

UM OLHAR SOCIOLÓGICO SOBRE O SUICÍDIO NO BRASIL

A SOCIOLOGICAL LOOK AT SUICIDE IN BRAZIL

José Benevides Queiroz*

Introdução

O suicídio é um ato que preocupa a sociedade em geral e, por isso, atrai tanta atenção. Os números explicam tamanha preocupação. De acordo com o *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*, relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, em todo o mundo, 703.000 pessoas tiraram a própria vida. Isto fez o suicídio, nesse mesmo ano, matar mais que a malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerra ou homicídio. Não só, mais de uma em cada 100 mortes (1,3%) foi resultado de suicídio (WHO, 2021, p. 1).

Para vários profissionais e estudiosos, particularmente os da área médica e da psique, o fenômeno é preponderantemente individual; o aspecto social é tangencial. Em contrapartida, *O Suicídio*, livro de Émi-

le Durkheim, publicado em 1897, propôs uma nova abordagem para explicar a ação da pessoa matar-se: este ato também passou a ser tratado no contexto social. Com isso, Durkheim pôs em xeque a hegemonia da concepção existente e abriu caminho à legitimação do conhecimento sociológico. Assim, enfrentou a crença disseminada de que o suicídio era um ato só individual, exclusivamente psicológico, imprevisível e inexplicável. Diferente da ideia de uma variação aleatória da taxa francesa de suicídio, demonstrou que ela apresentava regularidade anual. A partir dessa constatação, baseado sobre dados, ele pôde recusar a redução da causalidade daquele fenômeno a um ato individual (DURKHEIM, 2002).

Essa forma de abordagem teve prosseguimento, com certa regularidade, na sociologia francesa até hoje – é o que pode-

* Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, São Luís, MA, Brasil. E-mail: jose.benevides@ufma.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5622-0163>.



rá ser verificado ao longo deste artigo e na bibliografia.

No Brasil, a realidade apresenta-se diferente, tanto no que se refere ao suicídio, quanto às pesquisas sociológicas deste fenômeno.

O suicídio, no Brasil, na maioria dos estados e regiões, não é tão expressivo como

em outros países. Segundo os dados do Ministério da Saúde, entre 1980 e 1982, a taxa no país foi de 4,4 por 100 mil habitantes, subdivididos por região: Norte, taxa de 2,7; Nordeste 2,0; Sudeste 4,7; Sul 8,1; e Centro-Oeste 4,4. Somente a região Sul apresentava uma taxa de suicídio muito acima da média nacional, chegando a ser quase o dobro.

Tabela 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes

	1980-1982	2010-2012	Percentual de mudança
Região Norte	2,7	5,1	88,88
Região Nordeste	2,0	5,1	155,00
Região Sudeste	4,7	5,5	17,02
Região Sul	8,1	9,3	14,63
Região Centro-Oeste	4,4	7,0	59,09
BRASIL	4,4	6,1	38,63

Fonte: DataSUS (2020).

Mais de trinta anos depois, apesar ainda das baixas taxas, o Brasil passou a ocupar o oitavo lugar no mundo em relação ao número de óbitos derivados de tal ato. Segundo a OMS, em 2012, 11.821 brasileiros mataram-se (WHO, 2014, p. 84). A mudança fica patente, e preocupante, se tomamos os dados entre 2010 e 2012. Neste período, como mostra a Tabela 1, passamos a ter uma taxa nacional de 6,1 suicídios por 100 mil habitantes, por região: Norte com 5,1; Nordeste com 5,1; Sudeste com 5,5; Sul com 9,3; e Centro-Oeste com 7,0 suicídios por 100 mil habitantes. Verificamos que, afora o Sudeste e o Sul, as demais regiões tiveram forte crescimento em suas taxas; a variação percentual para mais das taxas do Norte e do Nordeste chamam atenção, sendo respectivamente de 88,88 e de 150%. Os dados

de 2015, como veremos adiante, confirmam a tendência de aumento das taxas de suicídio dessas regiões, embora tenham declinado no Sul e Centro-Oeste.

Esse quadro tem repercutido em diversos segmentos da sociedade brasileira. Vários fatos expressam isso. Nos últimos anos, por exemplo, o suicídio é recorrentemente objeto de reportagens e entrevistas em todos os segmentos da imprensa: quer nos meios tradicionais, como rádio, televisão, jornal e revista, quer em suas plataformas digitais. Já o Centro de Valorização da Vida (CVV), criado em 1962, antes recluso à cidade de São Paulo (CCV, 2002), aos poucos se expandiu e hoje tem sede em todos estados e Distrito Federal. A partir de 2017, com apoio do Ministério da Saúde, o centro passou a ser acessado gratuitamente pe-

lo telefone 188 de qualquer lugar do país. Em 2015, o CVV criou a campanha Setembro Amarelo¹, logo incluída nas ações desse Ministério, cujo objetivo é chamar a atenção da sociedade para a prevenção ao suicídio. A partir daí, esse órgão governamental passou a divulgar, regularmente, relatórios e boletins, dedicados tanto aos dados gerais, como aos mais específicos – tratando dos meios utilizados, das faixas etárias que apresentam maior incidência, dos locais onde ocorrem etc. –, sobre a incidência desse infeliz ato pelo país.

Eis um vasto campo de pesquisa a ser explorado pela sociologia brasileira. Contudo, quando passamos em revista nossa produção sociológica nas últimas duas décadas, algo extensivo ao período precedente, não encontramos nenhum livro consagrado ao tema. Esse pouco interesse de nossa pesquisa e análise sociológica é reforçado por um outro aspecto: como o suicídio é tratado nas revistas acadêmicas. Assim, quando tomamos em conjunto cinco das principais revistas acadêmicas desta área – Sociedade e Estado, Cadernos CRH, Sociologias, Tempo Social e RBCS – disponibilizadas em seus respectivos sites, que cobrem mais de 30 anos, constatamos que somente um único e recente artigo² tem como objeto o fenômeno do suicídio no Brasil.

Como ressaltam os autores do artigo “O suicídio no Brasil contemporâneo” sobre a falta de publicações sobre tal fenôme-

no, o presente texto busca também ser uma contribuição para a superação dessa lacuna. É um segundo passo para tornar menos alheia essa temática à nossa sociologia. Assim, fazendo parte de um projeto maior, que atualmente desenvolvemos³, este texto é apresentado em três partes.

Na primeira parte, tentamos mostrar em que medida as melhorias das condições sociais, econômicas e políticas, pelas quais o Brasil passou entre os anos de 2000 e 2012, impactaram as taxas de suicídios do período. Se por um lado, como mostraremos, as mulheres permaneceram mais protegidas do suicídio, por outro, ocorreu um crescimento do ato de tirar a própria vida entre os mais jovens; além de discutirmos os possíveis motivos desse quadro, testamos algumas hipóteses formuladas por Durkheim e Halbwachs em seus clássicos estudos sobre o fenômeno.

Na segunda parte, que trata do período de 2011 a 2018, toma 2013 como marco principal, já que, após esse ano, têm início as crises político-econômicas que abalarão as instituições e farão vários indicadores socioeconômicos regredirem aos patamares de fins da década de 1990 e início da seguinte. A partir de dados do Ministério da Saúde e de boletins epidemiológicos expedidos por esse órgão, analisamos três aspectos: primeiro, que o fator social é algo importante a ser considerado, até mesmo nas tentativas de suicídio, pois os trans-

1. Na página do CVV, a campanha em setembro tem esta denominação porque “amarelo é a cor da vida, da luz, do sol.” (LEILA, n.d.) Acesso em: 10/09/2019.

2. Trata-se de *O suicídio no Brasil contemporâneo*, publicado em 2018 na revista *Sociedade e Estado*.

3. Num primeiro momento, em *O suicídio na sociologia brasileira*, tentamos elucidar a razão da ausência da temática nas pesquisas e análises de nossa sociologia. No presente texto, a partir de dados de órgãos governamentais e internacionais, bem como de uma bibliografia pertinente, esboçamos algumas análises sociológicas sobre o ato da pessoa tirar a própria vida no Brasil. Ao mesmo tempo, encontra-se em andamento uma pesquisa sobre como esse fenômeno ocorre nas capitais da região Nordeste.

tornos mentais tiveram menor participação nesse ato de tentar. Segundo aspecto: trabalhamos as taxas de suicídio por faixa etária e por grau de escolaridade, onde verificamos que esse ato continua a crescer entre os jovens e afetar menos aqueles com maior tempo de estudo. Por fim, o terceiro aspecto: tomando estudos sociológicos clássicos e atuais como referências, analisamos de que maneira o estado civil das pessoas se relaciona com o suicídio.

Na terceira parte, dedicada à conclusão, ressaltamos novamente a atualidade e os desafios do estudo sociológico sobre o fenômeno. Aí enfatizamos as dificuldades que as poucas pesquisas na área impõem, pois acabam não criando um ponto de referência e de partida para novas investigações que tratem do suicídio, bem como a qualidade dos dados disponibilizados pelos órgãos governamentais brasileiros.

Pela natureza do objeto de estudo tratado no presente texto, e em razão das dificuldades que envolvem informações sobre os atos individuais daqueles que provocam a própria morte, utilizamos uma metodologia exclusivamente quantitativa (MINAYO, 2002; PAUGAM, 2015; RAMOS, 2013). A partir dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como pelas instituições a este vinculadas, e pela Organização Mundial da Saúde, trabalhamos os resultados gerais e coletivos relativos ao suicídio apresentados por esses órgãos. Assim, tomando como referência dados macros sobre o fenômeno, analisamos e, quando possível, confrontamos as médias de determinados grupos e segmentos sociais. Estes procedimentos, apesar de não implicarem conclusões definitivas, permitiram termos uma meridiana visão sobre o suicídio em um momento recente, e sua tendência no Brasil.

1. O aumento das taxas de suicídio: 2000-2012

1.1. Crescimento econômico e redução das desigualdades sociais

No período de 2000 a 2013, o Brasil passou por profundas transformações. Ao contrário da ditadura civil-militar (1964 a 1984), que priorizou o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), associado à brutal concentração de riqueza, o período recente realizou significativo desenvolvimento econômico combinado com uma política de baixo desemprego, um aumento contínuo do salário real, uma ampla política de distribuição de renda – Bolsa Família, Bolsas de Estudos, acesso a moradia (Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, e, em seguida, Minha Casa Minha Vida), etc. –, o que permitiu a redução das desigualdades sociais por todo o país.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na primeira década do século XXI o país cresceu à taxa média anual de 4,6%, iniciando com 1,39%, em 2001, e terminando com 7,5%, em 2010. Este crescimento, produto das políticas econômicas dos governos do Partido dos Trabalhadores, repercutiu até o ano de 2013, quando o PIB atingiu 3%. Enquanto perdeu, ele impactou outros fatores. Assim, por exemplo, se em 2003 a taxa de desemprego atingia 12,3% da população economicamente ativa, em 2010 e 2012 ela caiu respectivamente para 7,0 e 5,5%. *Pari passu*, a partir da política salarial de 2004, com aumentos acima da inflação, o salário mínimo cresceu 6,02%, em 2010, e 7,59%, em 2012; no período de 2004 a 2012, o salário mínimo passou de R\$ 260,00 para R\$ 622,00, expressando um aumento nominal

de 139%. Este ganho reduziu as desigualdades da sociedade brasileira, passando o ín-

dice de Gini de 0,596, em 2001, para 0,530, em 2012.

Tabela 2 – Dados socioeconômicos brasileiros

	2001	2010	2012
Taxa de Crescimento do PIB*	1,39	7,5	1,92
Taxa de Desemprego*	6,4	7,0	5,5
Percentual de Crescimento do Salário Mínimo*	--	6,02	7,59
Índice de Gini**	0,596	0,531	0,530
		(2011)	

(*) Fonte: IBGE (2020).

(**) Fonte: IPEA (2020).

Os dados dessa realidade prosseguem até meados de 2015. Pela primeira vez em sua história, o Brasil reduziu drasticamente as desigualdades sociais, quase eliminando as pessoas que viviam em condições de miséria absoluta. Até 1999, segundo o Banco Mundial, 26% delas viviam na extrema pobreza. No período de 2001 a 2013, este percentual baixou para 4% da população.

1.2. Aumento dos números e das taxas de suicídio entre 2000 e 2012

Essa realidade, mesmo com a prosperidade material das pessoas, foi acompanhada pelo aumento do número e das taxas de

suicídio no país. Como observamos na Tabela 3, a seguir, se no ano 2000 ocorreram 6.780 suicídios, em 2012 foram 10.321 – o crescimento em números absolutos foi de 3.541, ou seja, 52,22% a mais. No mesmo período, a taxa passou de 4,9 para 6,2 por 100 mil habitantes, ou seja, um aumento de 26%. Estes números chamam a atenção quando os comparamos aos das décadas de 1980 e 1990, vinte anos marcados por grandes oscilações socioeconômicas e incertezas, expressas em recessões, altas taxas de inflação e perda de poder aquisitivo da população. Contudo, segundo o DataSUS, o crescimento do suicídio na década de 1980 foi de 2,7%, e na seguinte de 18,8%.

Tabela 3 – Taxas de suicídio no Brasil por 100 mil habitantes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% de Mudança
Homem	8,0	9,1	8,7	8,9	8,9	9,3	9,3	9,2	9,6	9,6	9,3	9,7	10,0	25,0
Mulher	2,0	2,2	2,3	2,2	2,3	2,4	2,3	2,3	2,4	2,3	2,5	2,5	2,7	35,0
10-24	2,8	3,4	3,3	3,3	3,3	3,1	3,2	3,4	3,7	3,4	3,4	3,6	3,5	25,0
25-59	6,1	6,8	6,7	6,8	6,8	7,1	7,2	6,8	7,0	7,0	6,9	7,1	7,4	21,3
≥ 60	6,9	7,3	7,0	7,0	7,5	8,2	7,6	7,2	7,3	7,1	6,9	7,2	8,0	13,7
Total	5,0	5,6	5,5	5,5	5,6	5,8	5,8	5,8	6,0	5,9	5,9	6,1	6,3	26,0

Fonte: DataSUS (2019).

Interessante notar que, naquele período, o crescimento de 26% da taxa nacional de suicídio não ocorreu do mesmo modo nas regiões que compõem o país⁴. As taxas das cinco regiões não só divergem da nacional, como também entre si, o que mostra que essas taxas, em muito, dependem de fatores específicos de cada um daqueles espaços geográficos. Segundo o DataSUS, por exemplo, entre 2002 e 2012, o percentual de aumento da taxa de suicídio da região Norte foi de 36,8%, ficando 10 pontos acima de seu crescimento nacional. Já no Nordeste, algo mais expressivo, houve um crescimento de 76% de sua taxa suicídio, quase o triplo da do país. A região Sudeste, mesmo apresentando uma melhoria nas condições socioeconômicas de sua população, segundo o IPEA, o desemprego caiu de 11,4%, em 2000, para 6,4%, em 2012 e, no mesmo período, o índice de Gini passou de 0,568 para 0,505 – também apresentou crescimento na sua taxa de suicídio: de 2000 a 2012, a taxa geral de suicídio passou de 4,2 para 5,6 por 100 mil habitantes. O percentual de mudança foi de 34,8%, ou seja, aci-

ma dos 26,0% de aumento da taxa nacional do período. Destoando dessas três regiões, conforme ainda o DataSUS, destacam-se as regiões Sul e Centro-Oeste. Apesar de diminuta, houve uma queda nas suas taxas de suicídio: no Sul, por exemplo, a taxa geral de suicídio, nesses treze anos, caiu de 9,9 para 9,8 por 100 mil habitantes; e somente as mulheres apresentaram um aumento, que foi de 16,6%. No Centro-Oeste, a taxa de suicídio caiu de 7,8 para 7,6 por 100 mil habitantes, sem nenhum segmento ter apresentado crescimento – quando muito, as taxas estacionaram, como no caso das mulheres e dos idosos.

a) A proteção das mulheres frente ao suicídio

A Tabela 3, além de indicar o crescimento do suicídio no Brasil, permite também observarmos a relação do suicídio com o gênero.

O crescimento de 26% na taxa de suicídio brasileira, nos primeiros doze anos do século XXI, revela uma taxa de crescimen-

4. As tabelas com as taxas de suicídio por cada região do Brasil, referentes ao período de 2000 a 2012, encontram-se no Anexo do presente artigo.

to bem acima para mulheres, 35%, comparada à taxa de crescimento mais baixa para os homens, 25%. Essa disparidade entre o crescimento as taxas, porém, pouco reduziu a distância: se, no ano 2000, os homens suicidavam-se 4,0 vezes mais, em 2012 a distância diminuiu para 3,7 vezes mais que as mulheres, revelando que elas permaneciam mais protegidas em relação a esse ato. Mesmo que a Índia e a Turquia tenham passado por transformações socioeconômicas recentes, a taxa de proteção da mulher no Brasil é mais elevada: na Índia é de 1,4 e na Turquia é de 1,5, (ESTABLET, 2008, p. 267).

Mesmo variando, para mais ou para menos, dependendo da região do país, a taxa de preservação das mulheres brasileiras muito se assemelha com a das mulheres ocidentais: entre as francesas, por exemplo, era de 3,19, em 2014 (BAUDELLOT; ESTABLET, 2018, p. 9). Assim, apesar do forte crescimento das taxas de suicídio no Norte e Nordeste, aumentou a distância entre homens e mulheres, pois as taxas masculinas cresceram bem acima das femininas. A partir de informações do DataSUS, na região Norte, em 2000, suicidavam-se 3,27 homens para 1 mulher, em 2012, passando a ser de 4,83 homens para 1 mulher. Já no Nordeste, essa proporção passou de 3,69 para 4,04 homens para 1 mulher, embora nesta região tenha ocorrido um crescimento de mais de 50% da taxa de mortalidade por suicídio entre as mulheres. Por paradoxal que pareça o crescimento das taxas de suicídio no Norte e no Nordeste foi acompanhado do aumento da proteção das mulheres frente ao fenômeno.

Essa mesma situação não se repetiu nas demais regiões. Quando consultamos os dados do DataSUS, verificamos que na região Sudeste, entre 2000 e 2012, o aumento de 34,8% na sua taxa geral de suicídio – expressão de um aumento de 29,5%, para os

homens, e 57,6%, para as mulheres –, diminuiu a distância e, conseqüentemente, a proteção destas últimas em relação aos primeiros. Assim, nessa região, no início do período aqui tratado, se os homens tiravam suas próprias vidas 4,31 vezes mais do que as mulheres, em 2012 a proporção caiu para 3,46 homens para 1 mulher. O mesmo se passou com as regiões Sul e Centro-Oeste, apesar de suas respectivas quedas nas taxas gerais de suicídio, de 1 e 2,5%. Enquanto no Sul, a taxa de proteção das mulheres caiu de 4,52 para 3,76, na região central do país passou de 3,72 para 3,66.

Dessa forma, a proporção de proteção das mulheres brasileiras em relação aos homens no tocante ao suicídio, mesmo às vezes oscilando para menos ou para mais, não é uma novidade para a análise sociológica. Desde os primeiros estudos, no século XIX, constatou-se que as mulheres sempre se suicidaram menos; somente no sul e no sudoeste da Ásia – Índia e China – é que o suicídio feminino se iguala ou supera o masculino (BAUDELLOT; ESTABLET, 2018, p. 273). Ou seja, na maioria das realidades sociais, dos países, os homens são os mais afetados pelo ato de tirar a própria vida.

O que faz com que isso aconteça? Em *O Suicídio*, na segunda parte do capítulo “O suicídio egoísta”, onde em vários momentos analisa as situações que envolvem a mulher – enquanto solteira, casada (com e sem filho/as), viúvas etc. –, Durkheim (2002) formula uma conclusão no final dessa parte do livro. Segundo ele, a mulher se suicida menos em razão de viver “mais que o homem fora da vida comum, a vida comum penetra-a menos: a sociedade lhe é menos necessária porque está menos impregnada de sociabilidade. Ela tem poucas necessidades que sejam voltadas para esse lado, e as satisfaz com poucos gastos” (DURKHEIM, 2002, p.

231). Portanto, na época em que escreve o livro, Durkheim explica que, circunscrita e bastando-se com o espaço doméstico, a mulher é menos afetada pelas crises sociais e, conseqüentemente, pela fragilização dos laços de integração de algumas dimensões da vida social, o que a torna menos pendente ao suicídio. Diversamente, o homem está mais propenso ao ato porque “ele não se pode manter em equilíbrio se não encontra um ponto de apoio no exterior, e é porque sua base moral depende de muitas condições, ela se perturba também com mais facilidade” (DURKHEIM, 2002, p. 232).

A realidade contemporânea, brasileira ou mundial, contradiz essa explicação. Hoje, para além do espaço doméstico, a mulher participa definitiva e diretamente de todas as esferas da vida social. Tomemos como exemplo somente uma variável, no caso o trabalho, que é influenciada por vários fatores sociais e, ao mesmo tempo, repercute em diversas dimensões da vida de uma pessoa. A partir de dados do IPEA, podemos dizer que, ao invés de reclusa ao lar, a mulher participa cada vez mais ativamente do mercado de trabalho: da população economicamente ativa feminina, em 2000, 56,8% estavam trabalhando, subindo este percentual para o patamar de 61%, em 2012. Por outro lado, se, em 2002, as mulheres representavam 55% de todo nosso funcionalismo público, dez anos depois, em 2012, passaram a ocupar 57% dos os empregos públicos, ou seja, a mão de obra masculina de há muito é minoritária nesse setor do mercado de trabalho. Nessas condições, não tem como as mulheres não serem afetadas por toda sorte de crises e, conseqüentemente, pela fragilização dos vínculos sociais. Contudo, em que pese essa exposição às adversidades sociais, como vimos, e apesar do crescimento do número de suicídios no país, as mulheres

no Brasil continuam a se matar bem menos que os homens.

Um fator que pode explicar a recorrência das mulheres tirarem a própria vida, menos que os homens, no passado e no presente, talvez seja a maternidade – um elemento biológico. Todavia, mesmo sendo biológico, é um aspecto revestido de um forte significado simbólico conferido pela sociedade e que pesa sobre a vida de uma mãe. No entanto, dois problemas se impõem a essa proposta de explicação. Primeiro, mesmo em estudos de envergadura, a maternidade encontra-se diluída nas análises dos efeitos protetivos do casamento em relação ao suicídio (DURKHEIM, 2002; HALBWA-CHS, 2002; BESNARD, 1997). Segundo, muito próximo do anterior, no Brasil, assim como em muitos países, o suicídio feminino não é registrado levando em consideração a existência ou não de filhos: o que dificulta termos uma compreensão sobre até que ponto a existência ou não da maternidade é um fator diferenciador ou secundário do suicídio da mulher solteira, em relação ao homem com o mesmo estado civil. Essas dificuldades mostram que, quase 125 anos depois da publicação de *O Suicídio*, de Durkheim, o fato de as mulheres matarem-se bem menos que os homens permanece um desafio à explicação sociológica.

b) O crescimento do suicídio entre os jovens

A mesma Tabela 3 fornece dados que nos permitem observar como, entre os anos de 2000 e 2012, o fator idade se comportou frente ao fenômeno do suicídio no Brasil.

No geral, houve alta das taxas de suicídio em todas faixas etárias, apesar de terem ocorrido abaixo do crescimento da média nacional. Como noutros países, no Brasil as

peças com mais de 60 anos tendem a se suicidar mais que os jovens. Porém, como se observa, o percentual de crescimento das taxas de suicídio entre os mais jovens – nas duas faixas etárias (10 a 24 anos e 25 a 59) – foi bem maior do que o dos idosos: enquanto estes – com 60 anos ou mais – viram sua taxa de suicídio crescer em 13,7%, as pessoas das duas faixas etárias tiveram, respectivamente, um aumento de 25 e 21,3%. Este aumento aproximou as taxas de suicídio das pessoas entre 25 e 59 anos das taxas das pessoas com 60 anos ou mais. Assim, se, em 2000 as taxas de suicídio eram respectivamente 6,1 e 6,9, em 2012 passaram para 7,4 e 8,0 suicídios por 100 mil habitantes; a diferença entre as taxas caiu de 0,8 para 0,6.

No entanto, essas características que as taxas de suicídio tomam no Brasil, de acordo com a idade, não se repetem do mesmo modo em todas as cinco regiões. De acordo com o DataSUS, na região Norte, entre 2000 e 2012, somente em dois anos as pessoas com 60 ou mais anos apresentaram taxas de suicídio maiores que aquelas entre 25 e 59 anos. No Nordeste também ocorreu a convergência das taxas de jovens e idosos, com a diferença de que as pessoas de 25 a 59 anos apresentaram taxas mais altas somente em seis anos daquele período. O mesmo se passou na região Sudeste. Isto pode ser verificado em dois aspectos. Primeiro, ao longo dos doze anos, as taxas das pessoas entre 25 e 59 anos cresceu mais do que a dos idosos, sendo os respectivos aumentos de 31,6% e 16,9%. Segundo, comparando estas mesmas faixas etárias, observamos que, afora 2005, em todos os outros anos a taxa de suicídio dos mais jovens foi mais elevada do que aquela das pessoas com 60

ou mais anos. O que nos permite concluir: também no Sudeste, os idosos ficaram menos expostos ao ato de tirar a própria vida. Em síntese: nessas três regiões os jovens estavam mais vulneráveis a esse ato⁵; algo muito diferente da Europa (BAUDELLOT; ESTABLET, 2018) e, até mesmo, do Sul e do Centro-Oeste do país, onde os idosos se suicidaram em maior número.

Nestas duas últimas regiões citadas, a partir dos números disponibilizados pelo DataSUS, os segmentos que mais contribuiriam para as quedas de suas taxas gerais de suicídio foram os das faixas etárias mais jovens. Entre 2000 e 2012, os percentuais de mudanças mostram que, no Sul, nas faixas etárias de 10 a 24 anos e de 25 a 59 anos, as taxas de suicídio caíram respectivamente 15% e 3,5%; enquanto no Centro-Oeste, nas mesmas faixas etárias, decresceram 10% e 2,3%. Ao mesmo tempo, as taxas das pessoas com 60 ou mais anos apresentaram uma módica redução: -1,2% (Sul), ou nenhuma, 0,0% (Centro-Oeste). Estes decréscimos em ritmos diferentes foram corroborados pelo fato de que, nas duas regiões, ao contrário das já analisadas, as pessoas idosas suicidaram-se mais que as jovens; a exceção ocorreu em um único ano no Centro-Oeste, em 2001.

Essa queda nas taxas de suicídio entre as pessoas mais jovens nas regiões Sul e Centro-Oeste, no entanto, deve ser ponderada. Por um lado, em 2012, essas taxas se encontravam próximas ou acima da taxa nacional daquele ano. Enquanto o país apresentava uma taxa de 6,3 suicídios por 100 mil habitantes, a faixa etária de 25 a 59 anos, no Sul e Centro-Oeste, possuíam respectivamente taxas de 11 e 8,4 suíci-

5. Segundo a OMS, em 2014, nos países de baixa renda as pessoas entre 20 e 40 anos suicidaram-se três a quatro vezes mais do que as pessoas na mesma faixa etária nos países de alta renda.

dios por 100 mil habitantes. Por outro lado, mesmo em decréscimo, a magnitude das taxas de suicídio das pessoas mais jovens dessas regiões não conseguiu neutralizar o crescimento dos suicídios nas mesmas faixas etárias das outras três regiões. Resultado: nos primeiros doze anos do presente século, o Brasil experienciou um aumento dos suicídios entre aqueles no começo ou no meio da vida.

Esse aumento se deu num momento de prosperidade do país, de redução das suas históricas desigualdades sociais e de baixo desemprego, quando da oportunidade que

muitos tiveram de se inserir em uma inédita configuração de nossa vida social. Ao que parece, mesmo com a tal realidade que se desenhava, houve dificuldade de integração das pessoas mais jovens na dinâmica que envolvia a sociedade brasileira de então.

Dentre outros fatores, um que talvez ajude a jogar luz sobre o crescimento do suicídio das pessoas mais jovens seja o tempo de estudo delas. Embora em 2000 e 2012, segundo o DataSUS, não se tenha conseguido obter a respectiva frequência escolar de 42,7 e 25,8% dos suicidas, a tabela abaixo possibilita um conhecimento da maioria.

Tabela 4 – Tempo de escolaridade dos suicidas

ANOS DE ESTUDO	2000	2012	% DE MUDANÇA
ATÉ 7 ANOS	77,5%	63%	- 18,7
DE 8 A 11 ANOS	15,1%	26,5%	75,4
≥ 12 ANOS	7,4%	10,5%	41,8

Fonte: DataSUS (2019)

Verificamos que em doze anos houve um decréscimo do suicídio das pessoas com menos anos de estudo e um aumento desse infortúnio entre aquelas que cursaram ou concluíram o Ensino Médio ou o Ensino Superior. Nesse período, mesmo com essa mudança, chama atenção como o suicídio dos menos escolarizados, que sequer concluíram o Ensino Fundamental, foi preponderante: 77% do conjunto daqueles que tiraram a própria vida, em 2000, e 63% em 2012. O perfil escolar dessas pessoas permite esboçarmos três hipóteses sobre a razão de terem cometido tal ato. Primeira: tendencialmente estas pessoas possuíam uma mão de

obra pouco qualificada e, certamente, sem profissões consolidadas. Segunda: na falta de qualificação, só tiveram acesso a empregos com baixos salários. Terceiro: eram majoritariamente pessoas que, se não estavam abaixo da linha de miséria, que se encontrava em processo de redução no país, eram pobres. Como consequência, ao que tudo indica, a tendência foi de se integrarem precariamente no mercado de trabalho. Ou seja, apesar da redução das desigualdades em curso, parece que aquelas pessoas não usufruíram plenamente das benesses do período e não se sentiram inseridas plenamente na dinâmica da vida social.

Essa hipótese ganha força quando tomamos como referência os dados da educação colhidos e sistematizados pelo Censo de 2010, que abrange boa parte do período aqui considerado, de 2000 a 2012. Segundo o IBGE, nesse período, um quarto da população brasileira, entre 20 e 24 anos, não havia

completado o ensino fundamental, enquanto 22,57% dessa faixa etária não concluiu o ensino médio. O que significa que essa parcela dos jovens não chegou sequer a obter uma formação profissional, o que certamente acabou lhe reservando sub-empregos e empregos de baixas remunerações.

Tabela 5 – Percentuais de escolaridade das pessoas mais jovens

	20 a 24 anos	25 anos ou mais
Sem instrução e fundamental incompleto	25,37%	49,25%
Fundamental completo e médio incompleto	22,57%	14,65%
Médio completo e superior incompleto	45,82%	24,56%
Superior completo	5,46%	11,27%
Não determinado	0,77%	0,27%

Fonte: IBGE – Censo (2010).

Conforme ainda o levantamento decenal, entre os jovens de 18 a 24 anos, 36,5% haviam abandonado o estudo antes de completar o ensino médio em 2010. Desses, a maioria (52,9%) deixou a escola antes de terminar o ensino fundamental, enquanto 21,2% abandonou o estudo logo após ingressar no ensino médio. Estes dados corroboram com a hipótese de que foi nesse jovem segmento populacional onde se originou uma parte considerável das pessoas que mais se mataram no país, no período de 2000 a 2012.

No entanto, parece não ser somente a marginalização do acesso ao bem-estar social e econômico que entrelaça a baixa escolaridade e o suicídio. Ela também se impõe como um obstáculo às pessoas procu-

rarem ajuda, nos momentos de sofrimentos materiais, afetivos ou existenciais, que as impeçam tirar a própria vida. Algo que, em geral, não sucede com aquelas mais instruídas. Isto ocorre porque, segundo Baudelot e Establet (2018, p. 21), as pessoas “mais diplomadas, mais atentas às mensagens de sua organização, mais bem informadas do que outras sobre as possibilidades de tratamento, sempre desenvolveram uma relação com o cuidado que favorece a antecipação... antes que seja tarde demais”. Esta é uma das hipóteses que esses autores formulam para explicar como, no presente, com o perdurar do neoliberalismo, que destrói diversas políticas públicas de proteção e bem-estar sociais, o número de suicídios tem declinado nos principais países europeus.

O padrão de bem-estar social e o grau de capacidade de as pessoas procurarem se proteger do suicídio, ambos relacionados ao nível de escolaridade, parecem também poder ser vistos na Tabela 4. No Brasil, no período que esta retrata, em que pese o aumento de suas participações no conjunto dos suicídios, as pessoas mais escolarizadas mantiveram ainda grande distância em relação às com poucos anos de estudo. Na faixa de 8 a 11 anos de estudos, onde se encontravam as pessoas semiqualficadas ou com alguma formação profissional, seu percentual no número de suicídios passou de 15,1% em 2000, para 26,5 em 2012. Já os com 12 anos ou mais de escolaridade, que compreende aquelas pessoas com uma formação técnica elevada e que entraram no curso superior, houve um aumento menor no percentual do conjunto de suicídios: passou de 7,4%, em 2000, para 10,5%, em 2012; ou seja, as pessoas com mais anos de estudo continuaram a cometer o suicídio bem menos. Assim, no período tratado, tudo indica que, quanto mais instruídas as pessoas são, mais estão protegidas do suicídio.

* * *

A exposição que acabamos de apresentar permite afirmar que, no período que vai de 2000 a 2012, a sociedade brasileira viveu uma contradição, pois, por um lado, viu significativa melhoria das condições econômicas e sociais de sua população, mas, por

outro, foi acompanhada do aumento da taxa de suicídio. Assim, no período, o crescimento do suicídio no Brasil não decorreu de uma crise econômica, como explicava Durkheim (2002), tampouco da depressão derivada de uma crise, como defendia Halbwachs (2002) retificando seu mestre. A explicação mais plausível de Durkheim, que se pode aplicar à situação brasileira em questão, ainda no capítulo do suicídio anômico, seria a de que os suicídios também aumentam com uma grande transformação econômica, quando de uma “crise de prosperidade”. Aqui, porém, também parece haver um problema para entendermos o que se passou com o país naqueles doze anos, já que, segundo Durkheim, na prosperidade quem mais se mata são os abastados da sociedade, pois “a pobreza protege contra o suicídio” (DURKHEIM, 2002, p. 282), o que, de fato, não ocorreu no Brasil.

2. Crise política e econômica e as taxas de suicídio: 2011-2018

2.1. Declínio econômico e o retorno das profundas desigualdades sociais

A crise política que se instaurou no Brasil a partir de 2013, culminando com o golpe parlamentar em 2016, de imediato não repercutiu nas condições socioeconômicas da população. De fato, elas só começaram a se deteriorar a partir de 2016. A Tabela 6 expressa isso:

Tabela 6 - Dados socioeconômicos brasileiros

	2013	2015	2018
Taxa de Crescimento do PIB*	3,0	-3,5	1,1
Taxa de Desemprego*	5,4	8,5	12,3
Índice de Gini**	0,527	0,515	0,625

(*) Fonte: IBGE (2020).

(**) Fonte: IPEA (2020).

Segundo o IPEA, de 2013 a 2015, os efeitos das políticas desenvolvidas pelos governos do PT ainda eram sentidos: nesse período, as desigualdades sociais diminuíram, passando o índice de Gini de 0,527 para 0,515. Posteriormente, ocorreu um aumento das desigualdades: em 2017, ele atinge 0,549 e, no momento seguinte, em fins 2018, 0,625. O país retrocedeu ao início da última década do século XX; em 1990, segundo IBGE, o índice de Gini foi de 0,607.

Além do desmonte das políticas públicas e novas leis deletérias, vide as novas leis trabalhistas que legalizaram relações de trabalho precárias, a economia foi perdendo vigor. O crescimento econômico, que em 2013 foi ainda de 3,0%, foi declinando: de 0,5%, em 2014, -3,5%, em 2015, e de -3,3%, em 2016. Nos dois anos seguintes, cresceu somente 1,1% por ano.

Essa nova conjuntura repercutiu na vida da população, principalmente da mais pobre. O desemprego, por exemplo, cresceu vertiginosamente: se em 2013 ainda era estável, ele subiu, em 2015, para 8,5%, chegando em 2018 a atingir 12,3%. Em números, segundo o IBGE, de 2014 a 2017 houve um aumento de 6,5 milhões de desempregados; findo 2018, já eram mais de 13 milhões. Não por acaso, a extrema pobreza, que recuara para 4%, em 2013, voltou a crescer: se, em 2016, havia 13,5 milhões de pessoas nesta situação, em 2017 foi para 15,3 milhões; percentualmente, ela passou de 6,6% para 7,4% da população brasileira.

2.2. Características gerais das taxas de suicídio de 2011 a 2018

Esse cenário disruptivo que foi se instalando no país, com a deterioração das condições cultural, política, social e econômica da população, não implicou numa mudança

nas características de como o suicídio ocorria até então.

Os Boletins Epidemiológicos entre 2017 e 2019, publicados pelo Ministério da Saúde, mais especificamente aqueles que tiveram como objeto o suicídio, apesar de nem sempre enfatizarem os mesmos aspectos do fenômeno, possibilitam termos uma noção da recente situação do Brasil em relação ao ato das pessoas tirarem suas próprias vidas. As taxas nacionais, por exemplo, que em 2011 e 2012, eram respectivamente 5,4 e de 6,3 suicídios por 100 mil habitantes, em 2016 e 2017 apresentaram pouca variação: na devida ordem de 5,7 e 6,2 suicídios por 100 mil habitantes. Os dados dos referidos boletins, de modo geral, ratificam os anteriores que apresentamos e analisamos. Assim, por exemplo, as maiores taxas de suicídio, de 2011 a 2015, continuaram a ser as dos estados do Sul e do Centro-Oeste do país. Por outro lado, os boletins fornecem informações que não dispúnhamos quando tratamos do suicídio entre 2000 e 2012.

a) A influência dos transtornos mentais sobre a violência autoprovocada e as tentativas de suicídio

Como primeira aproximação, os boletins apresentam os dados das pessoas que tentaram e as que, de fato, se suicidaram. Sabemos não ser recomendável compararmos a tentativa e a consecução do ato, pois são de naturezas distintas; a prova disso é a desproporcional participação dos sexos nas duas situações: enquanto, entre 2011 e 2016, as mulheres tentaram se matar 33.269 vezes, os homens somente 14.931 vezes. Já em relação à realização efetiva do ato, houve uma inversão: enquanto o número de suicídios masculinos foi de 52.781, o feminino ficou

em 14.801. Assim, enquanto nas tentativas a proporção foi de 2,22 mulheres para 1 homem, observamos que os homens tiraram a vida 3,56 vezes a mais que as mulheres.

Contudo, alguns aspectos relativos às tentativas e aos suicídios apresentam tendências semelhantes. No caso da escolaridade, entre 2011 e 2016, embora não haja informação sobre aproximadamente 40% das pessoas, para ambos os sexos, 39,9% das mulheres e 40,4% dos homens que tentaram o suicídio apresentavam baixa escolaridade – menos de 7 anos de estudo. Num período quase igual, de 2011 a 2015, as taxas de suicídio, para as pessoas menos escolarizadas, foram as mais altas: 6,8 por 100 mil pessoas, cuja escolaridade era de 0 a 3 anos, e de 6,1 por 100 mil, para as pessoas entre 4 e 7 anos de estudos. Porém, para quem tinha 12 ou mais anos de estudos, a taxa caía quase pela metade: 3,4 suicídios por 100 mil pessoas.

Outro aspecto, não menos importante, que se deve levar em conta é o fato do alto número e significativo percentual de pessoas que se autolesionaram e que tentaram o suicídio, mas que não apresentaram deficiências e/ou transtornos psicológicos. No período de 2011 e 2016, das 176.211 pessoas que se autolesionaram, 57% não apresentavam problemas de deficiência ou transtorno psicológicos; e, em relação às 48.199 tentativas de suicídio, o percentual girou em torno de 47,7%. Infelizmente, segundo o Boletim de 2017, os dados relativos aos números de suicídios, bem como suas taxas calculadas em relação a 100 mil habitantes, não trazem consigo o percentual de pessoas com ou não deficiência ou transtorno psicológicos.

O outro Boletim, o de 2019, centraliza o levantamento e sistematização dos dados em torno dos jovens, entre 15 e 29 anos de idade, entre os anos de 2011 e 2018. Neste

período, nessa faixa etária, em todo o país, 154.269 pessoas praticaram alguma violência contra si. Destas, 58,4%, ou seja, 90.158 pessoas não apresentavam qualquer deficiência ou transtorno mental – quase 2/3 das violências autoprovocadas. Parte desses atos tinham o suicídio como objetivo último, isto é, foram tentativas de tirar a própria vida. Tomando os três últimos anos abrangidos pelo referido Boletim Epidemiológico, de 2016 a 2018, em cada um desses anos aproximadamente 40% daqueles jovens perpetraram violências contra si mirando o suicídio. Desse modo, com certa segurança, é possível afirmar que esses jovens agiram conscientes de suas ações, sabiam de algum modo as consequências de seus atos.

Objetivamente, pois inexitem tais informações, não podemos avaliar de que forma a deficiência ou o transtorno psicológico influenciam nos números e/ou nas taxas de suicídio. E, pelas proporcionalidades invertidas entre mulheres e homens entre os dois casos, como já mostramos, não é cabível equivaler as tentativas com os suicídios. Contudo, assim como para os atos em que as pessoas conseguem tirar a própria vida, é possível afirmar que as tentativas não podem ser somente imputadas a um aspecto biológico ou psicológico, que seria de ordem estritamente individual. Assim, tal como argumenta Durkheim para o suicídio (2012), os fatores sociais parecem também pesar e ter papel importante mesmo nas ações de quem não consegue lograr colocar fim em sua própria existência. Aliás, o fundador da sociologia francesa só faz referência às tentativas de suicídios no primeiro e segundo capítulos – respectivamente *O suicídio e os estados psicopáticos* e *O suicídio e os estados psicológicos normais* –, do primeiro livro de *O Suicídio*, não chegando a analisar a relação desse ato com o suicídio propriamente dito.

b) *As taxas de suicídio por faixas etárias e por grau de escolaridade.*

Os dados do Boletim Epidemiológico de 2017 e de 2019, como antecipamos, de certo modo ratificam os dados de 2000 a

2012 que analisamos anteriormente. Isso pode ser constatado nos aspectos da faixa etária e do tempo de estudo daqueles que se suicidaram; aqui, o Ministério da Saúde restringiu os dados ao período de 2011 e 2015.

Tabela 7 – Taxa de suicídio por 100 mil habitantes (2011–2015)

Faixa etária	Masculino	Feminino	Taxa geral de suicídio
5-19	2,3	1,1	1,7
20-29	11,0	2,5	6,8
30-39	11,9	3,0	7,4
40-49	12,4	3,6	7,9
50-59	12,5	3,8	8,0
60-69	12,9	3,2	7,7
≥ 70	17,1	3,0	8,9

Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (2017).

À primeira vista, contrastando com as taxas de 2012, chama atenção a alta taxa de suicídio das pessoas acima de 60 anos, particularmente aquela das pessoas com 70 anos ou mais. Porém, quando agrupamos na taxa geral de suicídio a faixa de 60 a 69 anos de idade com a das pessoas com 70 anos ou mais, verificamos que a média desses dois estratos é de 8,3 suicídios por 100 mil habitantes – muito próximo à taxa de 2012 relativa às pessoas com 60 anos ou mais. Como no período anterior, o de 2011 a 2015 apresentou uma grande proximidade entre as taxas de suicídio das pessoas mais novas, entre 20 e 59 anos, com as idosas entre 60 e 69 anos de idade – os mais jovens permaneceram também muito expostos ao suicídio.

Esta situação de vulnerabilidade das pessoas jovens ganha ainda mais relevo quando focalizamos nossas atenções na faixa etária entre 15 e 29 anos, que abrange tanto a adolescência quanto a fase adulta, quando, em geral, a pessoa já tem uma profissão ou emprego. Esse recorte foi o eixo em torno do qual gravitou o Boletim Epidemiológico de 2019. Segundo esse informativo do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, ocorreram 80.352 suicídios no Brasil, dos quais 27,3%, ou 21.790, foram cometidos por pessoas naquela faixa etária. Embora o crescimento de 8% ficasse abaixo do percentual do aumento total para aquele período, não deixa de ser expressivo quase 30% do total de suicídios serem de pes-

soas tão novas. Esta parece ser uma tendência da sociedade brasileira decorrente do fato de não conseguir dar perspectivas de futuro e, por isso, integrar a contento as novas gerações, pois suas taxas de suicídio são altas, quer no momento de crescimento econômico, quer no momento de crise.

Na Tabela 7, que engloba o conjunto de suicídio de 2011 a 2015, também verificamos que o suicídio das mulheres apresenta regularidade dos 30 anos em diante. Afora a faixa etária das com 70 anos ou mais, a partir dos 30 anos o suicídio feminino mantém a distância em relação ao masculino: varian-

do de 3,9 homens para 1 mulher, na faixa de 30 a 39 anos, para 4,0 homens para 1 mulher, na faixa de 60 a 69 anos. Dados mais recentes, presentes no Boletim de 2019, reiteram essa estabilidade do suicídio feminino: de 2011 a 2017, tomando o total de suicídios anuais do país, o coeficiente de proteção das mulheres variou de 3,5 a 3,6: o que significa dizer que, ao longo desses anos, em média, os homens tiraram três vezes e meia mais a própria vida do que as mulheres. Comparando com 2012, suas taxas de suicídio indicam estabilidade, sem tendência ao crescimento, como entre os jovens.

Tabela 8 – Taxa de suicídio por 100 mil habitantes (2011–2015)

Anos de estudo	Masculino	Feminino	Taxa geral de suicídio
0-3	10,9	2,6	6,8
4-7	9,7	2,5	6,1
8-11	5,2	1,6	3,3
≥ 12	5,3	2,4	3,4

Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (2017).

Há também uma continuidade na característica da relação entre o fenômeno do suicídio e a escolaridade, conforme a Tabela 8. Os dados entre 2011 e 2015 confirmam os que já analisamos de 2000 até 2012; aqui, ao invés do percentual da população, o Boletim nos dá acesso às taxas de suicídio. A pouca escolaridade parece pesar nessas taxas. Assim, verificamos que as maiores taxas de suicídio são das pessoas com pouco estudo: entre zero e 3 anos e 4 e 7 anos de escolaridade suici-

dam-se, respectivamente, 6,8 e 6,1 pessoas por 100 mil habitantes. Por outro lado, quando se considera a escolaridade de 12 anos para cima, ou seja, do ensino médio concluído ao superior, a taxa cai para 3,4 suicídios por 100 mil pessoas. Dessa forma, as pessoas com menos anos de estudo, que são analfabetas ou que não conseguem concluir o ensino fundamental, suicidam-se numa razão de duas vezes mais que aquelas que terminam o ensino médio ou entram na universidade.

O Boletim de 2019, que num espaço de tempo um pouco maior – de 2011 a 2017⁶ – delimita a amostragem entre 15 e 29 anos, mostra como essa baixa escolaridade, de fato, tem uma estreita vinculação com o suicídio. Nessa faixa etária, no período referido, foram 8.547 pessoas que tiraram a própria vida e que só possuíam até sete anos de estudo, de um universo de 21.788 suicídios, o que representava 39,2% deste total. Quando agregamos os 6.639 com o ensino médio incompleto, o que significa 30,5% dos suicídios, chegamos a uma cifra de quase 70% de jovens que, tendencialmente, e quando muito, possuem uma baixa formação profissional. De modo muito diferente, nesse mesmo período de oito anos, os que possuíam ensino médio completo ou alguns anos de ensino, ou formação superior completa, se suicidaram bem menos, em torno de 8% – a instrução elevada parece implicar numa maior proteção das pessoas em relação ao referido ato.

Esse caráter protetivo, ao que tudo indica, relaciona-se diretamente às condições de vida das pessoas. Indubitavelmente, quem tem mais anos de estudo tende a ocupar os melhores cargos na administração pública ou os empregos com maiores salários no setor privado. Em geral, os com pouca escolaridade têm a propensão a ocupar os empregos precários e receber baixos salários. Apesar de necessitarmos de dados complemen-

tares, os que trabalhamos até agora nos permitem levantar a hipótese que, entre nós, o suicídio é, majoritariamente, praticado pelos mais pobres – o acesso ou não a uma determinada qualidade de vida tende a proteger ou expor as pessoas em relação ao ato de se matar⁷. Assim, poucos anos de estudo podem ser perigosos por dois motivos. Primeiro, no atual e grave momento de desemprego que atravessa o país, essas pessoas são as que têm mais dificuldades para conseguir se reintegrar à dinâmica da sociedade moderna. Segundo, algo que já tratamos para o período de 2000 a 2012, elas encontram também dificuldade para superar os momentos de crises existenciais, pois, pelo pouco estudo, por falta de informação, não sabem a que tipo de ajuda devem recorrer.

c) Estado civil e suicídio

Um dos aspectos importantes no Boletim de 2017 é que nele há o detalhamento sobre o estado civil de quem se suicidou entre 2011 e 2015. A relevância dessa variável para Durkheim, em *O Suicídio*, pode ser percebida porque é muito trabalhada nos capítulos do *suicídio egoísta* e do *suicídio anômico*, como na conclusão do livro. “Podemos considerar o estudo elaborado por Durkheim”, segundo Philippe Besnard, “sobre o efeito do casamento na frequência do suicídio, como *um* (senão *o*) ponto central

6. Ver no Anexo a tabela: “Relação escolaridade/suicídio das pessoas entre 15 e 29 anos – 2011-2017”.

7. No período pós-1945 até meados dos anos da década de 1970, os chamados anos dourados europeu, o contínuo crescimento econômico, o quase pleno emprego, a constituição de políticas de solidariedades sociais – o chamado Estado do Bem-Estar Social –, produziram uma sociedade afluyente e próspera. Além de declinarem, o número e as taxas de suicídios mantiveram-se estáveis: na França, por exemplo, se em 1950 a taxa de suicídio era 15,3 por 100 mil, em 1971 a taxa foi de 15,4 por 100 mil. A partir da metade da década de 1970, quando há a crise do petróleo, e iniciam-se uma sôfrega e veloz mudança tecnológica e administrativa, as taxas de desemprego elevadas e o gradativo desmonte das políticas sociais, verificamos o recrudescimento do suicídio: em 1994, na França, a taxa atinge o patamar 23,9 suicídio por 100 mil (BAU-DELOT e ESTABLET, 1999, p. 18).

do livro” (1997, p. 735). De fato, a importância do fator família e sua relação com o suicídio foi retomado por Halbwachs, em 1930, em *As causas do suicídio*.

Uma das teses de Durkheim era de que, não o casamento em si, mas a *sociedade doméstica* protegia do suicídio. Portanto, para além da *sociedade conjugal*, a existência dos filhos era fundamental, de tal forma que os homens casados com filhos se matavam menos do que aqueles sem filhos e estes menos que os solteiros; já as mulheres casadas sem filhos suicidavam-se mais que as solteiras. O outro ponto era o efeito do divórcio: segundo Durkheim, nos países onde era proibido, os homens casados eram mais protegidos do suicídio que as mulheres casadas; por sua vez, onde havia divórcio, as mulheres casadas matavam-se menos (DURKHEIM, 2002). Mais tarde, revisando as estatísticas utiliza-

das por Durkheim, testando suas hipóteses e agregando outras, Halbwachs concordava com a importância de relacionar suicídio e casamento, mas concluía que a família não podia ser compreendida em si mesma. Para Halbwachs (2002, p.180), “não podemos mais desvincular o grupo doméstico do meio social mais vasto, em evolução, no qual ele se encontra inserido”.

A Tabela 9 sistematiza os dados do estado civil das pessoas que se suicidaram entre 2011 e 2015. O problema dos dados é que são apresentados de modo agrupado. Assim, solteiros, viúvos e divorciados são apresentados conjuntamente, bem como no caso dos casados não é possível saber da existência ou do número de filhos e, por isso, a extensão do grupo doméstico. Malgrado esta limitação, podemos ter uma compreensão mínima da situação brasileira.

Tabela 9 – Números de suicídios de acordo com o estado civil (2011–2015)

Situação Conjugal	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Solteiro(a)/Viúvo(a)/Divorciado(a)	26.152	60,3	7.440	60,7	33.594	60,4
Casado(a)/União Estável	13.574	31,3	3.935	32,1	17.509	31,5
Ignorado	3.565	8,4	883	7,2	4.546	8,2

Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (2017).

Mesmo sem podermos visualizar a especificidade de determinados grupos, é possível afirmar que a reflexão de Durkheim faz sentido em grande medida entre nós, pois, no Brasil, a união matrimonial protege com a mesma força homens e mulheres. Entre 2011 e 2015, por exemplo, uma menor

quantidade de pessoas que se suicidaram eram casadas ou viviam em união estável: 31,3% dos homens e 32,1% das mulheres. Por sua vez, o conjunto das pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas, com propensão a ser mais isolado e não ter vida familiar, foi o que mais suicidou-se: 60,3% dos ho-

mens e 60,7% das mulheres. O que significa, em ambos os sexos, que o número de suicídios tende a ser muito maior entre os que não são casados ou vivem em união estável.

Apesar da ausência de dados pormenorizados, esta realidade mostra que, no caso brasileiro, a extensão da família, que depende do número de pessoas que a compõem, do número de filhos etc., não é em si fator de proteção ao suicídio, e sim a relação conjugal. A partir desta, sem informações sobre o efeito da *sociedade doméstica*, é possível afirmarmos que ela mantém as pessoas mais distantes de tal ato do que aquelas que vivem – em tese – sozinhas; ou seja, ela protege contra o suicídio. Não perdendo de vista as explicações sociológicas clássicas e atuais sobre outros países, embora estes às vezes destoem do nosso em alguns aspectos, uma hipótese para explicar essa realidade talvez seja a importância que ainda guarda a família no seio da sociedade brasileira. Ao que tudo indica, essa instituição “família” continua conseguindo integrar e regular de tal modo a vida das pessoas, que pode ser vista como obstáculo ao suicídio.

Considerações finais

A ocorrência – ou recorrência – do suicídio na sociedade brasileira, como em vários outros países, é a prova inequívoca do acerto de Émile Durkheim em alçar o fenômeno à condição de objeto de estudo da sociologia. Ao mesmo tempo que uma estratégia para afirmar a sociologia no campo das Ciências Sociais (ORTIZ, 1989), a reflexão sociológica sobre o ato da pessoa tirar a própria vida foi um modo de revelar uma das faces da modernidade. Como o próprio Durkheim já mostrara na sua tese de doutoramento, quatro anos antes da publicação de *O Suicídio*,

[...] As causas de que dependem os aumentos do suicídio, nos povos civilizados, possuem um caráter certo de generalidade. Com efeito, ele não se produz em pontos isolados, em certas partes da sociedade com exclusão de outras; vemo-lo por toda parte. A marcha ascendente é mais rápida ou mais lenta segundo as regiões, mas não tem exceções. A agricultura é menos atingida do que a indústria, mas o contingente que fornece ao suicídio vai crescendo sempre. Estamos assim na presença de um fenômeno que está ligado, não a estas ou àquelas circunstâncias locais e particulares, mas a um estado geral do meio social (DURKHEIM, 1967, p. 229).

Na visão de Durkheim, o progresso tão anunciado pela modernidade não era pró-digo em tornar as pessoas felizes, como prometera o Iluminismo. Ele trouxe consigo também o agravamento do suicídio, fenômeno que impinge preocupação e sofrimento à vida das pessoas, tornando-o uma marca indelével dessa sociedade. Isto explica por que, mais de cem anos depois de sua primeira edição, uma obra como *O Suicídio* mantém-se atual e resistente ao tempo (BAUDELLOT; ESTABLET, 1999). Não só! O estudo que ele indica, mesmo suas análises sendo passíveis das necessárias críticas e atualizações, permite-nos observar “no suicídio e suas variações um revelador das profundas tendências da sociedade” (BAUDELLOT; ESTABLET, 1999, p. 23).

Isso explica a razão do suicídio ser um fato preocupante em todos países e regiões do mundo. A expansão da modernidade fez com que ele atingisse indistintamente todos os povos, independentemente da religião, etnia e cultura. Não por acaso, o suicídio pode ser um objeto sociológico em realidades diversas ou até antípodas entre si: de uma católica Polônia (JAROSZ, 1978) a

uma protestante Irlanda do Norte (LASSALLE, 1994); da hinduísta Índia (ESTABLET, 2012) ao Japão budista (DUCHAC, 1964). Em todos esses contextos sociais, ele se faz presente e impactante.

Porém, o suicídio não somente se imiscui em realidades sociais díspares. O impacto do suicídio também se relaciona e se expressa por meio de vários aspectos: do sexo à idade, da escolaridade à situação empregatícia etc. Além do que, muito tem a ver, e os seus oscilantes números mostram essa relação, com as condições econômicas, sociais e políticas de uma sociedade, como ainda com a dinâmica que envolve a vida das pessoas nas horas do dia, nos dias da semana e em determinados períodos do ano, o chamado ritmo social (AVELINE; BAUDELLOT, 1984).

Este leque de aspectos que envolve o suicídio com a vida social coloca-se como um desafio à pesquisa sociológica.

No caso do Brasil, onde os estudos sociológicos dão pouca importância ao suicídio em suas agendas de pesquisas, qualquer tentativa no sentido contrário se depara com dificuldades. Por um lado, em que pese a maioria das informações disponíveis ser coletada, sistematizada e fornecida por órgãos da administração pública, os dados disponíveis são muito gerais e pouco pormenorizados. Por outro lado, a escassez de pesquisas e análises sociológicas sobre o fenômeno não produz uma base, um ponto de partida consolidado, ainda que pudesse ser alvo de controvérsias e disputas, de modo a impulsionar estudos que investiguem e elucidem mais e mais aspectos específicos, algo que ajudaria melhor explicar as principais causas e características do suicídio entre nós. Deste modo, nesse estágio que nos encontramos, qualquer estudo sobre esse objeto não tem como não deixar flancos abertos.

Esse é o caso do presente texto, que se recente de problemas e lacunas, muitos decorrentes da falta de dados mais detalhados. Isso é perceptível em várias partes. Indiretamente, por exemplo, a partir da escolaridade, em especial das pessoas com menos anos de estudo, inferimos – procedimento desaconselhável num estudo sociológico –, que quem mais se suicida são as pobres – conclusão que talvez tenha algo de verdade, pois, seguramente, são elas que estão nos trabalhos precários e com baixos salários. Contudo, para maior precisão, seria importante sabermos a faixa de renda delas. Esse dado robusteceria a explicação por que mais e mais o número de suicídio dos jovens aproxima-se do das pessoas idosas em todas as regiões do país, às vezes ultrapassando-o. A faixa de renda também ajudaria a esclarecer a origem social do idoso que se suicida e, com isso, poderíamos mensurar do poder da família na obstaculização de tal ato.

No entanto, para termos uma melhor noção dessa capacidade da família, urge preencher outras lacunas. Por um lado, será fundamental agregarmos os novos dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) a partir de 2019, para assim termos uma ideia aproximada da atual extensão da família brasileira. Por outro lado, além dos dados apresentados acima, que mostram como a vida solitária impacta na incidência do suicídio, será igualmente importante agregarmos os números anuais de casamentos e divórcios no país. Isso talvez dê mais precisão – ao cruzarmos números de divórcios com os dos suicídios –, à explicação sobre a capacidade da *sociedade conjugal* em reduzir as mortes autoprovocadas de seus componentes.

A falta da informação sobre a condição empregatícia também compromete uma melhor compreensão sobre quem se suicida. A

ausência desse dado, por exemplo, não permite verificarmos de que modo a condição de não inserção no mercado de trabalho tem, ou não, maiores consequências sobre as pessoas mais jovens ou as de meia-idade, mesmo quando levamos em conta que, como mostrado anteriormente, o número de suicídios não cresce em um momento de crise. O que não impede, a despeito dos esforços exigidos, que verifiquemos se o desemprego – na sua alta ou baixa – afeta de alguma maneira a taxa de suicídio, para isto exigindo que relacionemos esta taxa com a de desocupação da população economicamente ativa num determinado espaço de tempo.

A continuidade da pesquisa que ora desenvolvemos, certamente estará atenta e buscará preencher, à medida do possível, não só as lacunas indicadas, mas também outras que porventura não tenham sido identificadas. Mas, não só! Esta pesquisa também incorporará novos aspectos culturais, políticos e socioeconômicos, os quais permitirão que outros estudos possam apreender o suicídio para além de um ato exclusivamente individual.

REFERÊNCIAS

- AVELINE, F. BAUDELLOT, C. *et al.* Suicide et rythmes sociaux, *Economie et Statistique*, n° 168, 1984. p. 71-76.
- BAUDELLOT, C. ESTABLET, R. *Durkheim et le Suicide*. 5ª édition, Paris: PUF, 1999.
- BAUDELLOT, C. ESTABLET, R. *Suicide, L'envers de Notre Monde*. Paris: Seuil, 2018.
- BESNARD, P. Mariage et suicide: la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle. *Revue Française de Sociologie*, XXXVIII, p. 735-758, 1997.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. *Suicídio: saber, agir, prevenir*. Ministério da Saúde, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atendimento.pdf>. Acesso em: 02/12/2019
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. *Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018*. Ministério da Saúde, v. 50, n. 24, set. 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suicidio-24-final.pdf>. Acesso em: 10/10/2020.
- CVV. *Centro de Valorização da Vida. Solidariedade: elo da vida*. Fortaleza, 2002.
- DUCHAC, R. Suicide au Japon, suicide à la japonaise. *Revue Française de Sociologie*, v. V, n. 4, p. 402-415, 1964.
- DURKHEIM, E. *De la division du travail social*, 8ª édition, Paris: PUF, 1967.
- DURKHEIM, E. *Le Suicide*. 11ª édition, Paris: PUF/Quadrige, 2002.
- ESTABLET, R. La statistique du suicide en Turquie (Une occasion de relire Durkheim). *Turcica - revue d'études turques*, n. 40, p. 253-291, 2008.
- ESTABLET, R. Le suicide en Inde au début du XXe siècle. *Revue Sociologie*, v. 3, Paris: PUF, p. 117-143, 2012.
- HALBWACHS, M. *Les causes du suicide*. Paris: PUF, 2002.
- JAROSZ, M. Le suicide en Pologne. *Revue d'Études Comparatives Est-Ouest*, v. 9, n. 4, p. 65-101, 1978.
- LASSALLE, D. Le suicide en Irlande du Nord de 1971 a 1991. *Population*, 49ª année, n. 4-5, p. 1146-1159, 1994.
- LEILA. *Amarelo, a cor da vida!* n.d. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/amarelo-cor-da-vida/>. Acesso em: 01/10/2020.
- MINAYO, M. C. S. (Org.) *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*, 21. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- ORTIZ, R. *Durkheim: arquiteto e herói fundador*.

Revista Brasileira de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 4, n.11, p. 5-22, out. 1989.

PAUGAM, S. (Coord.) *A pesquisa sociológica*. Tradução de Francisco Morás, Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

RAMOS, M. P. Métodos quantitativos e pesquisa em Ciências Sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, v.18, n. 1, p. 55-65, 2013.

SILVA, B. F. A.; PRATES, A. A. P. ; CARDOSO, A. A. ; ROSAS, N. O suicídio no Brasil contemporâneo. *Sociedade e Estado*, v. 33, n. 2, p. 565-579, 2018.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>. Acesso em: 30/10/2019.

WHO. World Health Organization. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 30/05/2021.

DATASUS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em: 20/10/2019.

PNAD. Ministério da Educação. **Pesquisa aponta redução do analfabetismo em todo o país**. 13/11/2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/211-noticias/218175739/31991-pesquisa-aponta-reducao-no-indice-de-analfabetismo-no-pais> Acesso: 05/06/2021

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15/05/2020.

IPEADATA.<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx> Acesso: 20/05/2020.

<http://www.worldbank.org/> Acesso: 25/05/2020.

RESUMO

O suicídio, fenômeno muito estudado pelas áreas médica e do psiquismo, tem, enquanto objeto de pesquisa, pouca relevância na sociologia brasileira. O presente texto busca preencher essa lacuna, o que exige que estudemos o suicídio, não como uma restrita atitude individual, mas como um ato que também possui uma dimensão social, pois está inserido nos contextos cultural, político e econômico. Para tanto, ainda que na certeza de serem iniciais, propomo-nos desenvolver algumas análises sociológicas sobre a ocorrência do suicídio na sociedade brasileira nas primeiras décadas do século atual, momento pelo qual o país passou por profundas e impactantes transformações, tomando por base dados e fatos disponibilizados por entidades da sociedade civil, órgãos governamentais e instituições internacionais. Pela natureza dessas informações, e por não ser possível termos acesso às razões que levaram cada pessoa a tirar a própria vida, faremos uso de uma metodologia quantitativa, com a qual trataremos dos resultados gerais e coletivos apresentados por aqueles órgãos, analisando e comparando médias de grupos e segmentos sociais envolvidos nesse ato fatídico.

PALAVRAS-CHAVE

Suicídio. Sociologia. Família. Jovens.

ABSTRACT

Suicide, a phenomenon that has been much studied by the medical and psyche fields, has - as a research object - a related deficiency in Brazilian sociology. This text goes against this trend. This requires us to study it not as a restricted individual attitude, but as an act that also has a social dimension, as it is inserted in cultural, political, and economic contexts. Even though we are sure that the research is preliminary, we propose to develop some sociological analyzes on the occurrence of suicide in Brazilian society in the first decades of the current century, a period in which the country has undergone profound and impacting transformations, based on data and facts made available by civil society entities, government agencies and international institutions. Due to the nature of the data and the impossibility of accessing the reasons which led each person to take their own life, we will use a quantitative methodology, with which we will gather the general and collective results provided by entities, agencies, and institutions, with the goal to analyze and compare group and social segment averages involved in this fateful act.

KEYWORDS

Suicide. Sociology. Family. Young.

Recebido em: 27/07/2021

Aprovado em: 07/09/2021

ANEXO

Taxas de suicídio na região Norte – 2000–2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% de Mudança
Homem	5,9	6,6	5,6	6,5	6,6	6,6	6,6	7,3	8,6	7,9	7,6	8,1	8,7	47,4
Mulher	1,8	2,2	2,2	1,8	1,8	2,0	1,9	1,7	1,8	1,8	2,1	2,5	1,8	00,0
10-24	3,3	4,0	3,7	3,5	3,4	3,4	3,1	4,2	4,7	4,7	4,2	4,3	4,3	30,3
25-59	4,4	4,8	4,2	4,9	4,9	4,9	5,2	4,9	5,5	5,2	5,4	6,2	6,1	38,6
≥ 60	3,8	4,8	3,4	4,7	5,4	5,9	4,9	4,2	5,3	3,7	4,6	4,6	5,0	29,7
Total	3,8	4,4	3,9	4,2	4,2	4,3	4,2	4,5	5,2	4,8	4,8	5,3	5,2	36,8

Fonte: DataSUS (2019).

Taxas de suicídio na região Nordeste – 2000–2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% de Mudança
Homem	4,8	6,1	6,3	6,5	6,8	7,5	7,9	8,4	8,2	7,9	7,7	8,5	8,5	77,0
Mulher	1,3	1,5	1,9	1,9	1,8	2,0	1,9	2,1	2,2	1,9	2,1	2,0	2,1	61,5
10-24	1,8	2,3	2,5	2,6	2,4	2,6	2,7	3,0	3,3	2,8	3,0	3,2	2,9	61,1
25-59	3,8	5,0	5,2	5,3	5,6	6,2	6,4	6,4	6,1	5,9	5,8	6,2	6,4	68,4
≥ 60	4,3	4,2	4,7	5,1	5,2	6,4	6,2	6,6	6,7	6,1	5,6	6,2	6,7	55,8
Total	3,0	3,8	4,1	4,2	4,3	4,7	4,9	5,2	5,2	4,9	4,9	5,2	5,3	76,6

Fonte: DataSUS (2019).

Taxas de suicídio na região Sudeste – 2000–2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% de Mudança
Homem	6,9	8,1	7,7	7,9	7,7	8,0	8,1	7,6	8,1	8,4	8,6	9,0	9,0	29,5
Mulher	1,6	2,0	2,0	1,9	1,9	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	2,3	2,6	57,6
10-24	2,2	3,0	2,8	2,8	2,7	2,5	2,7	2,7	2,8	2,8	3,0	3,3	3,0	35,2
25-59	5,3	5,9	5,9	6,0	5,8	6,2	6,4	5,7	6,1	6,3	6,5	6,7	6,9	31,6
≥ 60	5,0	5,9	5,4	5,3	5,7	6,6	5,6	5,3	5,2	5,6	5,3	5,3	5,9	16,9
Total	4,2	4,9	4,8	4,8	4,7	4,9	5,0	4,8	5,0	5,2	5,4	5,5	5,6	34,8

Fonte: DataSUS (2019).

Taxas de suicídio na região Sul – 2000-2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% de Mudança
Homem	16,3	17,4	16,0	15,9	16,3	16,6	15,7	15,2	15,6	16,3	14,8	14,6	15,8	-3,0
Mulher	3,6	3,5	3,7	3,4	3,9	3,6	3,6	3,7	3,9	3,2	3,6	3,7	4,2	16,6
10-24	5,3	5,6	5,0	4,8	5,5	5,1	4,8	4,6	5,3	4,6	4,3	4,3	4,5	-15,0
25-59	11,4	12,0	11,4	11,4	11,6	11,8	11,3	10,9	10,9	11,4	10,5	10,2	11,0	-3,5
≥ 60	16,5	17,1	16,0	14,6	15,4	15,6	15,6	14,3	14,0	13,4	13,6	14,5	16,3	-1,2
Total	9,9	10,4	9,7	9,5	10,0	9,9	9,5	9,4	9,6	9,6	9,1	9,0	9,8	-1,0

Fonte: DataSUS (2019).

Taxas de suicídio na região Centro-Oeste – 2000-2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% de Mudança
Homem	12,3	11,3	12,6	12,4	11,7	11,3	11,4	10,8	12,3	11,4	10,7	10,8	12,1	-1,6
Mulher	3,3	3,2	3,8	3,0	4,0	3,5	3,0	2,8	2,9	3,1	3,1	2,7	3,3	0,0
10-24	6,0	5,2	5,6	5,7	6,0	5,1	4,8	5,0	5,7	5,1	4,6	4,4	5,4	-10,0
25-59	8,6	8,6	9,7	8,6	8,4	8,4	8,3	7,5	8,2	8,0	7,6	7,4	8,4	-2,3
≥ 60	10,5	8,2	10,1	10,9	12,7	11,0	11,3	8,2	9,8	8,8	9,4	9,7	10,5	-0,0
Total	7,8	7,3	8,1	7,7	7,8	7,3	7,2	6,7	7,5	7,2	6,8	6,7	7,6	-2,5

Fonte: DataSUS (2019).

Posição dos estados por sua taxa de suicídio em 2013

Posição em 1990	1ª à 7ª	8ª à 14ª	15ª à 21ª	22ª à 28ª
1ª à 7ª	Rio Grande do Sul + Paraná Distrito Federal	Mato Grosso do Sul + São Paulo	Santa Catarina + Rondônia	
8ª à 14ª	Goiás +	Acre+	Minas Gerais + Espírito Santo+ Rio Grande do Norte	Paraíba + Pernambuco +
15ª à 21ª	Ceará + Roraima+	Mato Grosso + Amapá + Amazonas +	Alagoas +	Rio de Janeiro - Pará +
22ª à 28ª	Piauí +	Tocantins + Sergipe+		Bahia + Maranhão+

Quadro elaborado pelo autor a partir dos dados do Ministério da Saúde.

Número de suicídios de mulheres e homens – 2011–2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	% DE CRESCIMENTO
HOMEM	8.168	8.498	8.759	8.794	9.163	9.399	10.218	62.999	25,09
MULHER	2.321	2.516	2.426	2.425	2.570	2.543	2.828	17.629	21,84
TOTAL	10.489	11.014	11.185	11.219	11.733	11.942	13.046	80.628	24,37

Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (2019).

Coefficiente de proteção das mulheres em relação aos homens no país*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BRASIL	3,5	3,3	3,6	3,6	3,5	3,6	3,6

Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (2019).

Relação escolaridade/suicídio das pessoas entre 15 e 29 anos – 2011-2017

Anos de Estudo	Masculino		Feminino		Total de Suicídios	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
0-3	2.130	12,4	393	8,6	2.523	11,6
4-7	4.927	28,6	1.095	24,0	6.022	27,6
8-11	5.093	29,6	1.546	33,9	6.639	30,5
≥ 12	1.190	6,9	601	13,2	1.791	8,2
Sem Informação	3.881	22,5	932	20,4	4.813	22,1

Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (2019).

