

Mortalidade por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente: reflexões sobre a realidade brasileira

Mortality by aggression and self-harm: reflections on the Brazilian reality

Aline de Carvalho Martins¹
Camila Rebouças Fernandes²

Resumo

O estudo aponta as mudanças no perfil de mortalidade associada às agressões e a lesões autoprovocadas voluntariamente, considerando as variáveis de faixa etária, sexo e raça/cor, na última década. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, com base nos dados disponibilizados pelo DATASUS. Verificou-se um aumento nos assassinatos e suicídios durante o período analisado, o que sinaliza uma maior exposição da população brasileira à violência. A mortalidade se concentra nos adultos jovens, porém os extremos do ciclo de vida foram acometidos pelos maiores aumentos estatísticos. No que diz respeito à cor, verifica-se um extermínio da população indígena e aumento na mortalidade do grupo pardo. Quanto as mulheres, sua mortalidade está em crescimento desde o início da década.

Palavras-chave: Mortalidade-causas externas; violência; homicídio; suicídio

Abstract

The study to point out the changes in mortality profile associated with aggression and self-harm, considering the variables of age, gender and race/color in the last decade. This is a descriptive and retrospective study with a quantitative approach, based on data provided by DATASUS. There was an increase in the murders and in suicides during the study period, which indicates greater exposure of the population to violence. The mortality is still concentrated in young adults, but the cycle extremes of life were affected by major statistical increases. With respect to color, there is an extinction of the indigenous population and increase in mortality in the group brown. As for women, their mortality is on the rise since the beginning of the decade.

Key words: Mortality-external causes; violence; homicide; suicide

¹Assistente Social. Doutora em Política Social e Serviço Social. E-mail: rjalinemartins@yahoo.com.br

²Assistente Social. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos. E-mail: camila-fernandeas@hotmail.com

Introdução

A mortalidade não atinge a pessoas de todas as cores, sexo e idade igualmente e nem toda mortalidade é uma fatalidade inevitável. Muitas mortes são evitáveis, as quais estão relacionadas às causas externas.

Para fins deste artigo, nos propomos a pensar na mortalidade por causas externas em que a violência teve o objetivo de atingir uma pessoa de forma deliberada. Trata-se de pensar a ação deliberada de um sujeito para atingir uma pessoa em particular (ainda que a si próprio). Por isso, iremos analisar as mortalidades por agressões (ou seja, os assassinatos), por serem a forma mais explícita e direta da violência, e também as lesões autoprovocadas voluntariamente (os suicídios), já que estes também expressam e comportam a violência auto infligida em sua dimensão mais intensa. Estas mortes também estão associadas às políticas públicas, pois nos remetem à segurança - ou à falta dela - nos casos das agressões e também à insatisfação com a qualidade de vida - nos casos de suicídio.

É possível afirmar que estas mortes constituem pautas importantes para saúde, segurança, assistência social, associando-se assim à forma como as políticas públicas estão organizadas no país. Seu enfrentamento demanda a formulação, a implementação, a avaliação e o monitoramento de políticas públicas específicas voltadas para os públicos acometidos por esse fenômeno.

Deste modo, o presente artigo visa identificar e refletir sobre o comportamento dos óbitos resultantes de agressão e lesão autoprovocada voluntariamente na última década disponível para análise no DataSUS, ou seja, 2004-2014³ e discriminar sua associação, segundo as variáveis correspondentes à faixa etária, sexo e raça/cor.

Histórico e contextualização da violência

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID 10), como causas externas são considerados: acidentes de transportes, outras lesões acidentais, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, complicação na assistência médica e cirúrgica, sequelas de causas externas e fatores suplementares relacionados à outras causas.

No ano de 2014, no Brasil, das 1.222.381 mortes que ocorreram em todo o país, 155.610 (ou seja, 12,73%), foram mortalidades associadas a causas externas. Esta constitui a terceira causa de mortalidade no país, com números inferiores apenas aos das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias ⁽¹⁾.

As mortes por causas externas - acidentes ou violências - se estabelecem historicamente e possuem associações diretas e indiretas com o âmbito público ⁽²⁾. Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a violência apresenta enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, além de participações e consciências individuais, de modo que o fenômeno constitui uma relação dinâmica entre os diversos envolvidos ⁽³⁾ (p.1).

É neste contexto que "os diversos grupos são atingidos por diferentes tipos de violência com consequências distintas" ⁽³⁾ (p.3), pois a violência expressa diferentes níveis de cidadania, à medida que atinge pessoas de forma distinta em função de sua cor, sexo ou idade.

Nem toda a mortalidade por causas externas está associada à violência (vide, por exemplo, mortes decorrentes de acidentes), já que em alguns casos inexistente a intenção deliberada de atingir a pessoa falecida.

³ Os dados de 2014 são preliminares.

Já a mortalidade associada à violência, abrange aspectos referentes aos estilos de vida e conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais há biografias de vida e projeções de futuro em questão ⁽³⁾. É preciso identificar e compreender quais grupos estão sendo exterminados, ou estão se identificando com vivências tão desprovidas de sentido, que eliminar a vida passa a ser uma proposta viável.

Os indicadores de gênero, cor/raça, geração e classe social, compõem uma síntese de indicadores utilizados para a classificação e hierarquização dos indivíduos em sociedade ⁽⁴⁾. Esta lógica de hierarquização vai reger o aniquilamento de determinados sujeitos sociais.

As mortes geradas pela violência e dirigidas de maneira voluntária e intencional para os indivíduos estão sempre associadas a motivações (mesmo que motivações consideradas fúteis), o que demanda identificar os grupos mais atingidos, os processos e as mudanças associadas à essas mortalidades, dada a sua possibilidade de prevenção. A violência, definida como:

o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação ⁽⁵⁾ (p.5),

possui um indubitável poder de prejuízos ou danos para a saúde e este quadro se torna ainda mais trágico quando o desfecho é a mortalidade.

Nos casos de mortalidade, são nítidos os prejuízos para o desenvolvimento e a riqueza do país, pois tratam-se de milhares de pessoas que morrem prematuramente, a maioria saudável e em idade produtiva. Além disso, pessoas que morrem por violência também deixam de participar do acompanhamento da educação de seus filhos, supervisão destes para melhores condições de vida, bons tratos, melhorias de suas qualificações pessoais como maior escolarização e os benefícios dela decorrentes, dentre outros, gerando prejuízo para a sociedade.

Os óbitos oriundos de situações de violência, seja por agressão ou por violência autoprovocada, afetam um número maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas ⁽⁶⁾. Seus efeitos extrapolam o "sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas" ⁽⁶⁾ (p. 1). Isso faz com que os sujeitos atingidos indiretamente devam ser alvos de atenção por parte das políticas públicas.

Estes óbitos – todos eles considerados evitáveis – somam 69.442 vidas eliminadas no ano de 2014 e respondem por 5,68% da mortalidade geral brasileira no mesmo ano ⁽¹⁾. É importante avaliar sua evolução, já que conhecer o comportamento destes óbitos permite pensar estratégias para a sua superação, principalmente pelo investimento junto aos grupos mais atingidos.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, com base nos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC/DATASUS. Esta pesquisa tem como intuito identificar mudanças e continuidades nos indicadores de mortalidade por violência explícita e direcionada para um indivíduo em particular (mortalidade por agressão e mortalidade por lesão autoprovocada voluntariamente), relacionadas à idade, ao sexo e à raça/cor.

Avaliamos como importante estes indicadores, pois os marcadores de gênero, geração e etnia, são constitutivos de melhores ou piores condições de vida e proteção nos diferentes países, e, em particular, no Brasil, considerando a grande desigualdade social do país.

Elegemos para análise os dados disponíveis no DataSUS, banco de dados público, de acesso livre e com informações de alta fidedignidade, abrangendo todos os óbitos ocorridos no Brasil. As tabelas a seguir foram geradas pelo próprio DataSUS, em sua página da Internet. O espaço temporal limitou-se à última década disponível para análise, ou seja, os anos de 2004 a 2014,

na base de dados referente à óbitos por causas externas. Este recorte foi feito com o objetivo de se realizar uma discussão concomitante com dados atualizados, propiciando uma leitura condizente com a realidade atual. Realizamos, então, uma associação entre os óbitos ocasionados por agressão e as variáveis de idade, sexo e raça/cor. Em um segundo momento, foi feita uma associação entre os óbitos originados por lesões autoprovocadas voluntariamente e as mesmas categorias.

Vale ressaltar que os dados de 2014 ainda são preliminares, mas optamos por incorporar estes dados na análise, já que são poucas as possíveis mudanças que estes podem sofrer e entendemos que estas pequenas mudanças não alterariam as reflexões realizadas, além de comportarem o benefício de trazer para a discussão os dados mais atualizados possíveis.

Posteriormente, realizamos uma análise sobre as tendências de mortalidade da última década, buscando problematizar os achados à luz da literatura brasileira. Esta análise foi realizada, articulando os estudos científicos nacionais com os dados fornecidos pelo DataSUS.

Esta é uma pesquisa sem participação direta de seres humanos. Em virtude disso, não necessita de registro no Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁷⁾.

Resultado e Discussão

As mortes por agressão vêm apresentando um crescimento sistemático no Brasil. Se considerarmos todas as faixas etárias, em uma década, observamos o aumento de 10 mil mortes anuais, devido às agressões. Cabe destaque ao aumento importante do número de mortes a partir do ano de 2012, no país em geral e de um novo salto também no ano de 2014.

Tabela 1 – Óbitos p/Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito

Grande Grupo CID10: X85-Y09 Agressões

Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais, Idade ignorada

Período: 2004-2014

Ano do Óbito	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
TOTAL	948	1056	1278	6853	89.197	219.473	124.360	64.143	30.545	13.078	5.714	2.326	11.925	570.896
2004	57	89	118	516	7.529	19.474	10.109	5.380	2.390	1.029	450	147	1.086	48.374
2005	64	109	107	555	7.526	18.805	9.972	5.365	2.472	1.074	448	151	930	47.578
2006	80	92	138	553	7.551	19.263	10.394	5.508	2.619	1.134	535	203	1.075	49.145
2007	77	95	127	579	7.288	18.814	10.153	5.341	2.513	1.036	456	179	1.049	47.707
2008	74	90	111	615	7.543	19.924	10.623	5.565	2.684	1.102	448	214	1.120	50.113
2009	81	107	130	577	7.498	20.303	11.128	5.813	2.751	1.176	523	226	1.121	51.434
2010	73	102	105	649	7.757	20.220	11.587	5.885	2.803	1.186	528	253	1.112	52.260
2011	78	81	106	632	7.997	19.474	11.736	6.131	2.832	1.300	534	226	1.071	52.198
2012	118	81	122	728	9.106	20.966	12.697	6.307	2.928	1.302	604	230	1.148	56.337
2013	152	101	100	717	9.450	20.763	12.636	6.394	3.184	1.305	572	260	1.170	56.804
2014	94	109	114	732	9.952	21.467	13.325	6.454	3.369	1.434	616	237	1.043	58.946

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

De acordo com os dados fornecidos pela tabela acima, é possível afirmar que as mortes ainda se concentram nos grupos jovens, com maior intensidade na faixa etária de 20 a 29 anos. Dos 15 aos 39 anos estão concentrados mais de 75% das mortes por agressão no Brasil, ou seja, muitos indivíduos em plena capacidade produtiva e reprodutiva. Tratam-se aqui, de mortes que tem consequências familiares (quer econômicas, quer afetivas) e de impacto na produção de trabalho e riqueza no Brasil.

Chama atenção ainda, a fragilidade dos extremos do ciclo de vida. Em relação aos idosos, cabe destacar que as mortes por agressão voltadas para idosos com mais de 80 anos, aumentaram mais de 60%, as mortes por agressão de idosos entre 70 e 79 anos elevaram mais de 36% e o

grupo com idade entre 60 e 69 anos registrou um aumento de quase 40%. A título de comparação, cabe destacar que a faixa com maior acometimento de assassinatos (20-29 anos) teve um aumento no período pouco superior a 10%.

O país parece estar - apesar de legislações que garantam exatamente o contrário - desprotegendo seus grupos etários com menor capacidade de defesa. No que tange às crianças com idade inferior a um ano, observava-se um aumento sistemático ao longo dos anos, com uma subida acentuada no ano de 2012, seguida de outro aumento significativo no ano de 2013, chegando em 2013 a ser quase o triplo dos assassinatos de 2004 para esta faixa etária. Vale ressaltar que em 2014 este número teve uma redução importante, porém, ainda constitui um dado bastante expressivo e incorpora um aumento importante de 65% quando comparado com o início do período analisado. É preciso acompanhar com atenção a continuidade destes dados, pois os óbitos de criança por agressão, são, por si só, indicadores reconhecidos internacionalmente sobre o quanto elas são priorizadas em uma sociedade.

Tabela 2 – Óbitos p/Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito

Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente

Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais, Idade ignorada

Período: 2004-2014

Ano do Óbito	80 anos e mais											Idade ignorada	Total
	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais		
TOTAL	5	49	1224	6930	23.711	21.927	19.631	14.058	8.409	4.869	2.322	291	103.426
2004	3	4	103	640	1.946	1.712	1.459	992	600	385	150	23	8.017
2005	2	2	104	624	1.973	1.791	1.637	1.119	689	398	188	23	8.550
2006	-	8	117	631	2.037	1.776	1.674	1.171	674	354	172	25	8.639
2007	-	2	116	598	2.139	1.813	1.696	1.180	709	412	187	16	8.868
2008	-	7	96	632	2.233	1.904	1.804	1.247	760	431	185	29	9.328
2009	-	8	106	566	2.209	1.977	1.854	1.243	768	411	199	33	9.374
2010	-	3	101	605	2.210	1.996	1.842	1.240	719	461	246	25	9.448
2011	-	5	105	628	2.326	2.076	1.820	1.356	787	495	220	34	9.852
2012	-	3	117	675	2.225	2.248	1.899	1.453	916	492	262	31	10.321
2013	-	3	119	666	2.206	2.288	2.024	1.512	904	528	258	25	10.533
2014	-	4	140	665	2.207	2.346	1.922	1.545	883	502	255	27	10.496

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Quando se trata de lesões autoprovocadas voluntariamente (ou seja, o suicídio), outros comentários se fazem pertinentes. Inicialmente há uma observação importante a fazer: não são registrados óbitos desta natureza no Brasil desde o ano de 2006 para crianças de 1 a 4 anos de idade. Esta observação, antes da melhoria das condições de vida das crianças brasileiras, parece ser uma melhoria da classificação do evento, pois nos parece muito pouco provável que uma criança com idade até quatro anos tenha a intenção de tirar a própria vida.

No segmento seguinte (5 a 9 anos), este número permaneceu muito baixo e relativamente estável durante todo o período analisado. Cabe destaque ainda para o aumento de 35% de suicídios no grupo de 10 a 14 anos no ano de 2014.

As maiores concentrações de suicídio ocorrem entre os 20 e 49 anos, no entanto, dentro destes grupos, encontramos comportamentos completamente diferentes. Se, quando analisamos as mortes por agressões, vemos que existe um pico indiscutível na faixa etária de 20 a 29 anos; quando avaliamos a questão do suicídio, verificamos que existe um maior acometimento na faixa etária de 30 a 39 anos, com uma pequena diferença quando comparada à faixa etária anterior. Esta é uma nova tendência que foi ganhando intensidade com um incremento de mortes em grupos mais velhos. No grupo com a faixa etária entre 20 e 29 anos, os suicídios aumentaram 13% no decorrer de uma década, já no grupo

correspondente ao período de 30 a 39 anos, este aumento foi de 37% e no grupo com idade entre 40 e 49 anos, este aumento foi de 31%.

Quando tratamos dos idosos e pessoas na maturidade, vemos que neste grupo, apesar de numericamente menos expressivo, mudanças acentuadas ocorreram, com o número de suicídio subindo de forma grave. Assim, observamos um aumento de 55% de suicídio no grupo com idade de 50 a 59 anos, um aumento de 47% de suicídio no grupo com idade compreendida entre 60 e 69 anos e o surpreendente número de 70% de aumento de suicídio durante o período analisado, quando se computam os idosos acima de 80 anos.

São apontados pela literatura fatores que podem resultar em suicídio, independente da idade: um comportamento de imitação – ter outras pessoas próximas que cometeram o suicídio – desesperança, falta de atendimento das necessidades básicas, transtornos mentais como a depressão, falta de flexibilidade para a resolução de problemas, impulsividade, ausência de perspectiva de futuro e falta de vínculos sociais ^{(8), (9), (10)}.

Para as pessoas em idades produtivas, os piores riscos são a socialização a partir da valorização dos papéis tradicionais de gênero, associados ao empobrecimento e ao desemprego ⁽⁹⁾. Já para os idosos, o suicídio pode estar associado ao impacto econômico associado à aposentadoria, às doenças crônicas e medo de uma vida sem dignidade, já que as famílias, possuem cada vez menos tempo e condições financeiras para os cuidados dos idosos e também à morte da companheira ⁽⁸⁾.

É preciso salientar que o crescente número de suicídios entre idosos também pode ser reflexo do despreparo social para lidar com o envelhecimento, gerando nos idosos a sensação de inutilidade e incapacidade para contribuir socialmente e desempenhar funções que tenham impacto. Os resultados de algumas pesquisas atentam para a imagem do idoso como decadente e negativa, refletindo a vontade social de se livrar deste grupo ⁽¹¹⁾.

Já no que diz respeito à cor/raça, algumas questões devem ser salientadas. Cabe destaque para o aumento do assassinato dos grupos indígenas, que superou 150%, constituindo o público mais atingido durante este período, embora numericamente pequeno. Considerando o parco contingente da população indígena e o aumento vertiginoso de seu extermínio, torna-se fundamental a adoção imediata de políticas públicas para este grupo. Este fato coloca como urgente a revisão das políticas governamentais de terras indígenas, para garantir sua sobrevivência e retomada da identidade étnica ⁽¹²⁾. Os grupos com outras cores de pele também apresentam questões que demandam atenção.

Tabela 3 - Óbitos p/Residência por Cor/raça segundo Ano do Óbito Grande Grupo CID10: X85-Y09 Agressões
Cor/raça: Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena, Ignorado
Período: 2004-2014

Ano do Óbito	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
TOTAL	163.233	45.545	843	324.670	1.551	35.054	570.896
2004	17.142	4.153	139	23.549	71	3.320	48.374
2005	15.710	3.806	81	24.648	93	3.240	47.578
2006	15.753	3.949	91	25.976	125	3.251	49.145
2007	14.308	3.921	45	26.272	144	3.017	47.707
2008	14.650	3.881	74	28.468	153	2.887	50.113
2009	14.851	3.875	60	29.658	135	2.855	51.434
2010	14.047	4.071	62	30.912	111	3.057	52.260
2011	13.895	4.155	69	31.052	138	2.889	52.198
2012	14.350	4.406	73	33.850	200	3.458	56.337
2013	14.076	4.450	69	34.314	200	3.695	56.804
2014	14.451	4.878	80	35.971	181	3.385	58.946

Durante o período estudado, o número de pessoas de cor branca assassinadas sempre foi inferior ao número de pardos assassinados. Porém, o que ocorreu durante estes dez anos, foi o agravamento radical da questão racial no que tange o número de mortes por agressões. Nos grupos de cor da pele branca, observou-se uma queda de 16% no número de assassinatos, enquanto entre os grupos de cor de pele parda, ocorreu um aumento de mais de 50%, o que acentuou ainda mais o intervalo entre assassinatos de pessoas, no que diz respeito à cor da pele.

As mortes por agressões tendem a combinar diferentes variáveis. Em estudo ⁽¹³⁾ com famílias de jovens vítimas de homicídio, identificou-se que a maioria deles era do sexo masculino e nenhum deles havia concluído o ensino médio, embora já tivessem atingido a idade para completar este nivelamento. A pesquisa também identificou que a maior parte tinha uma condição econômica precária, e eram oriundos da população negra - pretos e pardos ⁽¹³⁾. Os autores associam a violência estrutural e o consequente aumento da taxa de mortalidade, aos jovens negros e pardos por estarem estes inseridos em contextos sociais desfavoráveis. Tratam-se de mortes referentes principalmente aos jovens moradores de bairros periféricos e empobrecidos, onde há menor investimento do serviço de segurança ⁽¹³⁾. Há muito tempo a literatura indica que alguns fatores, como a distribuição de renda desigual, o elevado índice de desemprego, a falta de habitação e o pouco investimento na área da educação para alguns grupos, podem corroborar nas altas taxas de homicídio no país ⁽¹⁴⁾.

O agravamento do hiato existente entre os indicadores sociais das pessoas brancas em relação às pardas, vem ainda influenciando outros aspectos da vida, como a maternidade adolescente, que diminui nos grupos de pele branca e se mantém nos grupos de pele parda ⁽¹⁵⁾. A violação dos direitos da população parda e a sua piora na qualidade de vida vêm se manifestando de forma flagrante no início e no fim do ciclo vital.

O pouco ou nulo acesso aos direitos sociais e a falta de perspectivas para o tempo presente e projetos futuros deste grupo, podem representar um problema que irá interferir diretamente no desenvolvimento e na construção dos jovens negros e pardos ⁽¹³⁾. Estes fatores constituem possíveis explicações para o suicídio entre os grupos pardos ter crescido quase 70% durante o período estudado.

Tabela 4 - Óbitos p/Residência por Cor/raça segundo Ano do Óbito Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente
Cor/raça: Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena, Ignorado
Período: 2003-2013

Ano do Óbito	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
TOTAL	53.757	5519	435	37.969	1007	4739	103.426
2004	4.524	407	35	2.457	68	526	8.017
2005	4.661	456	39	2.785	80	529	8.550
2006	4.695	488	35	2.872	82	467	8.639
2007	4.614	438	46	3.304	75	391	8.868
2008	4.848	495	39	3.416	100	430	9.328
2009	4.935	502	34	3.417	95	391	9.374
2010	4.843	514	37	3.528	93	433	9.448
2011	4.959	576	47	3.755	97	418	9.852
2012	5.163	563	41	4.066	90	398	10.321
2013	5.241	529	35	4.210	113	405	10.533
2014	5.274	551	47	4.159	114	351	10.496

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Se todos os grupos aumentam a sua taxa de suicídio nos últimos dez anos, sem nenhuma exceção, este aumento se deu de modo diferenciado. Durante toda a década estudada, as pessoas de pele branca responderam por mais de 50% dos suicídios brasileiros.

As pessoas de pele branca vêm se suicidando mais do que todos os outros grupos étnicos somados, quando se trata de números absolutos. Esta tendência, entretanto, está se alterando como o já citado aumento do número de suicídios observados nas pessoas de pele parda, o que permite uma projeção de alteração do quadro nos próximos anos, se esta tendência persistir.

Novamente chama a atenção a exposição da comunidade indígena, com um aumento de suicídio quase 70%. O que se observa é uma piora real na vida certos grupos étnicos, que vem se desdobrando em aumento de mortalidades por agressões e suicídios. Embora numericamente pouco expressivo, este intenso incremento nos suicídios indígenas pode significar a exterminação definitiva deste grupo. As pioras nas condições de vida da população indígena que estimulam o suicídio estão relacionados principalmente à concepção de feitiço, que se associa a imposição de crença e valores estranhos à sua cultura ⁽¹²⁾. Seu processo de confinamento compulsório e a superpopulação das aldeias também podem ser associados ao suicídio indígena ⁽¹²⁾.

O segundo aumento mais relevante no que diz respeito ao suicídio foi o da parda. Como a população parda possui uma representação numérica muito superior à indígena, é provável que na próxima década a população parda seja a que mais responda tanto pelo número de mortes por agressões quanto pelas mortes originadas pelas lesões autoprovocadas voluntariamente.

Quando analisamos as mortes oriundas de agressão ou por lesões autoprovocadas voluntariamente, associados à variável sexo, os dados brasileiros dos últimos dez anos encontram-se na tabela a seguir.

Tabela 5 - Óbitos p/Residênc por Sexo segundo Ano do Óbito
Grande Grupo CID10: X85- Agressões **Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente**
Sexo: Masc, Fem, Ign
Período: 2004-2014

Ano do Óbito	Grande Grupo CID10: X85- Agressões				Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente			
	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Ign	Total
TOTAL	523.197	47.006	693	570.896	81.568	21.848	10	103.426
2004	44.519	3.830	25	48.374	6.311	1.706	-	8.017
2005	43.665	3.884	29	47.578	6.744	1.805	1	8.550
2006	45.060	4.022	63	49.145	6.834	1.805	-	8.639
2007	43.886	3.772	49	47.707	6.995	1.872	1	8.868
2008	46.024	4.023	66	50.113	7.375	1.953	-	9.328
2009	47.109	4.260	65	51.434	7.500	1.872	2	9.374
2010	47.749	4.465	46	52.260	7.375	2.073	-	9.448
2011	47.619	4.512	67	52.198	7.762	2.089	1	9.852
2012	51.544	4.719	74	56.337	8.061	2.257	3	10.321
2013	51.937	4.762	105	56.804	8.309	2.223	1	10.533
2014	54.085	4.757	104	58.946	8.302	2.193	1	10.496

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No que se refere às agressões, é possível observar o aumento de mais de 20% do número total de óbitos em uma década, e, embora o quantitativo total de mortalidade das mulheres seja muito inferior ao quantitativo total dos homens, proporcionalmente, estas tiveram um crescimento percentual de óbitos pouco maior que crescimento de óbitos masculinos.

Também cabe destaque para o fato de os homicídios de mulheres estarem sabidamente ligados à violência por parceiro íntimo, e associadas ao âmbito doméstico ⁽¹⁶⁾. A criação da "Lei Maria da Penha" ⁽¹⁷⁾ e consequente redesenho na política de prevenção, responsabilização e criação de um aparato policial-judiciário mais ágil para o tratamento da questão parece não ter sido suficiente para reverter a cultura patriarcal, que permite ao homem desrespeitar as

escolhas das mulheres ⁽¹⁶⁾, principalmente daquelas mulheres que o homem avalia como de sua propriedade.

Os assassinatos de mulheres expressam uma possibilidade de uma linguagem abusiva ⁽¹⁶⁾ utilizada pelos homens para garantir a manutenção do seu poder. A recém promulgada "Lei do Feminicídio" ⁽¹⁸⁾, apresenta-se como uma estratégia para dar visibilidade e responsabilização para estes casos, mas no momento, ainda não dispomos de dados capazes de avaliar o seu impacto.

As taxas de feminicídio refletem o respeito social às mulheres, seu reconhecimento como sujeitos de direitos que devem ter sua vida, liberdade e escolhas respeitados. O aumento linear desta modalidade de assassinato no Brasil é preocupante, pelo que diz respeito aos direitos humanos associados ao gênero.

Os homens possuem relações de violência com morte muito diferente das mulheres. Eles morrem em espaços públicos, geralmente por outros homens ⁽¹⁷⁾ e sem uma relação de afeto íntimo anterior.

Chama atenção também o aumento do número de casos de sexo ignorado, que mais que quadruplicou durante os dez anos analisados. Não podemos afirmar se este fato se deve à não valorização do dado, ou se as agressões estão sendo tão intensas, que impedindo até mesmo a identificação do sexo. Ainda assim é preciso atenção para este fato, pois esta tendência pode comprometer as futuras análises e, portanto, as formulações de novas políticas públicas.

Quando tratamos dos suicídios, o aumento total observado na década analisada foi de 30%, não diferindo significativamente entre homens e mulheres, no que tange ao percentual encontrado. Deste modo, o crescimento paritário das mortalidades por sexo tanto nas agressões quanto nas lesões autoprovocadas voluntariamente demonstram que, embora não tenha havido um agravamento das questões de gênero, tampouco houve a implementação de qualquer ação com impacto suficiente para reverter as desigualdades de gênero secularmente instaladas em nossa sociedade.

Em números absolutos, o suicídio acomete muito mais os homens que as mulheres. Se as mulheres planejam mais o suicídio, são de fato os homens que os efetivam ⁽⁹⁾. Se os homens são aqueles que mais morrem, eles também são os que mais matam, inclusive a eles próprios. Este fato nos faz refletir sobre a socialização masculina, que sempre vem incluindo a violência como estratégia de comunicação e resolução de conflitos para os homens.

A gestão do cuidado, que é um elemento muito próprio do modo com que as mulheres são socializadas, parece constituir um fator protetor do suicídio. Responsabilidades com a família, filhos e satisfação com o cotidiano ⁽¹⁹⁾ são aspectos que podem evitar o suicídio entre o grupo feminino. Também vale pontuar que as mulheres tendem a contar com uma rede de proteção mais fortalecida, à medida que cultivam uma maior interação social, de modo muito mais frequente que os homens ⁽⁸⁾. Estes elementos podem ser avaliados como protetores de suicídio e se encontram mais inseridos nos contextos femininos que masculinos.

Conclusão

Chama a atenção a taxa de aumento global nas mortalidades associadas à violência personalizada. Se os homicídios, nestes dez anos, aumentaram mais de 21% no Brasil, o suicídio aumentou mais de 30%, o que remete à uma sociedade que, além de crescer em violência, cresceu em número de pessoas que avaliam que dar fim à própria vida é a única medida para lidar com a insatisfação de sua existência.

Mortalidades por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente expressam exposições de determinados grupos à violência e satisfação deles com a qualidade de suas vidas. Quando desdobramos estes dados em função de grupos etários, cor da pele e sexo, verificamos que a morte não atinge a todos da mesma maneira. Os dados retratam indígenas, homens jovens e

pardos sendo exterminados de maneira sistemática e de forma cada vez mais intensificada ao longo da década.

Chama atenção também, mesmo em um contexto de tantos avanços legislativos, a violência contra as mulheres não ter diminuído e ter observado um crescimento tanto objetivo quanto um crescimento proporcional ligeiramente maior que os homens, o que mostra insuficiência dos avanços das políticas públicas para reverter esta realidade.

Os fatores que podem desencadear a exposição à mortalidade através de suicídio ou assassinato se modificam ao longo do ciclo de vida do indivíduo, o que indica que é necessária uma atenção constante aos acúmulos que se somam e podem impactar negativa e gradativamente na vida das pessoas.

Assim como o suicídio, o extermínio de grupos na forma de assassinato, está relacionado a aspectos arraigados culturalmente e que perpassam situações individuais. As mortes por agressão não acontecem de forma isolada, pois assolam todo um grupo, fazendo com que seus membros fiquem cada vez mais expostos.

Deste modo, garantir melhores indicadores sociais a determinados grupos pode alterar este quadro à medida que as demandas dos grupos mais fragilizados com relação à violência vão conquistando maior visibilidade.

É de fundamental importância construir outros paradigmas para a sociabilidade masculina. A adesão à masculinidade pautada no machismo vem se desdobrando na ideiação de que a população masculina pode – e precisa – dar resolutividade aos seus conflitos através de ações violentas, o que pode colocar em risco não apenas as mulheres, idosos e crianças, mas também os próprios homens que cometem violência, uma vez que estes ficam mais expostos a esse fenômeno ⁽²⁰⁾.

É possível afirmar que há uma relação direta entre faixa etária, sexo, raça/cor, e escolaridade no que se refere à mortalidade e à violência. Os dados encontrados nas variáveis de sexo, cor/raça e faixa etária, permitem afirmar a existência de um elevado índice de subcidadania no país. Essa sub-representação nos espaços público e privado pode gerar a mortalidade ⁽¹⁶⁾ a partir da ideia de que as vidas de determinados grupos são descartáveis, fazendo com que o fenômeno da violência por meio de agressão ou autoprovocada, aumente de forma expressiva.

A reversão deste paradigma se faz com o oferecimento de melhores condições sociais para determinados grupos e com a atenção imediata às situações de maior fragilidade. Reconhecer e evitar a desqualificação da angústia pré-morte, atendendo as tentativas malsucedidas de suicídios e realizando o acompanhamento dos casos ⁽⁸⁾ pode evitar o incremento das estatísticas de mortalidade. Oferecer sistemas de proteção às mulheres e aos indígenas (estas diretamente associados aos conflitos agrários) são instrumentos muito eficazes para prevenir mortalidade por agressão.

O enfrentamento da mortalidade por violência pode ser efetivado pelas ações de promoção, prevenção, enfrentamento e combate no âmbito da política pública. Logo, também é necessário sensibilizar instâncias como governos, empresas e a sociedade civil ⁽²⁾ para essas questões, que podem eliminar um elevado contingente de pessoas do mundo do trabalho e descartar o curso de vidas consideradas saudáveis.

Com isso, pode-se dizer que se trata de um fenômeno com múltiplas facetas, perpassado por diversos âmbitos. Assim, é preciso valorizar a atuação das políticas de forma articulada, com o objetivo de atingir melhores resultados através da visão intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional.

É preciso investir nas políticas públicas, principalmente para as minorias, visando garantir melhora das condições sociais e acesso aos direitos. Para além das políticas, a literatura aponta para a necessidade de investimento em pesquisas e intervenções, com o objetivo de

construir técnicas e instrumentos para a atuação frente à realidade de determinados grupos (13).

Referência bibliográfica

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas vitais (acesso em 24 de março de 2016). [acesso em 24 de março de 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>
2. Mello Jorge, MHP, Koizumi, MS, Tono, VL. Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para sua prevenção. Revista Saúde – Universidade de Guarulhos 2007; 1(1): s.n.p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria 737/GM, 2001.
4. Martins, AC, Melo, FR. Gênero: dimensão fundamental da saúde humana. In: Silva, Letícia Batista; Ramos, Adriana Silva, organizadora. Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. 1.ed. São Paulo: Papel Social, 2013; s/n(1):165-183.
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002.
6. Sousa, SPO, Netto, OBS. Acidentes e violências causam 700 mil internações e gasto de R\$900 milhões. Publicação Científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina - CEUT. Observatório Epidemiológico, 2010.
7. Brasil. Conselho Nacional de saúde resolução 466-2012 do CNS.
8. Corte, B., Khpury, HTT, Mussi, LH. Suicídio de idosos e mídia: o que dizem as notícias? Psicologia USP Online 2014; 3(25):253-261.
9. Schlosser, A, Rosa, GFC, More, CLOO. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. Temas em Psicologia 2014; 1(22): 133-145. [acesso em 02 de maio de 2016]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
10. Kuczynski, E. Suicídio na infância e adolescência. Psicologia USP 2014; 3(25):246-252.
11. Silva, EA, França, LHFP. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. Estudos e pesquisas em Psicologia 2015; 1(15):155-177.
12. Grubits, S, Freire, HBG, Noriega, JAV. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. Psicologia Ciênc. Prof. 2011; 3(31):504-517. [acesso em 09 de Maio de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300006&lng=en&nrm=iso.
13. Santos, LIC, Oliveira, AM, Paiva, IL, Yamamoto, OH. Juventude e violência: trajetórias de vida e políticas públicas. Estudos e pesquisas em Psicologia 2012; 2(2):521-538.
14. Waiselfisz, JJ. Mapa da violência: anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.
15. Martins, AC. Maternidade adolescente e (des) proteção pública: Contribuições para a crítica ao risco social. 1. ed. Novas Edições Acadêmicas, 2014.

16. Costa, MMM. da, Porto, R. O feminicídio uma patologia sociojurídica nas sociedades contemporâneas: uma análise a partir do agir comunicativo de Habermas/ The femicide one sociojurídica pathology in contemporary societies: na analysis from the communicative action of Habermas. *Barbarói*, 2014; 4(s/v):4-22. [acesso em 02 de maio de 2016]. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5542/3854>
17. Brasil. Lei N.º11.340, de 07 de agosto de 2006.
18. Brasil. Lei N.º 13.104, de 9 de março de 2015.
19. Caycedo, A., Arenas, ML, Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., Guzmán, YR. Características psicosociales y familiares relacionados com intento de suicidio en una población adolescente em Bogotá- 2009. *Persona y Bioética* 2010; 14(2):205-213. [acesso em 02 de maio de 2016]. Disponível em: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1807>
20. Martins, AC. Paternidade: significados e dilemas presentes entre homens em um hospital pediátrico no Rio de Janeiro. 1º. ed. Novas Edições Acadêmicas, 2014.

Recebido em 10/05/2016

Aceito em 09/06/2016