião da abertura da Assembleia das Nações Unidas em 2005, a professora Ana Maria Stuart afirmou que (...) a União Europeia é um laboratório de políticas públicas. Segundo seu relatório algumas regiões são mais pobres e dominadas pelo desemprego que outras. As regiões da Europa com PIB inferior a 75% em relação a média são: Grécia, Irlanda e Portugal; nove comunidades autônomas do Estado Espanhol; oito regiões italianas; Córsega e departamentos franceses de Ultramar e Ceuta e Melilla (cidades espanholas no Marrocos). Regiões com média de desemprego superior à média: Irlanda, Grécia, Portugal, Espanha e também da França e do Reino Unido. A Grécia é o país com o PIB médio mais baixo da UE: 63% da média europeia. Em Portugal, regiões como Alentejo e Açores têm desenvolvimento ainda menor: 42% da média geral. O país com o PIB médio mais elevado da UE é Luxemburgo: 160% da média da União.²⁴

Nos últimos três anos a taxa de desemprego na Europa bateu recorde, principalmente a renda da periferia diminuiu, empresas faliram e os governos fizeram cortes drásticos. Principalmente em: Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda. Existe uma vasta literatura que associa grandes depressões econômicas ao aumento das taxas de suicídio, mas segundo Cook (1980), esta relação pode não ser tão direta, já que pessoas com doenças mentais, como depressão, esquizofrenia terão maiores dificuldades de se manter no emprego. Mesmo sabendo que possuir problemas psíquicos independe do país estar em crise, perder o emprego pode agravar as doenças mentais já presentes naqueles que carregam este problema.

Em 2011, Stuckler et al. publicaram um estudo em que foram analisadas as curvas de suicídio em 10 dos 27 países da União Europeia (UE), no período entre 2000 e 2009, divididos em dois grupos: seis eram membros da UE antes de 2004 (Áustria, Finlândia, Grécia, Irlanda, Holanda, Reino Unido), e quatro se tornaram membros depois dessa data (República Tcheca, Hungria, Lituânia, Romênia). O artigo indicou um aumento das taxas nos países analisados. Segundo os autores,

A contínua tendência de queda nas taxas de suicídio, vistas nos dois grupos de países antes de 2007, foi revertida de uma só vez. O aumento em 2008 foi menor que 1% nos novos Estados membros, mas nos mais antigos cresceu

²⁴ STUART, Ana Maria. UE é um laboratorio de políticas públicas. p.07

em quase 7%. Em ambos, os suicídios aumentaram ainda mais em 2009 (STUCKLER, 2011, p.125).

O estudo também apontou que “os países enfrentando os reversos da fortuna mais severos, como a Grécia e Irlanda, tiveram aumentos maiores nos suicídios (17% e 13%, respectivamente)” (Idem). Segundo os autores, esta tendência está diretamente relacionada com o aumento do desemprego. O mesmo estudo indica um crescimento mais dramático na Grécia, com o aprofundamento da crise, em 2011. Lembremos que a Grécia era um dos países com menor taxa de suicídio da EU antes da crise, 2,8 por 100 mil habitantes:

Os suicídios subiram 17% em 2009, em relação a 2007, e dados extra-oficiais de 2010 citados no parlamento mencionam um aumento de 25% comparado com 2009. O Ministério da Saúde relatou um aumento de 40% na primeira metade de 2011, comparada com o mesmo período de 2010. A linha nacional de apoio ao suicida (*national suicide helpline*) relatou que 25% dos chamantes enfrentavam dificuldades financeiras em 2010, e relatos da mídia indicam que a incapacidade de pagar altos níveis de dívida pessoal pode ser um fator chave no aumento dos suicídios (KENTIKELIS, 2011, p.1457).

Stuckler et al. (2011) apresentam uma alternativa para atenuar este efeito extremo da crise, que é o suicídio:

Com base em nosso trabalho anterior, argumentamos que a proteção social formal e informal, tais como políticas ativas para o mercado de trabalho e fortes redes de apoio social poderiam mitigar o previsto aumento nos suicídios. Neste contexto, nós notamos que a Áustria, com uma forte rede de segurança social, teve um ligeiro declínio nos suicídios, a despeito de um aumento de 0,6 pontos percentuais no desemprego entre 2007 e 2009. Entretanto, inesperadamente, a Finlândia, também com fortes sistemas de proteção social, tiveram um aumento nos suicídios de pouco mais de 5% no mesmo período, em contraste com as recessões (STUCKLER, 2011,125).

Após o colapso bancário, o desemprego não tinha aumentado oficialmente nos antigos e novos Estados membros da União Europeia. Pouco depois, porém, aumentou rapidamente, cerca de 35% acima do nível em comparação com 2007, em ambas as partes da Europa (cerca 2.6 pontos percentuais no total da UE). No entanto, a constante tendência de queda nas taxas de suicídio, vista em dois grupos de países antes em 2007, se reverteu rapidamente. O aumento das taxas de violência auto infligida em 2008 foi de menos de 1% nos novos Estados-Membros, mas nos antigos houve um aumento de

quase 7%. Em ambos os suicídios aumentaram, chamando mais atenção em 2009. Como dito antes, entre os países estudados, apenas a Áustria tinha experimentado uma queda da taxa de suicídios (queda de 5%) em 2009 em comparação a 2007. Em cada um dos outros países, o aumento foi de pelo menos 5%. Estas mudanças estão no limite superior das estimativas dos estudos observados por Stuckler (2009), em que foi notado um aumento do desemprego de mais de 3% e aumento de suicídios, entre pessoas com menos de 65 anos (Stuckler, 2011:1). Em particular, queremos entender melhor porque alguns indivíduos, comunidades e sociedades inteiras são especialmente vulneráveis, enquanto outros parecem mais resistentes a choques econômicos.

Um exemplo interessante, de acordo com a OMS, é a comparação entre as taxas de suicídio na Suécia e na Espanha entre 1980 e 2005. No início de 1990, a Suécia sofreu uma crise bancária severa, resultando em um aumento muito rápido do desemprego, mas as taxas de suicídio não foram afetadas, caindo de forma constante ao longo deste período. Isto contrasta com a situação na Espanha, com várias crises bancárias nos anos 1970 e 1980. Como taxas de desemprego crescendo, assim como taxas de suicídio aumentando, quando o desemprego diminuiu, as taxas de suicídio caíram. Embora existam muitas diferenças entre os dois países, o argumento que favorece a Suécia é que havia um fator de diferenciação importante, que foi a extensão da distribuição de recursos destinados a proteção social no momento da crise, como: prestações de desemprego e serviços de saúde. Enquanto o suicídio na Espanha acompanhou a tendência do desemprego, na Suécia declinou mesmo com a crise por consequência de políticas públicas em prol da saúde mental (Stuckler, 2011).

Catalano et al. (2010), em *O efeito da Economia em Declínio na Saúde*²⁵, propõem uma pesquisa calcada em discursos conjecturando possíveis efeitos do declínio econômico na política. A pesquisa empírica se preocupou em analisar também trabalhos anteriores sobre o assunto. Concluiu-se que, embora experiências financeiras negativas possam aumentar os riscos de distúrbios psicológicos ou comportamentais, algumas associações são suspeitas e pouco estudadas. Assim, segundo os autores, contrário ao que é afirmado em outras pesquisas mencionadas neste trabalho, esta “intuição” de que a mortalidade aumenta quando a economia declina pode estar errada. O argumento é que estas pesquisas parecem anticíclicas: quando os tempos são “ruins” surgem mais pesquisas do que em tempos “bons”. Sempre se espera que em momentos de recessão

²⁵ Tradução própria

haja “*booms*” de trabalhos sobre o tema. Desta forma, este estudo analisou hipóteses de pesquisas em que se trabalhou o declínio econômico e doenças. Segundo os autores, explícita ou implicitamente, a maioria das investigações por eles analisadas propõe somente um suporte à correlação entre desemprego e suicídio. Quando controlados por fatores como estado civil e idade, os resultados trazidos são menos homogêneos (Catalano et al., 2010: p.3). Ao final da publicação, ao menos para o suicídio, foi concluído que os fatores de risco são convergentes, sugerindo realmente que o declínio econômico pode aumentar o comportamento autodestrutivo. Entretanto, a falta de clareza sobre os mecanismos que operam neste caminho entre a adversidade econômica e suicídio sugere uma área importante para novas pesquisas (Catalano et al., 2010: p.9).

Para avaliar as verdadeiras medidas das crises no Brasil, e o seu impacto sobre o suicídio na população, optamos por fazer uma comparação entre as unidades da federação e regiões. Para uma análise que permita conclusões, faz-se necessária tais comparações, sempre que possível, entre as realidades particulares de cada um desses estados durante governos diferentes – e quando houver – as crises; observando as taxas e comparando com as gestões de Fernando Collor (1989-1992), Itamar Franco (1992-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010). Como tal, o caso brasileiro nos permitirá uma reflexão mais apurada, que leve em conta as diferentes realidades sociais, políticas e econômicas, de modo a contribuir para a elaboração de diagnósticos e propostas endógenas.

4 CRISES NO BRASIL

4.1 As informações no Brasil

Há muito tempo o suicídio é um ato moralmente reprovado, talvez devido ao desejo de aumentar a expectativa de vida, esconder a velhice e o fim. O assunto tampouco é de bom tom ser discutido, os próprios profissionais da saúde pública estão despreparados para receber indivíduos que tentaram. Dentro deste estigma estão associados comportamentos com bases conservadoras estruturadas na religião e na cultura.

Problematizando o suicídio, no Japão este ato já foi considerado como um gesto de honra ou ético. Os kamikases, que na Segunda Guerra arremessavam seus aviões contra os inimigos eram percebidos como corajosos perante a sociedade (Pellizzari e Almeida, 2001, p. 50). A naturalização do suicídio pode ter raízes culturais mais profundas, talvez com origem nos antigos samurais, onde a autoguiaria era mais valorosa ante a derrota. A proximidade com assuntos tabus pode aumentar a clareza sobre o tema, diminuir receios, esclarecer medos infundados e crenças irracionais. Sabemos que suicídio é um fenômeno complexo, não é fruto apenas de crises econômicas, desemprego, reveses, é multifatorial, sendo influenciado por diversas variáveis como – fatores genéticos; biológicos; psicológicos, disponibilidade de métodos letais, transtornos mentais, questões anômicas sociais, dentre outros (Grossi, Marturano e Vansan, 2000: p.101 ; Turecki, 1999, p. 21; Amaral, 1989, p. 31).

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde categoriza este tipo de óbito como uma causa externa, o que é interessante de se contrapor com as outras causas externas, onde vemos: acidentes variados e homicídio. É impossível pensar as questões do suicídio sem refletir sobre os antecedentes psíquicos, algumas vezes patológicos, que levaram a pessoa a se matar. O meio pode ser externo, mas a motivação certamente é interna.

Travis (1990), por exemplo, aponta que mortes por afogamento são muitas vezes assumidas como acidentes, mesmo que muitas possam ser suicídios²⁶. A subnotificação também está associada ao preconceito que se tem sobre este assunto e aos laudos que são elaborados. Por exemplo, uma queda de lugar alto ou um atropelamento por um trem podem ser categorizados pelo SUS como acidentes, ou, simplesmente, é feita a descrição das lesões. Esta falta de compromisso com o preenchimento da informação é uma barreira na construção de dados universalmente confiáveis.

Correa (1996: p. 149) afirma que as estatísticas sobre suicídios nos países em desenvolvimento, como o Brasil, não são confiáveis por diversas razões. Dentre elas, podemos mencionar que algumas mortes não são investigadas com seriedade e acabam como causa ignorada; *a causa mortis do atestado de óbito não condiz com o ocorrido, ou por pedido consciente da família ou dificuldades em determinar a real causa da morte*, dentre outras (Baptista, 2004: p. 24).

²⁶ TRAVIS, Robert. Halbwegs and Durkheim: A Test of Two Theories of Suicide. In: The British Journal of Sociology, Vol. 41, No. 2 (Jun., 1990), pp. 225-243.

Rapeli e Botega (1998, p. 157), analisam os prontuários médicos, verificam que muitos profissionais não registram as tentativas, tendência que irá se refletir no atestado de óbito, reforçando mais uma vez que os registros brasileiros encontram-se defasados.

Diversas limitações são apontadas quando se trata de pesquisas quantitativas e documentais no país, sendo o principal problema as notificações indevidas, falta de rigor no preenchimento de guias existentes, e insuficiência de dados nos formulários dos institutos médicos legais, dentre outras Silva et al. (1999, p. 31).

As diferenças nas notificações também vão variar levando em consideração as regiões, já que cada uma pode ter sistemas com diferentes limitações e falhas disponíveis. O suicídio possui um aspecto “contagioso”, exerce sobre os vulneráveis um apelo indiscutível como último recurso. A falta da seriedade em notificar este fato pode estar relacionado com o *stigma* social, diante da perspectiva histórica, este fenômeno foi sem modificando, pelo menos a forma como o vemos. Tais visões variam de pecado ou um crime, ou consequência de circunstâncias adversas ou estados mentais patológicos. A maioria dos bilhetes de suicidas faz menção a Deus, eles não querem morrer, pensam ir para uma vida melhor, e não foi a religião que os impediu de cometê-lo, mas a maioria das religiões marginaliza o suicida, podendo influenciar a visão da família e nos dados.

Na França, o corpo de um suicida era arrastado pelas ruas e depois pendurado em patíbulos. O direito penal francês no fim do século XVII também exigia que o corpo fosse jogado numa cloaca ou na lixeira da cidade. O clero não dava assistência ao funeral, e o cadáver não podia ser enterrado em solo consagrado. Em regiões da Alemanha, os cadáveres eram colocados em barris e deslizavam rio abaixo, de modo que não conseguissem retornar a terra natal. Na Noruega eram enterrados na floresta, junto dos outros criminosos (JAMISON, 2010:20).

Por volta de 1800, todos os casos de suicídio eram vistos como pecado ou crime. A maioria dos países europeus descriminou formalmente o suicídio nos séculos XVIII e XIX. O motivo desta descrição histórica é simples, estas atitudes envergonhavam a família dos suicidas, herdamos este embaraço e a falta de tato com o assunto. Estimativas norte americanas, segundo Jamison sugeriram que as taxas de suicídio, baseadas em peritos médico legais foram sub-relatadas numa faixa de 25% a 50%; estudos mais recentes indicam que o sub-relato importa agora em menos de 10%; (Jamison, 2010, p. 29).

A formação religiosa pode também influenciar as decisões dos legistas e peritos. (No Canadá, por exemplo, houve muito menos avaliações de suicídio por peritos católicos do que por não católicos, sugerindo que as opiniões e sanções religiosas continuam a representar seu papel para determinar se algumas mortes não naturais são classificadas como suicídios ou acidentes (JAMISON, 2010:30).

Atitudes e práticas culturais também provocam impacto, somente o enforcamento parece ser visto pelos médicos legistas como um indicador quase certo para definir o suicídio. Não é a toa que suicídio por enforcamento, não só no Brasil, como na maioria dos países é o que mais surge nos cálculos em pesquisas. Mortes por afogamento também são problemáticas para criar a categoria, assim como acidentes de carro e overdoses. *A intenção de morrer se torna ambígua quando não se deixa bilhetes ou quando o legista apenas descreve as lesões de forma técnica.*

A pesquisa Autopsy decline skews suicide rates, publicada na revista Archives of General Psychiatry, envolveu dados provenientes de 35 países europeus e asiáticos durante um período de 30 anos até 2007, tendo autópsias como uma medida externa de validação de estatísticas de causa morte. Na revista, os autores observaram uma correlação consistentemente positiva entre as taxas de autópsia e as taxas de suicídio para as três décadas de estudo. Por exemplo, estimativas transversais mostraram um por cento de diferença entre as taxas nacionais de autópsia com uma diferença de 0,49 taxa de suicídio por 100 mil habitantes. Ao contrário do Brasil, taxas de morte indeterminadas não mostraram nenhum efeito significativo - "os procedimentos de apuração de morte de variáveis podem afetar a magnitude das taxas de suicídio"²⁷. Os autores do estudo concluíram que, além disso, as taxas de suicídio em declínio na Europa antes da crise continham um "componente considerável de vestígios suspeitos" que justificava uma investigação aprofundada.

Este é um problema que abarca outros países "em desenvolvimento". A Índia sofre de grave subnotificação de suicídios, que são tecnicamente crimes. Assim como nos países do Oriente Médio, já que tirar a própria vida é pecado mortal, com exceção de ataques terroristas. No caso indiano, em 2000, o *National Crime Bureau*, registrou 108.597 suicídios. Isto implica 300 suicídios por dia, ou um a cada cinco minutos. Grupos de direitos humanos e políticos da oposição são rápidos em culpar a negligência

²⁷ Autopsy decline skews suicide rates. Archives of General Psychiatry.

do governo. ONGs se opõem aos pesticidas ou a culturas comerciais, alegando que estas tenham causado suicídios (Swaminomics,2004).²⁸

A publicação *Autopsy decline skews suicide rates*, acima mencionada, discute a notificação da mortalidade. Deve-se ter muito cuidado ao comparar taxas de suicídio internacionais, muitos países registram um declínio no suicídio mostrando uma queda somente nas autópsias e programas internacionais de pesquisa. Os autores do estudo concluíram que as taxas de autópsia foram um "importante indicador" para a análise da confiabilidade das taxas de suicídio, e "podem [portanto] afetar a validade das estatísticas de suicídio".²⁹

4.2 História da Estatística sobre Suicídios no Brasil

Embora alguns anuários não divulguem dados sobre mortalidade por tipologia das causas, pode-se dizer que há uma boa cobertura do nosso objeto de estudo ao longo da segunda metade do Século XX. O nível geográfico de observação é variável até o final dos anos de 1960, quando passam a ser publicadas informações relativas aos municípios. A partir dos anos 1980, os volumes dos Anuários Estatísticos Brasileiros (AEBs) que publicaram dados de mortalidade por causas o fizeram para o Brasil como um todo. Da mesma forma, também é bastante oscilante o tipo de causa da mortalidade, sendo que novamente é a partir dos anos de 1970 que as informações são referentes aos capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID). Finalmente, os AEBs também se diferenciam pelo tipo de dado apresentado. Algumas vezes, apresenta-se o total de óbitos, outras vezes, taxas por 100 mil habitantes (sem padronização por idade) ou mortalidade proporcional por causa (IBGE, 2006: p.236). Em todos os países a qualidade dos dados de mortalidade é afetada por diversos fatores, entre eles, o nível de conhecimento médico, erros de diagnóstico, falhas no preenchimento das declarações de óbito e falhas no processo de codificação da causa básica (Chor et al.,1995).

No que se refere às principais causas externas de mortalidade – violência e acidentes –, estas foram qualificadas recentemente como epidemias pela Organização Mundial de Saúde. Por outro lado, dedicou-se atenção neste

²⁸ Does poverty or debt cause suicide? « Swaminomics swaminomics.org/?p=514

²⁹ Autopsy decline skews suicide rates. Archives of General Psychiatry.

texto às estatísticas de suicídio, apresentados em documentos oficiais até recentemente como indicadores de “patologia social”, e que, possivelmente por isso, mereceram registro desde os primeiros AEBs. Os dados referem-se a um período que se estende de 1908 a 1990 (IBGE,2006, p.220).

Dentro dos estudos sociológicos, o suicídio aparece como a causa externa de mortalidade que mais mereceu atenção dos anuários do IBGE. A própria denominação das seções onde foram publicados os dados revela a complexidade e o interesse de sua classificação. O item da seção sobre situação cultural de 1937 a 1951, nas duas décadas seguintes passa a ser apresentado como aspecto negativo ou patológico, no AEB de 1971 como ocorrências antissocial e até mesmo, a partir de 1979, na seção relativa à justiça e à segurança pública. Os dados relativos ao Brasil de 1937 a 1976 provêm do Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política e a partir de 1977, da Divisão de Estatística do Ministério da Justiça.

O primeiro Anuário Estatístico Brasileiro (AEB) em que se organizam quadros estatísticos de suicídios e tentativas de suicídios é o publicado em 1937, com dados relativos ao Distrito Federal (1936) e às Unidades da Federação (1934). Os últimos referem-se à classificação dos autores segundo várias circunstâncias – Quadro semelhante é publicado no AEB de 1938, tendo por base o ano de 1937, e deve-se notar que a referência à filiação e à situação da família, não seria retomada nos volumes posteriores. O interesse atribuído a essa causa de morte pode também ser aferido pela sua inclusão no extenso anexo com quadros internacionais publicado pelo AEB de 1938 que reúne dados sobre suicídios em números absolutos e relativos em diferentes países da Europa e da América, de 1933 a 1937. O interesse histórico do quadro publicado encontra-se, entre outros aspectos, no fato de se referir ao período entre as duas guerras mundiais (IBGE, 2006, p.237).

Destaque-se que, no exemplar de 1936, não por acaso, suicídios e criminalidade aparecem juntos. Isto é corrigido nos dois anuários seguintes, nos quais há, também, a distinção entre crime e contravenção (ESXX, 2011, p.137); Em 1950 os divórcios estão enquadrados entre os “aspectos negativos ou patológicos”, ao lado de suicídios e tentativas de suicídios. Já na década de 60 os desquites deixam de ser considerados como patológicos, apenas do ponto de vista dos valores sociais, no entanto, suicídios, tentativas de suicídio, homicídios e acidentes se tornam “ocorrências antissociais” no anuário de 1963. A novidade importante introduzida pelo AEB de 1960 e que se repete no de 1962 (dados de 1960) é a inclusão de informações sobre cor e faixa etária, sendo que apenas os últimos permanecem nas publicações que se seguem sobre suicídio.

No AEB de 1970, os suicídios e tentativas de suicídios aparecem em tabelas referidas ao ano de 1968. São apresentados os números de suicídio segundo os meios utilizados; o sexo; estado civil; e grau de instrução. A partir daí passam a figurar tabelas específicas sobre suicídio por faixa etária.

No regime militar os dados sobre segurança pública eram constantes, no entanto sofreram grandes mudanças, onde as fontes eram em sua maioria da polícia e do corpo de bombeiros. Em 1979, a catalogação dos suicídios ganha um critério a mais de caracterização. Em 1980, os exemplares de toda a década confirmam que a segurança pública constituía-se em prioridade nas ações governamentais. No Anuário de 1981, suicídios também aparecem entre os dados importantes no capítulo dedicado à segurança pública, com referência às mesmas variáveis anteriores e números por Unidade da Federação (ESXX, 2011, p. 239).

E neste momento o suicídio entra como categoria de interesse na Segurança Pública. Nos exemplares seguintes de 1989 a 1994 observa-se a mesma ideia, englobando incêndios, suicídios e acidentes de trânsito. Durante a década de 1990, só o AEB de 1993 traz dados sobre suicídio, correspondendo aos anos de 1984 a 1990. Os dados referem-se ao grau de instrução; meio utilizado; última ocupação e grupos de idade. Um balanço do conjunto da produção estatística sobre suicídios publicado nos AEBs demonstra sua potencialidade e indica a necessidade de desenvolvimento de estudos que analisem esses dados e ampliem a agenda de pesquisa sobre o tema. Um fato que merece atenção dos estudiosos é a inversão das faixas etárias em que se concentra, respectivamente, o maior número de suicídios e de tentativas de suicídio. No primeiro caso, predomina a faixa de 25 a 44 anos; no segundo, a de 15 a 24, o que pode ser aferido em todos os AEBs publicados a partir de 1960.

Outra questão relevante diz respeito ao espaço ocupado pelas estatísticas de suicídio no conjunto das publicações do IBGE. A importância atribuída a essa causa externa de mortalidade comparativamente a outras está possivelmente relacionada à percepção de que representaria indício de patologia ou desestruturação social, de acordo com perspectiva próxima à adotada por Durkheim em fins do Século XIX. Talvez isto também nos ajude a entender porque atenção equivalente foi dedicada às tentativas de suicídio (IBGE, 2006, p.239).

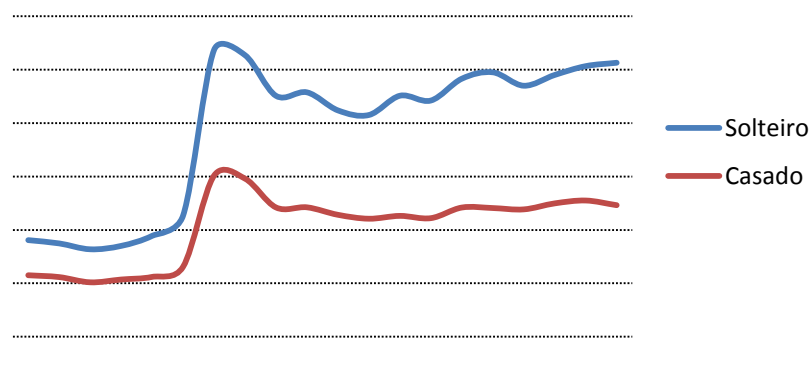
4.3 Suicídio e Crise Econômica no Brasil

Os indicadores escolhidos possuem a intenção de captar características de crises econômicas que possam estar associadas ao suicídio nas unidades da federação. Além disso, não é possível haver problemas de dupla causalidade no estudo pelo motivo da variável dependente usada ser exógena ao modelo. Nosso uso de indicadores varia de acordo com a disponibilidade de dados encontrados e com a necessidade de evitar não somente a utilização simultânea de variáveis que sejam muito correlacionadas, mas também problemas como a multicolinearidade (Gonçalves, 2011). Este fenômeno é comum em regressões, e se caracteriza quando as variáveis independentes possuem relações lineares exatas ou aproximadamente exatas. As consequências da multicolinearidade em uma regressão podem levar até mesmo à impossibilidade de qualquer estimação. Isso gera escolhas errôneas, podendo tornar os resultados influenciados ao indicador selecionado. Inicialmente usaremos análises temporais básicas com as taxas de suicídio total e os indicadores de crise econômica escolhidos, depois faremos testes de Análise de Regressão da Covariância.

As mortes por suicídio no Brasil em comparação às taxas europeias não são tão altas, mas ao longo dos anos elas vêm crescendo. Seguindo o caminho dos indicadores econômicos podemos supor que a crise econômica, além de vários custos sociais, vem acompanhada do desemprego, e este por sua vez pode acarretar a diminuição dos laços sociais essenciais para saúde mental. Aumentos nas taxas de suicídio são importantes porque indicam que a população está vivendo de forma infeliz e precária. Podemos começar a análise dos últimos anos por meio de uma comparação das taxas de suicídio e o estado civil. Foram separados os solteiros dos casados. Desse modo, pode-se testar a correlação entre isolamento ou ruptura dos laços sociais e suicídio. A diferença verificada é expressiva.

Gráfico 2

Número absoluto de suicídio no Brasil por estado civil de 1990 a 2009



Fonte: DataSus

Este gráfico 2 mostra um grande aumento de 1994 a 1998, talvez isso se deva a mudança do CID-9 para CID 10, a Classificação Internacional de doenças (CID) é periodicamente revisada pela OMS. Como este sistema de coleta de informação começa em 1979, início da distensão política, não podemos confiar nesta sistematização dos dados. Esta subida abrupta em 1994 certamente diz respeito a uma mudança de gestão na organização da estatística de saúde no Estado brasileiro. Sua versão mais recente, a CID-10, contém capítulos referentes a diversos grupos de doenças, sendo que o Capítulo V contém os Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - foi publicado pela OMS em 1992, chega ao Brasil em 1993. Este documento se presta à utilização da CID-10 para uso clínico, educacional e assistencial em geral. Segundo portaria do Ministério da Saúde, a CID-10 entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 1996. A partir desta data, todo e qualquer diagnóstico de um transtorno mental deveria ser relatado segundo as normas, tarefa que se revelará mais do que um procedimento burocrático a ser seguido. Talvez óbitos por causas externas como afogamento, traumas, envenenamento, tenham começado a ser categorizados como suicídio, a partir de um impacto do CID-10 também nas causas externas. Apesar de não termos confiança em nossos dados por diversos motivos, um deles pela mudança no CID mencionada acima, podemos refletir alguns resultados desenhados no gráfico referente ao estado civil.

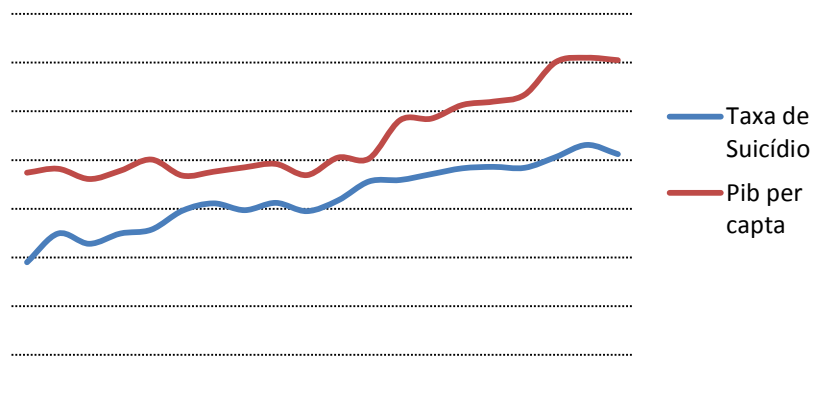
A OMS classifica as taxas de mortalidade por suicídio de acordo com os coeficientes a seguir: menores de 5/100.000 como baixos; entre cinco e 15, médios; entre 15 e 30, altos; e os maiores de 30, muito altos. Segundo esse critério, a mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul pode ser considerada como média para a população total. Porém, para o contingente masculino, os patamares encontram-se em níveis altos e com tendência ascendente (ver Tabela 1).

Tabela 1- Taxas de suicídios dos últimos dez anos		
Uf's	Masculino	Feminino
AC	5,57	1,39
AL	4,26	1,07
AM	4,58	1,04
AP	6,94	1,72
BA	2,83	0,62
CE	6,99	1,67
DF	8,60	2,55
ES	6,14	1,70
GO	8,33	2,27
MA	2,21	0,68
MG	6,54	1,69
MS	10,69	3,31
MT	7,34	2,21
PA	3,32	1,15
PB	3,71	1,03
PE	5,44	1,77
PI	5,37	1,68
PR	9,70	2,63
RJ	3,61	1,23
RN	5,84	1,48
RO	6,17	2,09
RR	10,02	2,80
RS	15,98	3,72
SC	12,42	2,76
SE	5,39	1,61
SP	7,29	1,78
TO	5,28	1,56

Fonte: SIM/DataSus

Gráfico 3

Taxa de Suicídio no Brasil e Produto Interno Bruto per capita de 1990 a 2009



Fonte: IpeaData e DataSus

As taxas de suicídio ao longo dos anos citados com o PIB *per capita* seguem tendência temporal similar no Brasil. O PIB é a medida de toda riqueza produzida num país, mensurando a atividade econômica, e por isso pode ser um bom indicador para apontar momentos de crise. O PIB *per capita* é o total do PIB dividido pelo total da população de um dado país. A associação é inversa da prevista, mas podemos que interpretar que crescimento econômico não significa melhores condições de vida para população, já que o PIB cresce junto das taxas de suicídio no Brasil. Como dito, este indicador é criticado por não apontar as desigualdades de renda, assim não se sabe quem se beneficia com o total do aumento agregado. Uma pesquisa de título “*Suicidio y Producto Interno Bruto*”, pela Universidade do Chile, diz que as taxas de suicídio no país estão relacionadas com fatores macroeconômicos, com a curva do PIB ($r=0,874$), com (erro 3,8%), permitindo um bom modelo preditivo. Segundo o autor, a economia de mercado no Chile produz crescimento econômico, mas não melhora as condições de saúde da população, a considerar o suicídio como indicador deste. Assim, observando saúde e desigualdade econômica, a insegurança no emprego e enfraquecimento dos laços sociais, têm aumentado no Chile (Diaz, 2006: p.343). O que percebemos em nosso Gráfico 2 também é o aumento de ambos. Devemos ressaltar, porém, que entre 1996 e 2002 há um leve declínio do PIB, mas a taxa de suicídio se mantém crescendo, e pode apontar uma mudança na tendência.

Nosso resultado difere da publicação (Cit. pg. 20 / Fitzpatrick, 2012 : p.1) sobre os países da ex-União Soviética e da própria Rússia, onde foi verificado que o suicídio tem relação direta com o PIB (GRP). Nesta pesquisa mencionada, a renda desempenha papel importante, e o PIB foi um bom preditor. Talvez a pobreza seja mais homogênea que no Brasil, onde as desigualdades são grandes, e o PIB não tem grande peso de mensuração.

Sobre o desemprego, a Associação Irlandesa de “Suicidologia” tinha indicado, com base em pesquisas internacionais, que para cada aumento de ponto percentual da taxa de desemprego, houve um incremento de 0,78 por cento na taxa de suicídio. "Vamos deixar claro que, com a piora da situação econômica, as vidas humanas estão em jogo", disse o autor (Halligan, 2012). O rendimento disponível das famílias mais pobres da Irlanda caiu 18 por cento em apenas um ano, enquanto a renda dos mais ricos subiu de 4 por cento, acrescentou, ou seja, as diferenças entre pobres e ricos (desigualdade) está fora de controle. *Estimou-se que 10% da população recebeu quase 14 vezes mais em renda disponível que os mais pobres, que experimentaram a pior distribuição de renda em mais de 30 anos. Cerca de 200 mil crianças viviam na pobreza.*³⁰

Cortes nos gastos estatais que mantêm o estado de bem-estar social desestabilizam a população, que não espera por isso. No caso da Irlanda, o aumento da desigualdade torna esta variável um bom preditor para identificar problemas de saúde pública. No Brasil, além do aumento do desemprego, as medidas econômicas executadas na década de 90 contemplaram, sobretudo as classes mais altas, e as que já estavam em um nível de pobreza muito expressivo não tiveram grandes alterações. Assim, a classe média foi a maior prejudicada. A taxa de suicídio nesta época não se deveu ao aumento da desigualdade, mas a uma instabilidade gerada àqueles que viviam uma mais vida segura. Nosso Gini não teve alterações neste período.

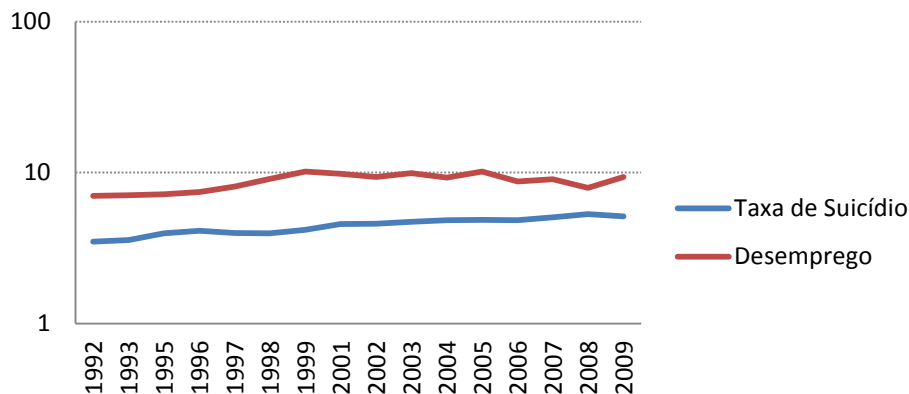
O desemprego nas regiões metropolitanas cresceu até 1992 durante o governo Collor, retrocedendo por um curto período, entre 1993 e 1995, no o início do Plano Real e voltando a crescer após 1995, sendo o pior período de elevação do desemprego, em todo país, entre 1998 e 1999. No o governo de Itamar Franco o país passou um período de recuperação e crescimento econômico, evidenciando uma elevação na taxa emprego.

³⁰ Recession leading to increase in suicide rates, 2012

(Costa, 2005: p.16). Enquanto isso as taxas de suicídio vão crescendo desde 1990, com um grande salto em 1994.

Gráfico 4

Taxa de Suicídio e Desemprego no Brasil de 1992 a 2009

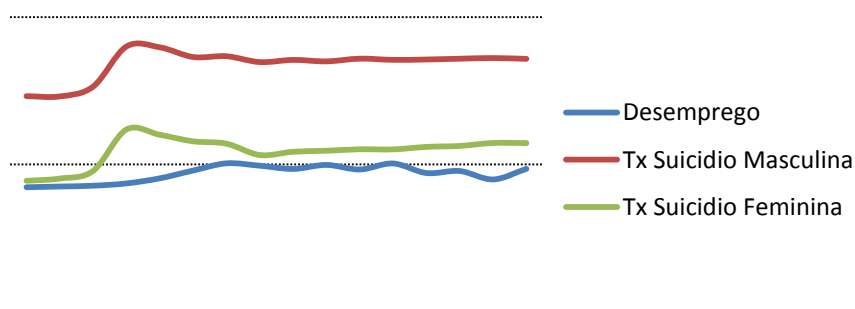


Fonte: Ipeadata

Problemas de ordem socioeconômica são entendidos como fatores que podem predispor ao estresse, instabilidade familiar e por fim o suicídio. Portanto, o aumento nas taxas de suicídio é capaz de refletir as dificuldades geradas pelas políticas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: jovens, velhos, os menos qualificados e os emocionalmente debilitados (Schnitman, et al. 2010, p.44). No Gráfico 3, aplicamos o log para aproximação das taxas na representação da imagem, o que podemos observar é que a taxa de suicídio em relação ao desemprego é mais estável, sendo ambas ascendentes e bem suaves ao longo dos anos para os dois sexos;

Gráfico 5

Taxa de Suicídio e Desemprego no Brasil por gênero de 1992 a 2009



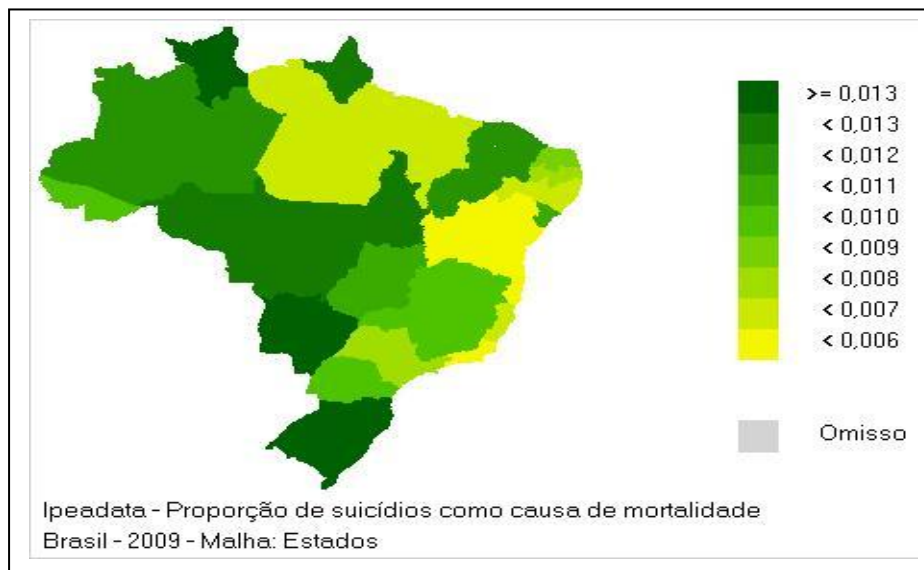
Fonte: Ipeada

No Gráfico 5 podemos ver melhor que o desemprego sutilmente aumenta de 1990 a 1999, já o aumento das taxas de suicídio tem início em 1992, com um salto abrupto de 1993 a 1996. Mesmo após a diminuição do desemprego em 2005 o suicídio continua crescendo. A linha da taxa de desemprego está suavizada pela aplicação da função logarítmica, por isso é mais difícil visualizar tendências em comparação as outras taxas. Não podemos afirmar com clareza se o desemprego é um bom preditor para o intervalo inicial observado. A linha que corresponde ao desemprego não tem correlação visual com as oscilações nas taxas de suicídio no Brasil.

Um fato bem salvaguardado acerca do suicídio é a relação de gênero – mundialmente, exceto Oriente Médio e China, as chances dos homens cometerem autoquíria em comparação a mulher é três vezes maior. Esse resultado tem sido demonstrado ao longo do tempo em quase todos os países que têm dados disponíveis. Nos Estados Unidos, na medida em que as oportunidades econômicas, individuais e sociais aumentaram para as mulheres, a taxa de suicídios femininos diminuiu. Na Índia e na China, excepcionalmente, por motivos culturais de desvalorização do papel da mulher, o risco para a população feminina é mais elevado. Esta preponderância da taxa masculina em relação à feminina se dá por diversos fatores. A falha em cumprir os tradicionais papéis, como por exemplo, o de provedor econômico da família, é grande fator de estresse para o homem. Inseridos na cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e, por isso, mais propensos ao suicídio (Meneghel et al., 2004, 809). No mesmo estudo de Meneghel (2004), verificamos os seguintes resultados: os coeficientes de mortalidade por suicídio, padronizados para ambos os sexos passaram de 9,5/100.000 em 1980 para 11,7/100.000 em 1999. O estudo apontou o aumento nos coeficientes no sexo masculino, que passou de 14,0/100.000 em 1980 para 20,2/100.000 em 1999, ao passo que os coeficientes femininos variaram entre 3,2 a 4,7/100.000 nesse período. A razão homem: mulher aumentou de três em 1980 para cinco no final do período estudado.

Outro estudo (Santos, 2010), este para o Mato Grosso do Sul, expressa a taxa média de suicídio do sexo masculino (12,3/100.000 habitantes) 2,3 vezes maior que a do sexo feminino (3,7/100.000 habitantes), chegando a 13,9/100.000 habitantes, no ano de 2006. A menor taxa de suicídio para o sexo masculino foi de 10/100.000 habitantes no ano de 2001. A taxa de suicídio para o sexo feminino, no estado, variou de 2,4, em 2008 a 4,7/100.000 habitantes, em 2005 (Santos, 2010, p.38). As diferenças sociais entre estados também têm impacto sobre as condições de acesso a saúde.

Mapa 1 – Proporção de suicídios - 2009



Na análise das Unidades da Federação (UF), observa-se que as taxas de suicídio do estado de Mato Grosso do Sul tem sido uma das maiores do país, ocupando o segundo lugar nos anos de 2000 e, de 2003 a 2006, quando ficou atrás apenas do Rio Grande do Sul. E o terceiro lugar em 2002 e 2007, perdendo novamente para o Rio Grande do Sul (que vem mantendo as maiores taxas) e de Santa Catarina e Roraima, respectivamente (Santos, 2010, p.16). Descrevendo os destaques nacionais nos últimos 20 anos são – Rio Grande do Sul (9,7); Santa Catarina (7,6); Mato Grosso do Sul (7,0) e Roraima (6,6). A tabela 2 tem algumas variáveis econômicas e demográficas para nos auxiliar no raciocínio. Como vimos, o Rio Grande do Sul tem a maior taxa do país,

A distribuição do suicídio no Brasil aponta a Região Sul e, especificamente, o Estado do Rio Grande do Sul como o de maior incidência (média de 10,2/100.000 no período 1980 a 1999). Nos 20 anos que compõem essa análise, o Estado de Santa Catarina apresentou uma média de 7,9 e o Estado do Paraná uma média de 7,1 por 100.000 habitantes, enquanto a média brasileira correspondeu a 4,3 óbitos para cada 100.000 habitantes (MENEGHEL,2004, p. 806).

No Mato Grosso do Sul há ainda um problema especial aumentando este incremento, o Estado possui a segunda maior nação indígena do Brasil, com 66.963 índios, de acordo com os últimos dados da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

(2008), dos quais 40.245 são Guarani/Kaiowá. Ainda segundo a FUNASA, ocorreram 410 suicídios nessa nação de 2000 a agosto de 2008. As tentativas de suicídio não consumadas, porém, não foram registradas. Os indígenas contabilizam 34,8% de sua população, sendo o segundo maior estado do país nesta categoria. Considerando a multiplicidade étnica e a extensão do território, Santos (2010, p. 18) usou na análise somente as três macrorregiões do estado – Campo Grande, Dourados e Três Lagoas, representando 99,6% da população total. Campo Grande é responsável por 54,8% dos óbitos.

O processo de confinamento compulsório ao qual o grupo vem sendo submetido, com superpopulação das aldeias, imposição de crenças, valores e lideranças estranhos a sua cultura são citados como fatores causais. Sugerimos, além da revisão urgente da política governamental em relação às terras indígenas, uma retomada da identidade étnica como forma de afirmação e a reorganização do grupo Guarani/Kaiowá. (GRUBITS et al. 2001, p. 01)

Fruto das políticas econômicas desenvolvimentistas de expansão, uma nova crise é criada, uma crise ontológica nas tribos. O despreparo dos funcionários do governo para lidar com os indígenas, a exemplo dos funcionários federais que desenvolveram estratégias de apoio dos próprios indígenas foi letal em alguns sentidos; Lideranças foram desarticuladas, autonomias internas quebradas; O uso do índio como mão de obra disponível e barata, a constante influência em sua cultura, junto da ação de duas dezenas de igrejas pentecostais, e, finalmente, o arrendamento da terra, foram cruciais para a fragmentação da identidade local (Grubits et al. 2001: p. 01).

De acordo com os dados do DataSus, nos últimos 20 anos 110.123 pessoas se mataram em todos países. Sendo 73,3% homens e 20,7% mulheres; sobre a cor 50,1% são brancos; 27,6% pardos; 4,6% pretos e uma expressiva quantidade subnotificada nesta categoria – 16,2%. O pequeno percentual de pretos e pardos pode ter relação econômica, ao passo que, se houver influência de renda, os brancos estão mais vulneráveis a reveses econômicos. Não se deve excluir, porém, a possibilidade de os negros e pardos receberem menos atenção no momento da notificação nos laudos. Estas são apenas hipóteses não testáveis. Mais da metade – 54,7% – comete esta ação dentro de casa; 22%, em via pública. No Ministério da Saúde, 22,6% estão categorizados como “outros”. O suicídio se dá mais entre os jovens, mais da metade 52,9% estão na faixa etária entre 15 e 39 anos. Os estados onde há a maior taxa de suicídio entre homens são

também os que têm a maior entre as mulheres– Rio Grande do Sul – homens (15,98) mulheres (3,72); Mato Grosso do Sul – homens (10,69), mulheres (3,31); Santa Catarina – homens (12,48) mulheres (2,76) e Roraima – homens (9,7), mulheres (2,80). Vale ressaltar que a tabela se seguir, em comparação ao Mapa 1, que mostra apenas os dados de 2009, expressa as diferenças na posição dos estados. Contudo, aqueles que detêm as mais altas taxas seguem inalterados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Roraima.

Tabela 2 - Média para os 20 últimos anos

UF's	Tx de suicídio	PIB per capita	IDH	Densidade demográfica
Acre	3,5	3,6	0,7	4,8
Alagoas	2,6	2,7	0,65	112,4
Amazonas	2,8	6,8	0,71	2,2
Amapá	4,3	4,8	0,75	4,7
Bahia	1,7	3,7	0,69	24,8
Ceará	4,3	3	0,7	56,8
Distrito Federal	5,5	16,2	0,84	441,7
Espírito Santo	3,9	7,3	0,77	76,2
Goiás	5,3	4,9	0,78	17,7
Maranhão	1,4	2	0,64	19,8
Minas Gerais	4,1	6	0,77	33,4
Mato Grosso do Sul	7	5,9	0,78	3,4
Mato Grosso	4,9	6,1	0,77	6,9
Pará	2,2	3,5	0,72	6,1
Paraíba	2,3	2,8	0,66	66,7
Pernambuco	3,5	3,7	0,71	89,5
Piauí	3,5	2	0,66	12,4
Paraná	6,1	7,3	0,79	52,4
Rio de Janeiro	2,4	9,2	0,81	366
Rio Grande do Norte	3,6	3,3	0,71	60
Rondônia	4,2	4,3	0,74	38
Roraima	6,6	4,1	0,75	6,6
Rio Grande do Sul	9,7	8,6	0,81	2
Santa Catarina	7,6	8,2	0,82	65,5
Sergipe	3,5	4	0,68	94,4
São Paulo	4,5	10,8	0,82	166,2
Tocantins	3,5	3	0,71	5

Fonte: Ipeadata

Sobre a **tabela 2**, podemos observar que Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com maiores taxas, têm um dos maiores PIB nacional, assim como um bom IDH. Para deslindarmos a questão teríamos que verificar por microrregião onde estes suicídios

estão ocorrendo. Durante a década de 1990, a economia brasileira sofreu alterações que produziram desemprego e deslocamento da força de trabalho entre os setores de atividade econômica.

O cálculo das estimativas de suicídio segundo ocupação, utilizando um denominador constante pode ter superestimado os coeficientes, na medida que houve redução na população ligada à agropecuária e contabilizada no PNAD/2001. Mesmo assim, realizou-se esse cálculo porque a mortalidade proporcional das pessoas ligadas às ocupações agrícolas representa quase 30% dos óbitos e o cálculo dos coeficientes, embora aproximados, representa mais uma informação no perfil do suicídio no Rio Grande do Sul (MENEGHEL, 2004, p. 809).

O suicídio também pode estar associado à densidade demográfica, já que o isolamento é elemento importante na saúde mental, o que não significa que moradores de zonas rurais sejam mentalmente mais vulneráveis. Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Roraima têm indicadores baixos, sendo o de Mato Grosso o de menor densidade do país. A mortalidade proporcional por suicídio das pessoas ligadas às ocupações agrícolas no RS representa quase 30% do total de óbitos, seria esperada alguma influência do tamanho da população rural nos resultados deste estudo, o que não foi encontrado (Schnitman, 2010, 57). O alto número de suicídio em regiões rurais indica o difícil acesso a saúde, declínio econômico das áreas rurais e o acesso a agrotóxicos.

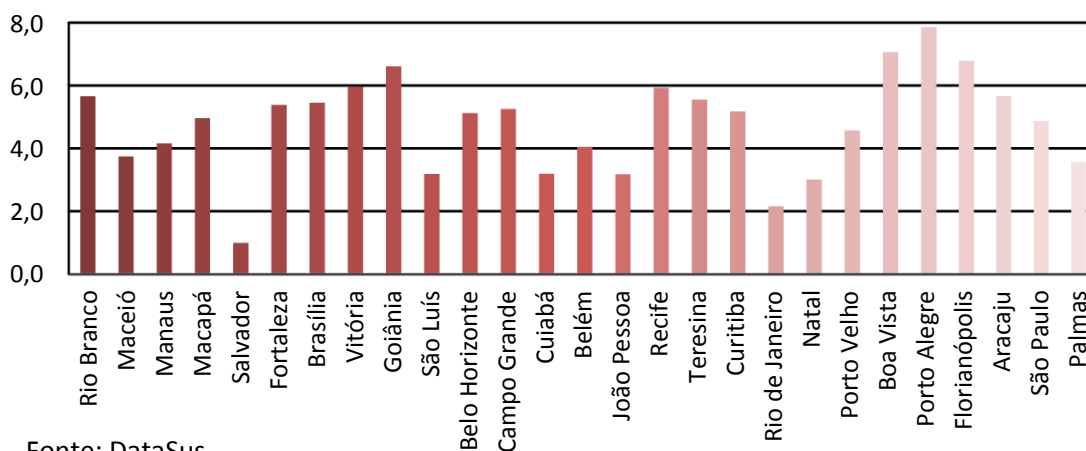
Roraima tem a menor participação no PIB *per capita* nacional (0,16%), Mato Grosso do Sul também tem baixa participação no PIB *per capita* (1,06%), assim como uma densidade demográfica pequena. Após a região Sul, o Centro Oeste ocupa segundo lugar no ranking no que se refere às taxas, variando de 5,4 em 1999 a 6,5 óbitos devido a esta causa a cada 100 mil habitantes, em 2002. Entretanto, estudos sobre o suicídio na região Centro-Oeste ainda são pouco frequentes.

Não foi encontrado nenhum estudo sobre os suicídios em Roraima, apenas pequenas notas de jornais publicando onda de suicídio entre os ianomâmis. A partir de 1995 as taxas de suicídio em Roraima oscilam entre 10,35 e 16,55. Trata-se de um estado amazônico, que faz fronteira com Venezuela e Guiana, de baixa densidade demográfica (2,0 pessoas por km²) e população de 469.524 hab. Também possui o maior território de área protegida pelo país. A Capital Boa Vista tem 65,3% da população total. Apesar de urbana a atividade econômica proeminente é a mineração. Nos últimos anos a população cresceu de forma geométrica. “Este maior crescimento

teve como principal contribuinte os fluxos migratórios destinados a ambientes rurais, o que proporcionou uma taxa de crescimento de 9,7%, em contraposição ao ínfimo valor de 2,7% apresentado na década anterior” (Diniz, 2010, p.3) principalmente a população masculina, o que pode criar viés nos cálculos de taxa de suicídio.

O fator da migração, juntamente com o problema indígena, não pode ser desprezado, já que tem grande influência nas taxas. A migração pode gerar desagregação familiar, corte dos laços sociais anteriormente estabelecidos, criação de novas periferias, pessoas excluídas, segregadas, isoladas e uma competição desenfreada. O fator econômico retorna como problema envolvido. Altas taxas de suicídio entre indígenas também não são novidade, principalmente se pensarmos relacionadas no abuso do álcool. Uma pesquisa divulgada pela Unicef aponta que a taxa de suicídio entre as populações indígenas do Brasil é quatro vezes maior do que no resto do país, segundo reportagem da Carta Capital.³¹

Gráfico 6
Taxa de Suicídio nas capitais brasileiras em 2009



O gráfico mostra a proporção das taxas suicídios por capitais, onde Rio de Janeiro, Salvador, Natal e São Luís tem menor tamanho. O que elas tem em comum seria a característica turística. E como era de se esperar – Boa Vista, Porto Alegre e Florianópolis estão com a maior proporção. As cidades que se destacam com as taxas de suicídio nacional, são aquelas inseridas nos Estados portadores da maior taxa do país, o que denota que a maior fatia deste fenômeno ocorre nas regiões centrais de cada estado, e não no interior. A única novidade desta análise é Goiânia, o estado de Goiás tem uma

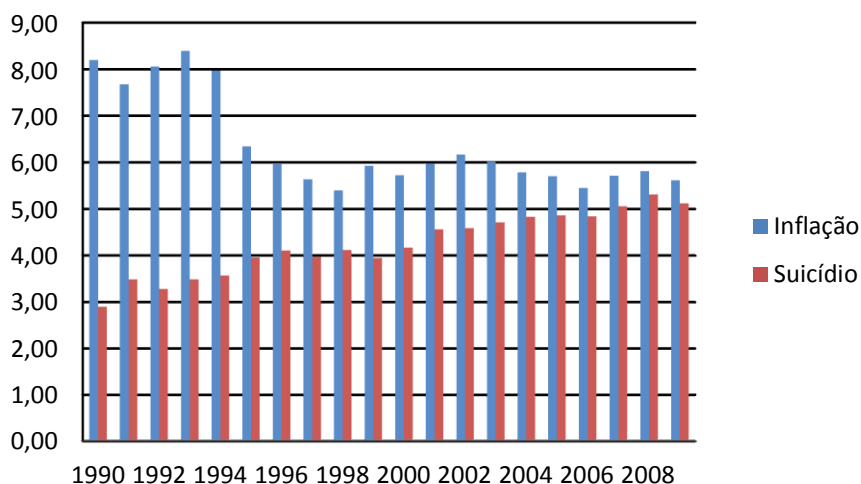
³¹ <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/indigenas-sofrem-com-altas-taxas-de-suicidio/>

média de 5,2 de suicídios por 100 mil habitantes, é uma capital com a pouca densidade demográfica e o Estado a que pertence não tem taxa alta de suicídio, o fenômeno acontece de forma espacialmente agregada somente no núcleo desta Unidade da Federação.

No trecho abaixo, do Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciências Forencis da Colômbia, podemos observar que existe uma diferença entre o suicídio nas áreas urbanas, em comparação às áreas rurais. O percentual nas áreas urbanas é de 73% em 2010, e 26% em áreas rurais, sendo atribuído à facilidade de privacidade para executar o ato, não importando qual a área. É possível que a pior solidão seja aquela que se sente na companhia de outros.

A violência auto infligida se apresenta com maior frequência no domicílio da vítima, do que se pode inferir que este, por ser um lugar que oferece maior privacidade, está apto para a execução do ato suicida (URZOLA, 2010, p.220).

Gráfico 7
Taxa de suicídio e Inflação (INPC) no Brasil



Fonte: Ipea Data

Nos primeiros anos da década de 1990, o país apresentava um baixo crescimento da atividade econômica, aliado a altos índices inflacionários e elevação da dívida pública. Nesse quadro, o governo brasileiro implantou três planos econômicos na tentativa de conseguir a estabilidade monetária e o controle das contas públicas. Entre

os anos de 1990 a 1992, no governo Fernando Collor de Melo, vigoraram dois planos, o Plano Collor I e o Plano Collor II, ambos fracassados rapidamente. Segundo Lourenço (2000) os dois planos visavam a estabilização econômica e o controle da inflação.

O Plano Collor II, editado em 1991, promoveu o congelamento de preços e salários, confiscou saldos das contas-poupança, numa postura de austeridade monetária e fiscal. O grande desafio do governo Collor era o combate à inflação, sendo que os planos econômicos adotados tiveram curta duração e foram ineficientes para resolver essa questão. Segundo Tavares e Fiori (1996), o ajuste fiscal realizado no Plano Collor II teve como objetivo gerar superávit primário para o pagamento dos juros da dívida externa. As medidas adotadas só agravaram a recessão, mediante ausência de investimentos e diminuição do consumo no mercado interno, culminando em diversas falências (Costa, 2005, p.14).

A pronunciada contração econômica - demarcada pela queda acumulada de quase 10% do PIB entre 1990 e 1992, pelo aumento do desemprego e pelo declínio dos salários reais – somada ao malogro dos planos de estabilização, o desgaste governamental com os efeitos negativos do confisco dos ativos e os inúmeros casos de malversação de recursos públicos identificados, desembocaram no impeachment e na deposição do Presidente da República em outubro de 1992. (LOURENÇO, 2000, p.04).

Ao longo da década de 1990, muitas dessas ações foram implantadas pelo governo brasileiro, que através dos Planos Econômicos (Collor I, Collor II e Plano Real) voltados para a busca do controle inflacionário e estabilização monetária, limitando a capacidade de investimento, repercutindo negativamente no crescimento econômico. Essas ações foram: a política de ajuste fiscal, abertura econômica, privatizações de empresas públicas, venda de empresas nacionais, acordos firmados com o FMI para renegociação do pagamento da dívida externa exigindo a geração de superávit primário. Planos econômicos neoliberais que mudaram o quadro nacional (Costa, 2005,p.15). Apesar das taxas de suicídio crescerem, não podemos afirmar que as medidas de austeridade foram as suas causas, principalmente porque mesmo após o restabelecimento dos indicadores, as mortes auto infligidas continuaram a crescer.

O que podemos perceber em comum em todos os gráficos das análises temporais é um aumento nas taxas de suicídio, enquanto no mesmo período diminui a inflação, de forma mais acentuada a partir de 1994. Este indicador, porém, não teve resultado significativo positivo, nem negativo no modelo de regressão que faremos a seguir. A

unidade de análise no primeiro modelo é Brasil, com a variável dependente taxa de suicídio total por 100 mil habitantes, com as variáveis explicativas macroeconômicas, (PIB *per capita*, GINI, Desemprego, Divórcio, Inadimplência, Inflação e Taxa de Pobreza) a medida que as variáveis não tinham o nível de significância adequado foram removidas, restando apenas as que estavam dentro de um razoável intervalo de confiança - o resultado do primeiro modelo,

Tabela 3 - Modelo de Regressão para taxa de suicídio controlada pelo PIB per capita, desemprego e inadimplência (1990 – 2009)

Coeficientes					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
Constante	-0,965	0,472		-2,045	0,058
PIB <i>per capita</i>	0,662	0,065	0,861	10,233	0
Desemprego	0,129	0,047	0,227	2,758	0,014
Inadimplência	0,07	0,019	0,292	3,641	0,002

a. Variável dependente: Taxa de Suicídio por 100 mil habitantes

Este modelo mostra 90% da variância explicada, com uma correlação forte. A medida que o PIB *per capita* aumenta em um 1% percentual, o suicídio ganha um incremento de 0,66 - significativa a um nível de 99%. Para o desemprego o modelo é significativa a 95%, sendo uma correlação também positiva, aumenta o desemprego em 1% e o suicídio aumenta em 0,13. Por fim, a inadimplência com um incremento de 0,07 para o suicídio. Desemprego e inadimplência são variáveis ligadas a crise econômica, mas não explicam totalmente as questões de desigualdade, assim como o PIB apesar de ser uma variável que também meça a crise, não demonstra as disparidades sociais, não se sabe quem sofreu com a crise e quem ganhou.

Segundo Winters et al.(2012: p.43), a rapidez da mudança econômica é a chave do perigo para a saúde. A intensidade das transformações negativas na economia parece menos importante que a velocidade. Segundo o autor, há uma correlação positiva forte para aumentos significativos de curto prazo para mortes e taxa de desemprego. Aumenta o número de mortes prematuras por violência intencional, enquanto reduz mortes no

trânsito. Possivelmente havendo menos poder de compra de automóveis, os acidentes de trânsito sejam menos frequentes. Cada 1% de aumento do desemprego foi associado com um aumento de 0,79 (intervalo de confiança de 95% (IC) 0,16-1,42) em suicídios para aqueles com menos de 65 anos e 0,79 (95% CI 0,06-1,52) em homicídios. Sua pesquisa diz respeito aos países europeus, onde o desemprego tem maior impacto que no Brasil.

No próximo modelo usaremos a variável nominal: Região. A base de referência comparativa será a região Sul, por ter as maiores taxas de suicídios. E como o Sul tem as maiores taxas, todos os coeficientes são negativos, já que verificamos sempre a diferença entre regiões e a maior taxa.

Tabela 4 - Modelo de Regressão para taxa de suicídio controlada pelo PIB per capita, Gini e inadimplência e Região (1990-2009)

Estimativas dos parâmetros							
Parâmetros	B	Erro Padrão	Intervalo de Confiança de 95%		Teste de Hipótese		
			Inferior	Superior	Chi-Quadrado	df	Sig.
Intercepto	16,32	1,2386	13,892	18,748	173,594	1	0
Centro-Oeste	-1,729	0,2822	-2,283	-1,176	37,542	1	0
Nordeste	-3,46	0,3176	-4,082	-2,837	118,682	1	0
Norte	-3,306	0,2754	-3,845	-2,766	144,084	1	0
Sudeste	-3,738	0,2844	-4,296	-3,181	172,81	1	0
Sul	0 ^a	.	.	.	.	.	.
PIB	0,065	0,0263	0,014	0,117	6,208	1	0,013
Gini	-9,725	2,7563	-15,128	-4,323	12,449	1	0
Desemprego	-7,104	2,7396	-12,474	-1,735	6,724	1	0,01
(Scale)	2,133 ^b	0,1453	1,866	2,437			

Variável dependente: Taxa de Suicídio 100 mil/hbs

Modelo: (Intercepto), Região, PIB, Gini, desemprego

Região e Gini no modelo têm maior significância. Desemprego e Gini têm relação oposta ao suicídio, ou seja, a cada vez que o desemprego aumenta, as taxas de suicídio diminuem em 7,1. Cada vez que o Gini aumenta o suicídio diminuiu em 9,72; Depois do Sul a Região Sudeste se expressa com menor letalidade nesta questão, já que

medimos o coeficiente como a diferença entre Sul e as outras regiões, desta forma, o Sudeste se expressa com maior diferença.

Controlando pelo Gini, PIB per capita e desemprego, o Centro Oeste apresenta a segunda região maior taxa de suicídio. O coeficiente do Centro Oeste (-1,73) indica que a taxa de suicídio é menor, em média; 1,7 em relação ao Sul. As outras regiões têm um coeficiente de suicídio menor, que oscila entre 3,3 a 3,7 em relação ao Sul. Os dados agregados não mostram o Mato Grosso do Sul no Centro Oeste, onde a taxa é proeminente, entretanto este resultado indica que existe algum local com alta taxa, puxando a média para cima.

Estes resultados servem para demonstrar que os indicadores da situação econômica no Brasil não tem impacto sobre as taxas de suicídio no período estudado. Esta conclusão já poderia ser intuída nas primeiras análises exploratórias simples, onde percebemos que os índices de desenvolvimento humano e econômico melhoraram, enquanto as taxas subiram de forma aparentemente independente. Infelizmente não há um coeficiente de crise no modelo para concretizar os testes com maior eficiência.

O Gini, como dito antes, é um coeficiente usado para medida de desigualdades sociais. A publicação “Como a saúde mental e o bem-estar afetam as desigualdades na saúde?”³², sustenta que há uma lógica versa e inversa entre ambas.

A saúde mental é fundamental para o bem estar pessoal, relações familiares e contribuições bem sucedidas para a sociedade... Doença mental e pobreza interagem num ciclo negativo: a doença mental limita a capacidade das pessoas de aprender e de se engajar produtivamente nas suas economias, e a pobreza, por seu turno, aumenta o risco do desenvolvimento de transtornos mentais, e reduz a capacidade das pessoas de obter acesso a serviços de saúde. (ALWAN, 2008).

A qualidade da saúde pública é particularmente evidente quando afeta a saúde mental. Como indicado no *Desigualdades de mortalidade entre 1989-1998*, na Irlanda esta questão é relacionada à classe social. Estudos na Irlanda do Norte e na República da Irlanda mostram claros elementos de transtornos mentais por classe ocupacional, com taxas 360% maiores para as outras classes em relação as classes mais altas. Por sexo a dependência de aditivos e taxas de mortalidade por uso de drogas para os homens, resultou em 244% maior que para as mulheres que usam as mesmas substancias.³³

³² Tradução própria

³³ Ala Alwan, mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders, WHO, 2008

Segundo o autor, os determinantes sociais da saúde se aplicam ao quadro mental, bem como a saúde física aos determinantes sociais. Igualmente, problemas de saúde mental têm um impacto sobre a inclusão social, o emprego e a economia. Juntos, pobreza, saúde mental e condições sociais desfavoráveis têm o potencial de exagerar as desigualdades.

No Reino Unido, doenças mentais contavam por 20% do fardo de doenças em 2002, o que era mais alto que as doenças cardiovasculares (17,2%) e câncer (15,5%). Os custos econômicos dos problemas de saúde mental são substantivos, porque a saúde mental tem custos diretos sobre a saúde, bem como custos indiretos como perda de produtividade, morte prematura, invalidez e custos adicionais sobre os sistemas social, educacional e judiciário. A *Northern Ireland Association for Mental Health* (NIAMH) estimou que doenças mentais custam cerca de £2.7 bilhões por ano na Irlanda do Norte. O comunicado à imprensa *A Vision for Change* afirmou que, quando esta taxa é traduzida para a população da República da Irlanda, o custo econômico da saúde mental na Irlanda é de €11 bilhões por ano. (ALWAN, 2008).

Desigualdades e saúde mental são especialmente evidentes quando se olha para sexo, uso de drogas e álcool, esses problemas também podem contribuir para maiores desigualdades de saúde na população. Os custos econômicos com saúde mental são um fardo, principalmente em países que precisam investir em outros tratamentos, bem como os custos diretos e os indiretos, gastos para o desenvolvimento social, com programas em educação e justiça. Dada maior atenção a saúde, aos benefícios sociais, também econômicos, se constrói uma forte base para uma boa saúde mental. Assim, a diminuição das desigualdades é importante para a criação de comunidades saudáveis e fortes.

Tabela 5 - Modelo de Regressão para taxa masculina de suicídio, controlada por divórcio; inadimplência; desemprego e Gini (1990 – 2009)

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
Constante	104,859	4,574		22,926	0,002
Divórcio	-0,133	0,012	-0,75	-11,328	0,008
Inadimplência	-1,062	0,074	-1,062	-14,404	0,005
Desemprego	-0,384	0,056	-0,326	-6,806	0,021
Gini	-67,652	8,842	-0,787	-7,651	0,017

a. Variável dependente: Taxa masculina de suicídio

A inadimplência tem bom nível de significância no modelo para sexo masculino, seguido de divórcio, Gini e desemprego. A medida que o divórcio aumenta, o suicídio masculino diminui discretamente 0,13. O Gini oferece neste modelo o maior incremento, a medida que ele aumenta uma unidade percentual, o suicídio diminui 67,6 para o sexo masculino. Vamos testar agora o suicídio masculino em regiões do Brasil.

Tabela 6 - Modelo de Regressão para taxa masculina de suicídio, controlada por Região; desemprego e pobreza.

(1990 – 2009)

Estimativa dos parâmetros							
Parâmetros	B	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Teste de Hipótese		
			Inferior	Superior	Chi-Quadrado	df	Sig.
Intercepto	25,427	1,7857	21,927	28,927	202,753	1	0
Centro-Oeste	-3,478	0,4412	-4,342	-2,613	62,129	1	0
Nordeste	-4,719	0,541	-5,78	-3,659	76,103	1	0
Norte	-4,593	0,4758	-5,525	-3,66	93,198	1	0
Sudeste	-6,607	0,4476	-7,484	-5,73	217,911	1	0
Sul	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Desemprego	-7,74	3,79	-15,169	-0,312	4,171	1	0,041
Log_tx_pobreza	-6,404	0,9579	-8,282	-4,527	44,696	1	0
(Scale)	5,309 ^b	0,3621	4,644	6,068			

Variável dependente: Taxa masculina de suicídio

Model: (Intercept), Região, desemprego, Log_pobreza

Regiões, Desemprego e Taxa de pobreza foram os indicadores que sobraram (tiveram nível de significância adequado entre todas as outras variáveis) para o modelo em que suicídio do sexo masculino é testado. Controlando por estas variáveis, a região Sudeste tem uma diferença maior entre os outros estados, desta feita, os homens se matam menos nesta região. De forma agregada, novamente, não podemos ver o Mato Grosso do Sul, tampouco Roraima. À medida que o desemprego aumenta 1%, o suicídio diminui 7,74; nossos resultados são contrários as pesquisas que encontraram relação entre indicadores de crise econômica e suicídio. Se o desemprego aumenta o suicídio, por outro lado, em nosso teste, diminui. Modelado por desemprego e pobreza, o suicídio para os homens no Sudeste se reduz pela metade em relação à regressão feito com o total das taxas de suicídio.

Tabela 7 - Modelo de Regressão para taxa feminina de suicídio, controlada por divórcio; inadimplência e desemprego (1990 – 2009)

Coeficientes						
Modelo		Coeficiente não Padronizado		Coeficiente Padronizado	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
	Constante	16,853	1,405		11,996	0,001
	Desemprego	-0,249	0,081	-0,291	-3,061	0,055
	Inadimplência	0,291	0,093	0,399	3,123	0,052
	Divórcio	-0,059	0,017	-0,457	-3,477	0,04

Variável dependente: Taxa feminina de suicídio

No teste para o sexo feminino, apenas o divórcio teve o *alpha* menor que 0,05; apesar de não estipularmos valor para se refutar a hipótese nula, por convenção adotamos 0,01 e 0,05. As outras variáveis são expressivas a 94% de confiança. Em comum com os homens estão o desemprego, divórcio e a inadimplência foram selecionados no modelo relação linear. De qualquer forma todos os incrementos em comum são menores para mulher. Para a mulher, ao contrário dos homens, quando sobe a inadimplência em uma unidade percentual, há um incremento positivo de 0,21 no suicídio feminino. O divórcio quando aumenta, há uma diminuição no suicídio de 0,06, bem menor que para os homens. O próximo modelo será o de suicídio feminino por regiões.

Tabela 8 - Modelo de Regressão para taxa feminina de suicídio, controlada por Região; pobreza e desemprego. (1990 – 2009)

Estimativa dos parâmetros							
Parâmetros	B	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Teste de Hipótese		
			Inferior	Superior	Chi-Quadrado	df	Sig
Intercepto	6,302	0,5731	5,179	7,425	120,907	1	0
Centro-Oeste	-0,247	0,1414	-0,524	0,03	3,049	1	0,081
Nordeste	-0,779	0,1734	-1,119	-0,439	20,174	1	0
Norte	-0,739	0,1528	-1,039	-0,44	23,412	1	0
Sudeste	-1,267	0,1434	-1,548	-0,985	77,964	1	0
Sul	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Log_Tx_pobreza	-1,575	0,3073	-2,178	-0,973	26,273	1	0
Desemprego (Scale)	-2,364,545 ^b	1,218,00373	-4,751,0477	0,023,0623	3,767	1	0,052

Variável dependente: Taxa feminina de suicídio

Modelo: (Intercepto), Região, Log_pobreza, desemprego

Sobre a taxa de pobreza, a cada percentual desta que aumenta, o suicídio diminui em 1,57, o que é um resultado intrigante. O desemprego é significativo apenas a uma margem de 94% de confiança, com um incremento bem menor do que o do sexo masculino. De qualquer forma a margem para se refutar a hipótese não é forte, não obstante, contrária da hipótese de correlação entre desemprego e suicídio. O trabalho intitulado: Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional, analisou pobreza e taxas de suicídio, e obteve resultado similar ao nosso para microrregiões do Brasil.

A relação negativa entre o nível de pobreza da microrregião e a taxa de suicídio sugere que podem prevalecer no Brasil as razões apontadas pelas teorias sociológicas, ou seja, maiores níveis de renda aumentam a sensação de independência e degeneram a família como instituição social. É importante enfatizar que este artigo usa múltiplos indicadores que compõem o fator "pobreza". Ao se analisar casos internacionais, o uso de apenas um indicador para representar a situação econômica do país ou região, como a medida de desigualdade expressa pelo Índice de Gini, indica a existência de uma relação positiva entre taxas de suicídio e desigualdade, o caso brasileiro parece, portanto, mostrar uma realidade distinta. (Gonçalves, 2011).

Uma pesquisa sobre letalidade no Brasil demonstra que onde a taxa de suicídio é maior, a de homicídio é menor, e, vice-versa. Os Estados de Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul apresentam os menores percentuais de homicídio do país. Alagoas, Sergipe apresentam a maior taxa de homicídios por 100 mil habitantes (Fernandes et al., 2005: p26). Santa Catarina e Mato Grosso do Sul tem as maiores taxas de suicídio e menores de homicídio, assim como Alagoas e Sergipe tem menores de suicídio. O Nordeste concentra as maiores taxas de homicídio, mas de acordo com nosso modelo é o penúltimo no *ranking* dos suicídios. Com o exemplo da taxa de homicídios cunhamos as taxas dos estados em pior situação – Alagoas (59,3%); Bahia (37,1%); Pernambuco (44,9%) e Paraíba (33,7). Na maioria dos estados aumentaram as taxas desde 1990, com exceção do Rio de Janeiro que em 1990 estava com uma taxa de 56,1% e em 2009 foi para 33,6% por 100 mil habitantes, ainda alta, mas vem diminuindo bem. São Paulo que em 1990 estava em (30,8%) seguindo para (15,8%), obteve uma diminuição de 50% por cento, estes dois estados tiveram maior investimento em segurança pública, já Minas Gerais e Espírito Santo continuam aumentando, chamando atenção para o último, onde a taxa em 2009 foi de 57,2%. Rondônia que em 1990 estava com (51,3%) e em 2009 foi para (35,6%). Minas Gerais

(18,5%) em 2009, apesar da taxa subir lentamente, não é tão alta, entretanto o caso de Espírito Santo é grave, com uma das maiores taxas do país.

Roraima, apesar das taxas de suicídio serem altas, as de homicídio começam em com 61,3% em 1990 para 27,8% em 2009, diminuição expressiva, quase 50% de descida ao longo dos últimos 20 anos. Algo curioso, é que, apesar destes estados ao longo dos anos diminuírem seus números, entre 1994 e 1999 todos tiveram aumentos súbitos. Teríamos que investigar o que houve neste período em termos de políticas públicas para investigar o que poderia ter acontecido.

Os menores Índices de Desenvolvimento Humano estão na Região Nordeste. Há uma diferença entre aqueles que perderam qualidade de vida devido a uma crise, àqueles que sempre estiveram na pobreza. Podemos relacionar pobreza com violência, então contrastar as sociedades do homicídio com as “sociedades” do suicídio. Uma possível hipótese para este resultado poderia ser que, onde há mais desigualdade e pobreza, a violência tende a ser externa, são regiões onde há muito tempo a penúria persiste, pouco impacto teria os reveses econômicos. Em contrapartida, estados onde a vulnerabilidade perante as crises é maior, a violência se torna mais intensa de forma interna.

*Pobreza e Dívidas causam suicídio?*³⁴ é o título da publicação de um estudo na Índia, com resultados bem distintos dos nossos. Segundo o relatório, as análises feitas não servem para explicar por que as taxas de suicídio estão subindo globalmente, independentemente do Estado, de riqueza, pobreza ou benefícios previdenciários em alta ou baixa. O suicídio está relacionado à idade, doença, estresse na adolescência, problemas familiares, e uma série de causas menores. Problemas financeiros são bem baixos na lista. Nossa exploração não obteve resultados ao se investigar se os elementos envolvidos nas crises econômicas no Brasil possuem impacto sobre as taxas de suicídio. Na verdade as correlações foram praticamente inversas a lógica proposta com base nos estudos internacionais. Esta pesquisa feita na Índia obteve um resultado próximo ao nosso, registros indianos atribuem apenas 5 por cento dos suicídios à falência, pobreza e súbita queda no status econômico. Razões familiares e problemas de saúde são as principais causas.

A imagem global sugere que a principal causa de suicídio é interna, não externa. Relaciona-se principalmente para os aspectos psicológicos e a

³⁴ Does poverty or debt cause suicide? « Swaminomics swaminomics.org/?p=514 (Tradução própria)

composição genética dos indivíduos (maníacos depressivos são muito suicidas). Isso ajuda a explicar porque as taxas de suicídio são de tão difícil associação às condições econômicas e sociais. Isso também oferece uma explicação cultural para zonas de alto suicídio nos países bálticos e países muçulmanos. Não há dúvida de que tensões externas, como a seca e a dívida, podem derrubar os indivíduos deprimidos sobre o abismo. Mas os dados não sugerem que isso aumente enormemente as taxas de suicídio.³⁵

Nem todas as variáveis explicativas para um país podem ser utilizadas em outro, mas o que há de comum sobre o suicídio são: estresse e distúrbios mentais. Não sabemos com rigor, entretanto, a veracidade desta pesquisa, já que a subnotificação, principalmente em um país tão grande como a Índia, pode criar grandes problemas. No Brasil passamos pela mesma dificuldade em coleta de dados. Outra questão cultural pode contribuir realmente para que o desemprego e a pobreza não tenham impacto na saúde pública neste país: a religião, que milenarmente cultua o desapego e a resignação perante o destino certamente se orienta por um *ethos* que desvaloriza o consumo. Um exemplo desta aceitação da pobreza como destino dado, é a permanência das castas, sistema que ainda hoje perdura, apesar de diluído e legalmente proibido. Vale destacar que o país possui o décimo maior PIB do mundo (US\$ 1,8 trilhão, segundo o Banco Mundial), embora dividido pela sua imensa população, isso resulte numa renda per capita modesta (US\$ 1.500,00, também segundo o Banco Mundial).

Alguns elementos dos países, relacionados às regiões, ou seja, o espaço, são variáveis que explicam como ocorreu um fenômeno. A epidemiologia se estruturou através do conceito de transmissão, desta forma é possível estudar uma tipologia de suicídio à luz do local, assim como, seus aspectos epidemiológicos. O espaço é um conceito importante nas ciências sociais, principalmente quando tratado dentro deste campo, mas deve ser usado como unidade de análise com parcimônia. Os estudos epidemiológicos clássicos abordam a categoria “lugar”, que, diferenciado de “tempo” e “pessoas”, constitui um dos seus principais elementos de análise. Reconhecem que o estudo da distribuição geográfica na epidemiologia é importante para a “formulação de hipóteses, além de ser útil para propósitos aplicados a políticas públicas (Czeresnia & Ribeiro, 2000).

A pesquisa *Fatores locais e suicídio: 5 anos de acompanhamento da população da Irlanda do Norte*³⁶ (O'Reilly et. al :2008) destaca que as taxas de suicídio variam consideravelmente entre áreas, mas não está claro se isto é devido a diferenças na

³⁵ Idem

³⁶ Tradução própria

composição da população ou a fatores contextuais que operam em um nível local. Para determinar se os fatores de área são independentes, deve-se ajustar o suicídio pelas características individuais e familiares. Há cinco anos, um estudo foi realizado na Irlanda do Norte, com uma amostra de 566 suicídios em pacientes com acompanhamento, com o tradicional resultado – riscos de suicídio foram menores para as mulheres e para aqueles que eram casados ou em coabitação. Indicadores como – pessoas sem família, situação econômica e de saúde foram também fortemente relacionado ao risco de suicídio. As taxas mais altas de suicídio, que eram nas áreas mais carentes e socialmente fragmentadas, desapareceram após se ajustar por fatores individuais e domésticos. Não houve relação significativa entre a densidade populacional e risco de suicídio. As diferenças em taxas de suicídio, segundo o autor, entre áreas, são predominantemente devido às características da população, em vez de fatores próprios das áreas e, portanto, não é de se esperar que políticas voltadas estes últimos tenham impacto significativo sobre as taxas de suicídio (O'Reilly et. al, 2008: p. 116).

O suicídio e o Homicídio são formas diferentes de violência que não estão conciliadas geograficamente, por motivos econômicos e culturais. Mato Grosso do Sul e Roraima tem as menores taxas de homicídio dos últimos anos, Rio de Janeiro e São Paulo anteriormente tinha as maiores taxas de homicídio, mas há tempo que não é mais assim (Ver Tabela Anexo B: p. 60). Levando em consideração o isolamento, problemas econômicos com maior impacto nas grandes metrópoles, já que lá estão localizados as maiores oportunidades de emprego, é pertinente a citação a seguir, podemos descrever o *homem urbano, este parece destinado à reserva, à solidão, ao intelectualismo, à frieza emocional, ao distanciamento, ao excesso de controle, à racionalidade e à indiferença* (Marquetti, 2012, p. 37). Nesta última citação o autor dá valor à densidade populacional, já que o “homem urbano” habita as grandes metrópoles.

Cassorla (1984) encontrou em sua amostra, na pesquisa sobre tentativas de suicídio, um grupo maior de desempregados, quando comparado ao grupo de controle. Isso pode se dever não apenas à condição socioeconômica, mas à condição mental. Aquele que tenta o suicídio pode ser portador de transtornos mentais, cujas dificuldades em se expressar e se relacionar, proporcionam uma maior chance de desemprego. Este problema entre suicídio e desemprego é uma via de mão dupla.

Já para o Brasil o que podemos concluir em nossos testes é que é que as variáveis sobre crises econômicas usuais na literatura não tem o mesmo efeito sobre o

suicídio, desemprego e pobreza funciona no sentido oposto ao esperado. Somente para o Brasil no primeiro modelo – PIB *per capita*; desemprego e inadimplência foram significativas, entretanto temos os problemas das análises agregadas que incham as correlações. Gini foi uma variável em comum para o modelo 1 e para o suicídio masculino em relação a predisposição da correlação. Claro que estas questões vão se modificando à medida que iremos refinando a análise, aumentando as unidades geográficas de estudo dentro do país. Nos estudos sobre a relação entre o espaço e violência, é verificado que os fenômenos não se distribuem de forma uniforme, muitas vezes existe um padrão, expressando frequentemente o que chamamos de *hotpots* (pontos onde a violência acontece com mais frequência). Apesar dos padrões não serem suficientes para explicar as causas, neste momento as teorias críticas podem, e devem, servir como base para novas perspectivas, dando o suporte necessário para explicar o que a análise exploratória de dados estatísticos, não foram capazes de indicar.

5 CONCLUSÕES

O Suicídio, como Camus citou, é o maior problema filosófico em termos ontológicos, mas também um dos maiores problemas sociais. Já que o sentido da vida se dilui com facilidade naqueles que estão com seus vínculos sociais abalados. Os riscos se tornam graves quando há concomitância de algum problema mental. Uma vez desprovido dos meios de sobrevivência, em muitos casos o raciocínio de que não vale à pena viver pode ser recorrente.

Pesquisas estadunidenses e europeias apontam que quando se trata de pessoas que não estão acostumadas com perdas, aquelas que não são pobres de fato, o risco é maior, pois não se está preparado para os reveses de um prejuízo repentino. A competição desenfreada, a busca por status, a supervalorização dos bens materiais, o consumismo, são valores sociais que, quando introjetados, deixam os indivíduos mais vulneráveis as adversidades. As motivações que podem levar ao suicídio são variadas, seus níveis de gravidade podem ser problematizados, já que cada um tem sua resistência pessoal, perder o emprego pode comprometer toda a subsistência de uma família,

entretanto, um dano considerado socialmente menor, pode ser percebido como um grande fracasso íntimo.

No que diz respeito ao desemprego, este afeta ambos os sexos, mas seus efeitos nocivos são maximizados para os homens, que agora precisam competir com as mulheres. Ser excluído desta participação social pode influenciar ao uso de drogas (álcool e outras), aqueles que estão empregados temendo perder seu trabalho farão o contrário, assim a atividade laboral se torna um inibidor do uso de substâncias nocivas a saúde. A pressão social sobre o homem, como provedor da família, por falhar em cumprir este papel, pode precipitar sua morte. A perda do trabalho predispõe ao estresse, podendo levar à instabilidade familiar e, por fim ao suicídio. Somente em poucos países, como Índia e China, excepcionalmente, o risco é maior para as mulheres, embora saibamos que, nesses países, tais números são duvidosos, por motivo das subnotificações. A explicação desses casos requer mais pesquisas.

A nossa expectativa teórica com base em algumas pesquisas feitas na Europa e nos Estados Unidos não obteve evidência empírica no Brasil. Em nosso trabalho, apesar de percebermos que o desemprego, PIB, GINI, entre outras variáveis que são vitais para mensuração de uma crise econômica, não verificamos um resultado significativo na determinação das taxas de suicídio. Devemos atentar que estamos estudando o Brasil em um momento diferente do que gerou as análises no primeiro capítulo. Os determinantes de homicídios, por exemplo, não são os mesmos quando se faz estudos por décadas. A princípio não conseguimos descobrir nossos parâmetros ideais, precisamos investigar quais são. Hipoteticamente, assim como existe uma sazonalidade nas análises de homicídios, pode existir também para o suicídio.

A crise pressupõe um período de redução na produção e no consumo, estagnação de serviços, prejuízos financeiros, além de falências. Outros fatores relacionados a mudanças negativas no padrão de vida dos indivíduos, é a desintegração dos laços sociais, em particular a família. As relações familiares, de acordo com a literatura aqui estudada, são fundamentais para o fortalecimento dos vínculos sociais, além de outros laços como – amigos, grupos sociais, religião e trabalho. O rompimento destas relações desvincula o indivíduo da própria realidade, daquilo que dá sentido à sua vida. Entretanto, estes elementos que unem também podem levar ao esfacelamento, assim, influenciam para que ocorra, tanto quanto para evitá-lo – uma rede de interação social podem dar substância a vida, mas se estiver negativamente configurada, pode precipitar o fim. A baixa integração social e o isolamento podem levar à depressão, que é um

indutor de suicídios, ao passo que, a busca pela solidão pode ser benéfica em alguns momentos.

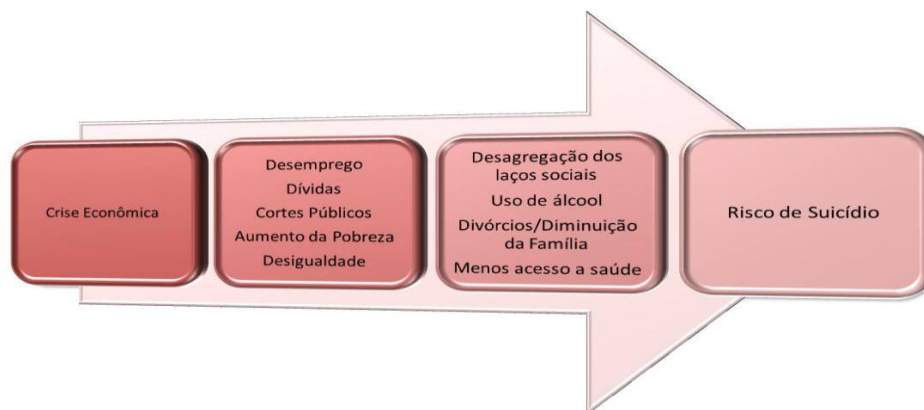
As taxas de violência letal auto infligida na Europa são altas tanto para aqueles países que estão entrando em crise, como para os que já viviam na pobreza. Havia um mito de que o suicídio só atingia as nações mais frias e ricas, assim como depressão era doença dos abastados. Sabemos que os pobres tem menos acesso a bens e serviços de modo geral, o que leva a saúde mental para última instancia em termos desta promoção, este fato cria um grande viés de mensuração, tornando a comparação entre classes impossível de ser aferida. Para além da dificuldade de atendimento em saúde mental para todas as classes, é possível que haja um estigma social, alguns grupos não procuram um médico porque consideram que psiquiatra e psicólogo são demandas dos loucos e fracos.

Em cada comunidade existe uma vulnerabilidade, podendo ser mais grave entre os menos favorecidos economicamente, esta sensibilidade pode ser explicada por elementos tradicionais como – baixa escolaridade; desemprego, endividamento e habitação precária. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a crise vai atingir principalmente aqueles que se encontram classificados como de baixa renda, expostos a privações básicas de sustento e moradia. A atual crise europeia, que teve início em 2008, aumentou os endividamentos das famílias e os despejos. A saúde mental da população também pode influenciar na diminuição do crescimento econômico, a crise pode aumentar os transtornos mentais e vice-versa. Já que um povo deprimido produzirá menos.

Pesquisas suplementares são requisitadas para podermos afirmar, com rigor, se são os pobres ou os que estão empobrecendo com a crise, os mais expostos ao risco de suicídio. O aumento das taxas na maioria dos países, entretanto, nos indica a questão. A relação em alguns locais pode não ser direta, já que, como dito antes, pessoas com problemas mentais terão dificuldade em se manter no emprego, a taxa de suicídio pode aumentar em países onde ela já era historicamente alta. Entretanto, havendo um aumento considerável das taxas de suicido em tempos crise, o estado da economia torna-se uma hipótese plausível para o incremento adicional.

A figura abaixo sintetiza nosso argumento quanto à correlação entre crise econômica e suicídio. Quando as taxas de suicídio são controladas em modelos que tenham – estado civil, idade, gênero, ocupação, os resultados são menos homogêneos que os agregados que determinam as recessões, assim como a análise se torna mais

detalhada. A crise, contudo, pode ser o elemento desencadeador do processo de autoextermínio.



O diagrama acima tem como objetivo demonstrar os possíveis caminhos que uma crise econômica pode levar até o risco de suicídio. No segundo bloco existem efeitos de uma crise, no terceiro temos resultados possíveis do bloco anterior. Por fim a maximização do risco de suicídio. Tais efeitos podem ocorrer independentes da crise, entretanto a uma economia débil potencializa tais elementos que vão gerar outros, combinados ou não, que irão aumentar riscos.

Para os resultados brasileiros, podemos dizer que usamos todas as possíveis e disponíveis variáveis relacionadas a crises macroeconômicas. Com as estatísticas simples percebemos que a renda *per capita* sobe junto com as taxas de suicídio, o que faz desta variável um elemento refutável para a hipótese inicial de que o aumento do PIB *per capita* diminui as desigualdades e, por final, a auto violência letal. O suicídio também é bem mais alto entre os solteiros, confirmando outras pesquisas mencionadas. Apesar do PIB *per capita* não ser um bom preditor para o suicídio no Brasil, já que não representa bem as desigualdades, na medida que é uma divisão simples de todo o Produto do país pela população, em outros países esta foi uma boa variável de correlação. São exemplo o Chile e as ex-republicas soviéticas. Uma explicação para esta diferença talvez signifique que as disparidades de renda nestes países sejam bem menores que no Brasil. Nesses casos, o PIB *per capita* representa bem os indivíduos da nação estudada.

Dentro das observações das taxas simples entre estados nos últimos vinte anos, quatro se destacam – Mato Grosso do Sul, Roraima, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O Mato Grosso do Sul tem uma grande população indígena, com altos índices

de suicídio, inclusive coletivos, o que pode puxar a média para cima. Em Roraima, além da já mencionada questão indígena, existe a transumância em busca de trabalho nas minas. A migração pode ser fruto da falta de oportunidade de emprego, indiretamente ligada a crise econômica e a falta de políticas públicas. O migrante perde os laços familiares e sociais, fator importante na saúde mental.

Densidade demográfica não foi significativa para nenhum dos quatro estados onde as taxas são maiores. Pelo contrário, o Sudeste, onde a densidade é maior, demonstrou as menores taxas quando agregamos no modelo controlado por regiões. Os Estados onde o suicídio entre homens é maior também são os que têm a maior taxa para mulheres, o que significa que, apesar das mulheres se matarem menos, onde o fenômeno é mais proeminente, ele o é para ambos os sexos.

Como dito antes, nossas variáveis dependentes são: taxa de suicídio por 100 mil habitantes, total e para ambos os sexos, para as explicativas usamos as seguintes variáveis macroeconômicas: PIB *per capita*; Gini; Taxa de desemprego por 100 mil habitantes; IDH; Taxa de Divórcio; Taxa de Pobreza e Taxa de Inadimplência. Em nossos resultados para o primeiro modelo de regressão, as variáveis com nível de significância válido foram: PIB *per capita*; Desemprego e Inadimplência. Este modelo tem uma capacidade analítica simples, pois os dados estão agregados para o país inteiro, sendo a renda *per capita* o preditor modesto de 0,6% para o suicídio. Já quando controlamos por região do país, usando a Região Sul como base de referência entre as outras, o desemprego ganha maior poder explicativo. Neste segundo modelo, as variáveis significativas foram: PIB *per capita*; Gini e Desemprego, este último com uma diminuição na taxa de suicídio de 7,1% a cada unidade percentual, sendo o Desemprego uma variável com correlação negativa, inviabilizando nossas comparações. O Centro-Oeste é a segunda maior região em letalidade depois do Sul. Por dedução, o que deve estar puxando a taxa para cima possivelmente é a presença de Mato Grosso do Sul, mas não podemos verificar. Esta forma agregada não mostra detalhes, como por exemplo, *outliers*.

Quando calculamos por região, sexo masculino, em relação à taxa total por 100 mil habitantes, tem um resultado para o Sudeste duas vezes maior em relação ao Sul. Sendo taxa de pobreza a variável com boa significância, confiança de 95%. No teste para o sexo feminino, apenas o divórcio teve 95% de confiança. De qualquer forma, como dito anteriormente, todos os incrementos em comum são menores para mulher. Os problemas econômicos e até familiares como divórcio têm menos impacto para as

mulheres, o que era de se esperar, já que a taxa de suicídio feminino não só no Brasil, como na maioria dos países é bem menor. Pode-se concluir também que o comportamento suicida masculino pode ser mais sensível às condições socioeconômicas, em oposição ao comportamento feminino. Um dos problemas apontados foi a subnotificação, e as análises agregadas por região e Brasil, que como vimos não revelam as regiões fora do padrão.

Quando controlamos por Região, o Centro Oeste não teve resultado significativo para o sexo feminino. Assim como nas outras regiões, o incremento é bem menor que no sexo masculino. Com 99% de confiança, apenas a taxa de pobreza teve um bom resultado de significância. Cada unidade desta que aumenta, o suicídio diminui em - 1,57%, resultado humilde, mas emblemático. Precisamos investigar se o suicídio está mais localizado em regiões onde a pobreza aumenta ou onde ela já se encontra estabelecida, tudo indica em nossos resultados que os reveses econômicos não são tão significativos, apesar da escala temporal não ser tão longa. São comparações em tempos diferentes e países bem distintos. Estes resultados são fruto de que os indicadores econômicos no Brasil só tem melhorado nos últimos anos, enquanto a taxa de suicídio cresce. A pesquisa de Gonçalves (2001), sobre os determinantes econômicos e as taxas de suicídio também apontam para a falta de correlação entre as variáveis. Para Índia, os mesmos testes também não obtiveram relação, para esta vale a reflexão comparativa, já que o Brasil tem mais familiares com este país que os que pertencem a Europa. Sabemos que a taxa brasileira está subindo, principalmente após a mudança do CID-9 para o CID-10 e que existe indicadores que certamente tornam as pessoas vulneráveis, afetam a saúde mental, mas a princípio, em termos de crise econômica não conseguimos afirmar quais são as variáveis nacionais envolvidas no fenômeno.

No modelo (Ver Tabela nº10 Anexo A: p.72) controlamos o suicídio pelas Unidades da Federação. Assim, as melhores variáveis para o modelo foram desemprego e pobreza, desta forma menos agregada o desemprego ganha espaço. Entretanto, não houve resultado significativo para alguns estados – Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Pernambuco, Piauí, Rondônia e Sergipe. A possível explicação talvez seja as taxas de suicídio nestes estados oscilam de 5,5 a 3,5 – a princípio, médias baixas (Ver tabela nº 3: p. 48).

Pensar em suicídio e impactos negativos da economia capitalista pode nos orientar a pensar que o fenômeno pode ser da modernidade, mas na verdade é multifatorial do ponto de vista coletivo e individual, tampouco o problema é

contemporâneo. Apenas nos últimos séculos a atenção para este tema aumentou, porém, com ênfase inicial no século XIX. Com o advento do romantismo, ele era explorado nos romances, ao passo que na Idade Média e Antiga, o ato era marginalizado e punido. Não obstante, hoje ainda o é, de forma velada, a partir das subnotificações e das atitudes de algumas religiões, principalmente ocidentais, perante o tema. Apesar desta questão ter começado a ganhar mais atenção na modernidade, não significa que foi fruto da revolução industrial, da diminuição da religiosidade ou de políticas neoliberais.

Parece que a rapidez na mudança é a chave para os maiores problemas. Assim como o desemprego afeta a saúde mental, alguns empregos também influenciam o contrário, os laços sociais que unem, podem ser também objeto deste auto divórcio com a vida. O desemprego, as drogas, as rupturas e o álcool podem ser indicadores para mapear os riscos. Programas de saúde, educação, justiça e amparo social podem ser boas políticas para prevenção. A diminuição das desigualdades cria sociedades mais resistentes às forças disruptivas que a doença mental e as crises econômicas exercem sobre o indivíduo.

6 REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. **Suicídio, depressão e atividade neuro-humoral**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (35- 38), 1989.
- ALWAN, A. **mhGAP : Mental Health Gap Action Programme** : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders, WHO, 2008.
- ALWAN, Ala. **IPH. Action areas in health inequalities - mental health and wellbeing**. New York, 2008. Disponível em : < <http://iph.ie/healthinequalities/mentalhealth>>. Acesso em : 5 de jan. 2011.
- ANDRÉS, A. **Income inequality, unemployment, and suicide: a panel data analysis of 15 European countries**. *Applied Economics*, v. 37, p. 439-451, 2005.
- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- CAMUS, A. **O Mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo**. Lisboa, 1980.
- CATALANO, R. et al. **The Health Effects of Economic Decline**. *Annu. Rev. Public Health*, 2011. 32:431–50. First published online as a Review in Advance on November 2, 2010. The Annual Review of Public Health is online at pubhealth.annualreviews.org. This article's doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101146.
- CHEN, J.; CHOI, Y.; SAWADA, Y. **How is suicide different in Japan?** Japão, 2007. (Working Paper, CIRJE-F-526).
- CHESNAIS, J. C. *Histoire de la Violence*. Paris, 1981: Pluriel.
- CHOR, D. et al. **Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil**. In: MINAYO, Maria Cecília S. *Os muitos Brasis: saúde da população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 57-86.
- CHUANG, H; HUANG, W. **A reexamination of sociological and economic theories os suicide: a comparison of the U.S.A. and Taiwan**. *Social Science & Medicine*, v. 43, p. 421-423, 1996.
- CHUANG, H.; HUANG, W. **Economic and social correlates of regional suicide rates: a pooled cross-section and time-series analysis**. *Journal of Socio-Economics*, v. 26, p. 277-289, 1999.
- CORRÊA, A. C. O. **Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1996.
- COSTA, L. C. ; SILVA, E. L.. **O Desemprego no Brasil na década de 1990**, *Revista Emancipação*, UEPG , 2005, Volume 5, Nº 1, 9-36.

CZERESNIA, D ; RIBEIRO, A. M. **O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica.** In: Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro – set, 2000.

O'REILLY, D. et al. **Area factors and suicide: 5-year follow-up of the Northern Ireland population.** The British Journal of Psychiatry (2008).192, 106–111. doi: 10.1192/bjp.bp .107.040360.

DÍAZ, E.; BARRÍA, R. **Suicídio y producto interno bruto (pib) en chile: hacia un modelo predictivo.** Revista Latinoamericana de Psicología, volumen 38, No 2, 343.

DINIZ, A. M. A. ; SANTOS, R. O. **Fluxos migratórios e formação da rede urbana de Roraima,** UFMG, 2010.

DURKHEIM, É. **Suicídio: Definição do Problema.** In: Durkheim- Sociologia. São Paulo, Ed. Ática, 2008.

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos:** seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

EURONEWS. **Gregos deprimem mais do que nunca e suicídios disparam.** Publicado em 19 de outubro de 2011. Disponível em <<http://pt.euronews.com/2011/10/19/gregos-deprimem-mais-do-nunca-e-numero-de-suicidios-dispara/>> Acesso em : 19 jan. 2011.

FERNANDES, R. C. **Brasil, as Armas e as Vitimas.** ISER, 2005, Rio de Janeiro.

FITZPATRICK, M. **How Does Income Affect Suicide Rates? Regional evidence from Russia,** The Journal of Russian and Asian Studies, 2012.

FRIENDLY, M. **Guerry's Moral Statistics of France: Challenges for Multivariable Spatial Analysis.** Statistical Science, Vol. 22, No. 3, 368–399. DOI: 10.1214/07-STS241 - Institute of Mathematical Statistics, 2007.

GORDON, R. J. **Macroeconomia.** Porto Alegre, 2000.

GROSSI, R.; VANSAN, G. A. **Mortalidade por suicídio no Município de Maringá (PR).** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2002.

GRUBITS,S.;FREIRE,H.B.G. ;NORIEGA,J.A.V. **Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil.** Psicol. cienc. prof. [online]. 2011, vol.31, n.3, pp. 504-517. ISSN 1414-9893.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATISTICA. **Anuário Estatístico do Brasil.** Rio de Janeiro, v.66, p.1-1 __ 8-39, 2006.

KENTIKELLENIS, A.; KARANIKOLOS, M.; PAPANICOLAS, I.; BASU, S.; MSKEE, M; STUCKLER, D. **Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy.** In: The Lancet, Volume 378, Issue 9801, pp. 1457 - 1458, 22 October 2011.

KOO, J.; COX, W. **An economic interpretation od suicide cycles in Japan Federal Reserve Bank of Dallas**. Dallas, 2006. (Working Paper, 0603).

LEON, D., **Socio-economic position across the life course and mortality**. In : Gill. Poverty, Inequality and Health : An internation perspective. (92-124) , Orford, 2001.

LOURENÇO, G.M. **Economia Brasileira: Marcas e Transformações dos Anos 90**. Revista Análise Conjuntural (IPARDES), v.22, n 09-10, p.03 a 09/outubro de 2000.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio**. Boitempo, São Paulo: 2006.

MENEGHEL, C. G. V. ; NEICE, M. X. F. ; CARVALHO, L. A. ; FALK, J. W.. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**, Stela Nazareth, 2004. Ver. Saude Publica.

MINAYO, M. C. S. **A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública**. Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Ibn: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 239:248, 1993.

MINAYO, M. C. S. ;MENEGHEL, S. N. ;CAVALCANTE, F. G. **Suicídio de homens idosos no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva. 2012, vol.17, n.10.

O'REGAN M. The Irish Times. **Recession leading to increase in suicide rates**. Dublin, 25 de julho de 2004. Disponível em < <https://www.irishtimes.com/news/politics/oireachtas/recession-leading-to-increase-in-suicide-rates-says-halligan-1.538260>> Acesso em : 19 jan. 2011.

JAMES, SCOTT. The New York Times.**On the Golden Gate Bridge, a Year of Rising Suicides**. New York, 26 de Agosto de 2011. Disponível em:< <http://www.nytimes.com/2011/08/26/us/26bcjames.html>>. Acesso em: 4 jan. 2011.

PELLIZZARI, E. L;ALMEIDA, R. A. **Suicídios: a metáfora de Dorian Gray**. Revista Brasileira de Psiquiatria, (50:69), 2001.

RAPELI, C. B.; BOTEGA, N. J. **Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1998.

RODRÍGUEZ, A. **Inequality and duicide rates: A cross-country study**. institute for advanced development studies. Chile, 2006. (Working Paper, 13)

ROEHNER. B. M. **Driving Forces**. in : Physical, Biological and Socio-economic Phenomena. Cambridge (2007).

PULTON, S. Mail Online. **British people are committing suicide to escape poverty**. Publicado 20. Mar. 2012. Disponível em: < <http://www.dailymail.co.uk/debate/article-2117718/British-people-committing-suicide-escape-poverty-Is-State-wants.html>>. Acesso em: 2 jan. 2011.

SANTOS, J.. **Suicídio em Mato Grosso do Sul, Brasil: fatores sociodemográficos** , Fio Cruz, Campo Grande, 2010.

SCHNITMAN, G.. **Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras**, Revista Baiana de Saúde Pública 2010, volume 34, Nº 01, 44-59.

SILVA, J. A. S.; et al. **Epidemiologia do Suicídio na Cidade de Salvador (BA)**. Revista Brasileira de Neurologia, (19:31), 1999.

STUCKELERT, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M; COUTTS, A.; MCKEE, M. **Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data**. In: The Lancet, Volume 378, Issue 9786, Pages 124 - 125, 9 July 2011.

SWAMINATHAN S. A. A. Swaminomics. **Does poverty or debt cause suicide?** Publicado 24. Jul. 2004. Disponível em:< <https://swaminomics.org/does-poverty-or-debt-cause-suicide/>>. Acesso em: 2. set. 2010.

TRAVIS, R. ; Halbwegs and Durkheim: **A Test of Two Theories of Suicide**. In: The British Journal of Sociology, Vol. 41, No. 2 (Jun., 1990), pp. 225-243.

TURECKI, G. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo agressivo**. Revista Brasileira de Psiquiatria, (18:22), 1999.

URZOLA, H. L. C.. **La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio**. In: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciências Forensis da Colombia, 2010.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 1990**. New York:Oxford University Press, 1999.

VALLE, J. M. do. **O Suicídio**. Porto, 1881.

WEBSTER, Paul. The Lancet. **Suicide rates in Russia on the increase** . Volume 362 , Issue 9379 , 220.

WINTERS, L.; McATEER, S. ; SCOTT-SAMUEL, A. **Assessing the Impact of the Economic Downturn on Health and Wellbeing**. Observatory Report Series No. 88, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dados sobre suicídio para diversos países**. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 2 jan. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breaking the vicious cycle between mental ill health and poverty**. Geneva, 2007. Disponível em : <http://www.who.int/mental_health/policy/development/1_Breakingviciouscycle_Infosheet.pdf>. Acesso em : 4 de set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional Office for Europe: Impact of economic crises on mental health, 2011**. Disponível em : <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental->

health/publications/2011/impact-of-economic-crises-on-mental-health>. Acesso em : 4 jan. 2011.

ANEXO A – Tabela de regressão para todos os estados brasileiros

Tabela 9 - Modelo de regressão para todos os estados, controlado por desemprego e pobreza (1990-2009)

Parâmetros	B	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Teste de Hipótese		
			Inferior	Superior	Beta	d.f	Sig.
			(Intercept)	12,029	,9815	10,105	13,953	150,201	1	,000
Acre	-,736	,3414	-1,406	-,067	4,655	1	,031
Alagoas	-,860	,3416	-1,530	-,191	6,339	1	,012
Amapá	,149	,3464	-,530	,828	,185	1	,667
Amazonas	-1,239	,3397	-1,905	-,573	13,300	1	,000
Bahia	-1,899	,3390	-2,563	-1,235	31,383	1	,000
Ceará	,990	,3394	,325	1,655	8,504	1	,004
Distrito Federal	,431	,4121	-,376	1,239	1,095	1	,295
Espirito Santo	-,990	,3701	-1,715	-,264	7,152	1	,007
Góias	,371	,3663	-,347	1,089	1,025	1	,311
Maranhão	-2,097	,3423	-2,768	-1,426	37,533	1	,000
Mato Grosso	,142	,3652	-,574	,858	,152	1	,697
Mato Grosso do Sul	2,214	,3713	1,486	2,942	35,557	1	,000
Minas Gerais	-,749	,3650	-1,465	-,034	4,213	1	,040
Pará	-1,879	,3409	-2,547	-1,211	30,387	1	,000
Paraíba	-1,278	,3420	-1,948	-,608	13,961	1	,000
Paraná	1,225	,3606	,518	1,931	11,534	1	,001
Pernambuco	-,071	,3394	-,736	,594	,044	1	,834
Piauí	,361	,3412	-,308	1,030	1,120	1	,290
Rio de Janeiro	-2,725	,3743	-3,459	-1,992	53,018	1	,000
Rio Grande do Norte	-,153	,3379	-,815	,509	,205	1	,651
Rio Grande do Sul	4,771	,3653	4,055	5,487	170,617	1	,000
Rondonia	-,649	,3449	-1,325	,027	3,544	1	,060
Roraima	2,051	,3503	1,365	2,738	34,283	1	,000
Santa Catarina	1,643	,3992	,861	2,426	16,944	1	,000
São Paulo	-1,096	,3880	-1,857	-,336	7,981	1	,005
Sergipe	-,143	,3377	-,805	,519	,179	1	,672
Tocantins	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Log_pobreza	-3,012	,4953	-3,982	-2,041	36,976	1	,000
desemprego	-5,116	1,9167	-8,873	-1,360	7,126	1	,008

(Scale)	,882 ^b	,0601	,772	1,008		
---------	-------------------	-------	------	-------	--	--

Fonte : DataSus/SIM

ANEXO B - Testes de qualidade do ajuste dos modelos de regressão

Modelo 1

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,950 ^a	,903	,885	,22919

a. Predictors: (Constant), Inadimplência, Desemprego, PIB *per capita*

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,852	3	2,617	49,827	,000 ^a
	Residual	,840	16	,053		
	Total	8,692	19			

a. Predictors: (Constant), Inadimplência, Desemprego, PIB *per capita*

b. Dependent Variable: Suicídio

Modelo 2 – Suicídio para o sexo feminino para o total do Brasil

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,990 ^a	,981	,961	,12638

a. Predictors: (Constant), Inadimplência, Desemprego, Divorcio

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,409	3	,803	50,282	,005 ^a
	Residual	,048	3	,016		
	Total	2,457	6			

a. Predictors: (Constant), Inadimplência, Desemprego, Divorcio

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,990 ^a	,981	,961	,12638

b. Dependent Variable: Suicídio feminino

Modelo 3 – Suicídio para o sexo masculino para o total do Brasil

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,999 ^a	,998	,993	,07354

a. Predictors: (Constant), Gini, Desemprego, Divorcio, Inadimplência

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4,618	4	1,154	213,477	,005 ^a
	Residual	,011	2	,005		
	Total	4,629	6			

a. Predictors: (Constant), Gini, Desemprego, Divorcio, Inadimplência

b. Dependent Variable: Suicídio masculino

Testes de Ajuste do Modelo para regiões do Brasil

Case Processing Summary

	N	Percent
Included	431	72,2%
Excluded	166	27,8%
Total	597	100,0%

Teste do Modelo de Efeito

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	116,930	1	,000
Região	237,203	4	,000
PIB	6,208	1	,013
Gini	12,449	1	,000
desemprego	6,724	1	,010

Dependent Variable: Taxa de Suicidio 100 mil/hab

Model: (Intercept), Região, PIB, Gini, desemp

Categorical Variable Information

			N	Percent
Factor	Região	Centro-Oeste	79	18,3%
		Nordeste	128	29,7%
		Norte	112	26,0%
		Sudeste	64	14,8%
		Sul	48	11,1%
		Total	431	100,0%

Continuous Variable Information

		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dependent Variable	Taxa de Suicidio 100 mil/hab	431	,66	10,98	4,4298	2,15867
Covariate	PIB <i>per capita</i>	431	1,44	24,36	5,6225	3,50788
	Gini	431	,43	,66	,5631	,03990
	Desemprego	431	,43	,67	,5663	,04004

Goodness of Fit^b

	Value	df	Value/df
Deviance	919,194	423	2,173
Scaled Deviance	431,000	423	
Pearson Chi-Square	919,194	423	2,173
Scaled Pearson Chi-Square	431,000	423	
Log Likelihood ^a	-774,780		
Akaike's Information Criterion (AIC)	1567,560		
Finite Sample Corrected AIC (AICC)	1567,987		
Bayesian Information Criterion (BIC)	1604,155		
Consistent AIC (CAIC)	1613,155		

Dependent Variable: Taxa de Suicidio 100 mil/hab

Model: (Intercept), Região, PIB, Gini, desemp

a. The full log likelihood function is displayed and used in computing information criteria.

b. Information criteria are in small-is-better form.

Omnibus Test^a

Likelihood Ratio Chi-Square	df	Sig.
335,867	7	,000

Dependent Variable: Taxa de Suicidio 100 mil/hab

Model: (Intercept), Região, PIB, Gini, desemp

a. Compares the fitted model against the intercept-only model.

Testes de Ajuste para o Modelo de Regressão no Suicídio Masculino para as Regiões

Case Processing Summary

	N	Percent
Included	430	72,0%
Excluded	167	28,0%
Total	597	100,0%

Categorical Variable Information

			N	Percent
Factor	Região	Centro-Oeste	78	18,1%
		Nordeste	128	29,8%
		Norte	112	26,0%
		Sudeste	64	14,9%
		Sul	48	11,2%
		Total	430	100,0%

Continuous Variable Information

		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dependent Variable	Suicidio Masculino	430	1,09	18,09	7,0036	3,52094
Covariate	Desemprego	430	,43	,67	,5662	,04003
	Tx Pobreza ponderada	430	,80	1,88	1,5342	,22260

Goodness of Fit^b

	Value	df	Value/df
Deviance	2282,748	423	5,397
Scaled Deviance	430,000	423	
Pearson Chi-Square	2282,748	423	5,397
Scaled Pearson Chi-Square	430,000	423	
Log Likelihood ^a	-969,054		
Akaike's Information Criterion (AIC)	1954,108		
Finite Sample Corrected AIC (AICC)	1954,450		
Bayesian Information Criterion (BIC)	1986,618		
Consistent AIC (CAIC)	1994,618		

Dependent Variable: Suicidio Masculino

Model: (Intercept), Região, desemp, Log_pobreza

a. The full log likelihood function is displayed and used in computing information criteria.

b. Information criteria are in small-is-better form.

Omnibus Test^a

Likelihood Ratio Chi-Square	df	Sig.
363,683	6	,000

Dependent Variable: Suicidio Masculino

Model: (Intercept), Região, desemprego, Log_pobreza

a. Compares the fitted model against the intercept-only model.

Tests of Model Effects

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	133,183	1	,000
Região	230,922	4	,000
desemp	4,171	1	,041
Log_pobreza	44,696	1	,000

Dependent Variable: Suicídio Masculino

Model: (Intercept), Região, desemprego, Log_pobreza

.....

Testes de Ajuste para o Modelo de Regressão no Suicídio Feminino para as regiões

Case Processing Summary

	N	Percent
Included	427	71,5%
Excluded	170	28,5%
Total	597	100,0%

Categorical Variable Information

			N	Percent
Factor	Região	Centro-Oeste	78	18,3%
		Nordeste	128	30,0%
		Norte	109	25,5%
		Sudeste	64	15,0%
		Sul	48	11,2%
		Total	427	100,0%

Continuous Variable Information

		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dependent Variable	Suicidio Feminino	427	,24	6,19	1,8902	,95968
Covariate	Tx Pobreza ponderada	427	,80	1,88	1,5336	,22323
	Desemprego	427	,43	,67	,5663	,04009

Goodness of Fit^b

	Value	df	Value/df
Deviance	232,778	420	,554
Scaled Deviance	427,000	420	
Pearson Chi-Square	232,778	420	,554
Scaled Pearson Chi-Square	427,000	420	
Log Likelihood ^a	-476,357		
Akaike's Information Criterion (AIC)	968,713		
Finite Sample Corrected AIC (AICC)	969,058		
Bayesian Information Criterion (BIC)	1001,167		
Consistent AIC (CAIC)	1009,167		

Dependent Variable: Suicidio Feminino

Model: (Intercept), Região, Log_pobreza, desemp

a. The full log likelihood function is displayed and used in computing information criteria.

b. Information criteria are in small-is-better form.

Omnibus Test^a

Likelihood Ratio	df	Sig.
Chi-Square		
222,914	6	,000

Dependent Variable: Suicidio Feminino

Model: (Intercept), Região, Log_pobreza, desemp

Omnibus Test^a

Likelihood Ratio Chi-Square	df	Sig.
222,914	6	,000

Dependent Variable: Suicidio Feminino

Model: (Intercept), Região, Log_pobreza, desemp

a. Compares the fitted model against the intercept-only model.

Tests of Model Effects

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	90,350	1	,000
Região	105,920	4	,000
Log_pobreza	26,273	1	,000
desemprego	3,767	1	,052

Dependent Variable: Suicidio Feminino

Model: (Intercept), Região, Log_pobreza, desemp

ANEXO C - Percentual de suicídio por UF's de 1996 a 2009

Tabela 10

	Frequência	Percentual	Percentual Valido	Percentual Acumulado
RO	6952	1,1	1,1	1,1
AC	1710	,3	,3	1,3
AM	8370	1,3	1,3	2,6
RR	1580	,2	,2	2,8
PA	20799	3,2	3,2	6,0
AP	2495	,4	,4	6,4
TO	2638	,4	,4	6,8
MA	9982	1,5	1,5	8,3
PI	3874	,6	,6	8,9
CE	20671	3,1	3,1	12,0
RN	5511	,8	,8	12,9
PB	9602	1,5	1,5	14,3
PE	59247	9,0	9,0	23,4
AL	15555	2,4	2,4	25,7
SE	6136	,9	,9	26,7
BA	35201	5,4	5,4	32,0
MG	41497	6,3	6,3	38,3
ES	22765	3,5	3,5	41,8
RJ	102080	15,5	15,5	57,3
SP	162461	24,7	24,7	82,1
PR	34133	5,2	5,2	87,3
SC	7991	1,2	1,2	88,5
RS	26368	4,0	4,0	92,5
MS	9458	1,4	1,4	93,9
MT	12383	1,9	1,9	95,8
GO	17771	2,7	2,7	98,5
DF	9700	1,5	1,5	100,0
Total	656930	100,0	100,0	

Fonte: SIM/DataSus