

ESTUDOS SÔBRE A MORTALIDADE POR SUICÍDIO

I — Discussão sôbre seu valor como indicador do nível de saúde mental.

II — A mortalidade por suicídio no Município de São Paulo. *

REINALDO RAMOS ** e VICTORIO BARBOSA ***

1. INTRODUÇÃO

Em trabalho anterior³ tivemos ocasião de tecer considerações sôbre o problema da medição do nível de saúde das coletividades; salientamos, então, que as dificuldades de que essa tarefa se reveste — a começar pela conceituação de *saúde* e sua quantificação — conduzem quase obrigatoriamente à utilização dos dados de mortalidade. Surgiram assim vários indicadores que, de maneira global ou específica, refletem as condições de saúde das populações em estudo e oferecem informações úteis para efeito de planejamento do trabalho sanitário ou avaliação de seus resultados.

Tais indicadores, entretanto, referem-se todos êles ao estado de saúde física, permanecendo em aberto o problema da medição do estado de saúde mental.

E essa medição está longe de ser fácil.

Apreciando a questão, o grupo de trabalho designado pela Organização Mundial da Saúde para estudar e propor indicadores do nível de saúde, pondera que “a avaliação da saúde mental por qualquer medida ou indicador deve subordinar-se ao sistema de valores inerente à comunidade a que o indivíduo pertence”¹⁵. As dificuldades na medição — opina o mesmo grupo — sugerem como procedimento de eleição a procura de indicadores de saúde mental em grupos de população que possam ser submetidos a exame especial, tais como grupos de escolares ou de adultos jovens prestando serviço militar. Já se dispõe de alguma informação no tocante ao uso das medidas de saúde mental para êsses fins especiais — educação e verificação da capacidade de adaptação à vida militar, por exemplo

Recebido para publicação em 5-7-1965.

* Trabalho da Cadeira de Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) e da Cadeira de Epidemiologia e Profilaxia Gerais e Especiais (Prof. Augusto Leopoldo Ayroza Galvão) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP.

** Professor-Assistente da Cadeira de Técnica e Saúde Pública.

*** Professor-Assistente da Cadeira de Epidemiologia e Profilaxia Gerais e Especiais.

— mas pouco se sabe quanto à validade de tais medidas em relação a um conceito mais generalizado de saúde mental.

Por outro lado, lembra ainda o citado grupo de trabalho que a medição do nível de saúde mental através da utilização de certos indicadores — a mortalidade por suicídio, o índice de delinqüência, a taxa de morbidade por doenças mentais, etc. — depende da eficiência dos serviços existentes na comunidade para detecção e investigação das causas dessas condições; e é sabido que a qualidade desses serviços varia grandemente de um para outro país, percorrendo uma extensa gama que vai de um grau de desenvolvimento praticamente completo até sua total ausência.

Vemos, assim, que mesmo deixando à margem a própria conceituação de *saúde mental* — obviamente difícil — sua medição em termos coletivos encontra pelo menos duas ordens de obstáculos: de um lado, a impossibilidade de estender à população total os critérios de avaliação adotados para finalidades específicas, como as acima referidas; e do outro, a necessidade da existência de uma estrutura administrativa capaz de permitir, dentro de razoável margem de segurança, a investigação das causas de determinadas condições possível ou certamente ligadas ao estado de saúde mental da coletividade — o suicídio, a delinqüência, a prevalência de doenças mentais.

A propósito deste último critério, por exemplo, Kramer¹² refere a utilização dos dados relativos à taxa de primeira admissão nos hospitais psiquiátricos de uma área modelo de notificação, integrada por 29 estados dos Estados Unidos da América; não obstante a cautela de que deve cercar-se a interpretação desses dados, fornecem eles uma indicação útil sobre o problema das doenças mentais e, conseqüentemente, uma idéia do estado de saúde mental das respectivas populações. Seu emprêgo, todavia, fica adstrito às regiões desenvolvidas, onde a eficiência dos serviços de saúde constitui garantia de sua coleta em base regular.

Tampouco teria maior significação, e isso em qualquer região, o coeficiente de mortalidade por doenças mentais, pôsto que, em virtude da longa evolução dessas afecções, tal coeficiente pouco nos informaria sobre a real extensão do problema — à semelhança, aliás, do que ocorre com as demais doenças crônicas.

Quanto ao índice de delinqüência como critério de avaliação do nível de saúde mental, parece-nos que entre nós — e de modo geral nos países subdesenvolvidos — sua utilização traria resultados duvidosos. Ainda que pondo de lado considerações de natureza conceitual, avultaria o problema de nossas estatísticas criminais, que mesmo em países mais adiantados não havia, até época recente, encontrado solução inteiramente satisfatória.

Restaria, como indicador do nível de saúde mental passível de determinação relativamente segura, o coeficiente de mortalidade por suicídio.

Seu caráter de morte violenta — e, como tal, sujeita a rígidos contrôles de ordem legal — torna a evasão de casos bastante difícil. É de admitir-se, portanto, que na maioria das coletividades as estatísticas de suicídio abrangem a totalidade ou a quase totalidade das ocorrências dessa natureza. Eis porque uma publicação da Organização Mundial da Saúde¹⁶ afirma que “as estatísticas de mortalidade por suicídio apresentam uma comparabilidade internacional que, sem chegar à perfeição, nem por isso deixa de ser altamente satisfatória”.

A disponibilidade de dados sôbre essa causa de morte não significa, entretanto, que o problema seja simples. Trata-se, ao contrário, de questão extremamente complexa, tal o número de variáveis a considerar quando se intenta seu estudo em profundidade.

Também nos parece duvidoso que a mortalidade por suicídio seja por si só suficiente para ensejar uma visão global do estado de saúde mental de uma dada coletividade, sabido que certos fatores de ordem cultural podem intervir na sua ocorrência. Isso pôsto, e levando em conta as restrições impostas por êsses fatores, a mortalidade por suicídio poderia vir a representar um primeiro indicador — de caráter geral e talvez grosseiro — com vistas àquela medição.

Não devemos esquecer que a complexidade do problema encontra paralelo na importância que êle vem assumindo em muitos países, tanto maior à medida que as doenças transmissíveis vão sendo colocadas sob contrôle. Esta a razão porque, reconhecendo embora a falta de condições para um estudo com a amplitude desejada, decidimo-nos a empreender uma pesquisa preliminar sôbre a mortalidade por suicídio no Município de São Paulo, esperando com isso despertar a atenção de outros profissionais para a questão. A escassez da bibliografia nacional sôbre o assunto foi um fator adicional a justificar o presente estudo.

2. O PROBLEMA DO SUICÍDIO

A Enciclopédia Britânica define o suicídio como “o ato voluntário e intencional de autodestruição”. Êste têrmo foi introduzido no século XVIII pelo abade Desfontaines, substituindo a expressão “morte voluntária”, até então empregada.

Na definição de Durkheim, apresentada por Flamínio Fávero⁸, suicídio é “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, a qual sabia dever produzir êsse resultado”.

Objeto de especulações desde a mais remota antiguidade, tem sido variada a atitude das sociedades face ao suicídio e ao suicida. Essa atitude reconhece forte influência religiosa ou filosófica, que se prolonga até nossos dias.

Na *Grécia antiga*, por exemplo, Aristóteles se manifestou contra o suicídio, taxando-o de crime contra o Estado; já Sócrates e Platão, conquanto condenando êsse gesto, admitiam-no em determinadas circunstâncias. Os epicuristas e estóicos defendiam o direito do homem ao suicídio, ou por ser êle, para os primeiros, o supremo árbitro de sua vida e morte, ou porque, segundo os estóicos, o suicídio era parte essencial das liberdades humanas — a liberdade que conferia ao homem o direito de continuar vivendo por sua própria vontade.

Os *romanos*, via de regra, não condenavam o suicídio, que era freqüente entre as famílias patricias, ao tempo dos imperadores. Sêneca chegou mesmo a defendê-lo, lançando mão de vários argumentos, entre os quais o de que o suicídio constitui a última defesa do homem contra um sofrimento intolerável.

Durante a *Idade Média* o suicídio foi raro, porque o suicida era considerado infame pela religião, que lhe negava sepultura eclesiástica. Admite-se que tenha recrudescido durante a Renascença e sofrido oscilações em sua ocorrência no decorrer dos séculos XVII e XVIII, para aumentar consideravelmente no século XIX, sobretudo após o advento do Romantismo. A êsse propósito, tornou-se famosa a onda de suicídios desencadeada pela leitura do romance "Werther", de Goethe.

Tampouco é uniforme a atitude das diversas *correntes religiosas* frente ao problema. Das cinco grandes religiões do mundo de hoje — Cristianismo, Judaísmo, Islamismo, Bramanismo e Budismo — as três primeiras, pela palavra de seus líderes, condenam formalmente o suicídio, enquanto as duas últimas deixam de manifestar-se claramente a êsse respeito.

É interessante assinalar que justamente nos países como o Japão e a Índia, onde a religião dominante se mostra omissa em relação ao suicídio, êste assume as características de verdadeiro padrão cultural: é o caso do haraquiri e do suicídio de namorados no vulcão Mihara, no Japão, do "suttee" hindu, etc.

A influência da cultura ocidental não é estranha ao abandono de tais práticas: o governo colonial inglês proibiu o "suttee" e à derrota do Japão, no último conflito mundial, seguiu-se longo período de ocupação pelas forças norte-americanas, com a conseqüente ocidentalização do país em muitos aspectos de sua vida social.

A *legislação antiga* era geralmente rigorosa ante o suicídio, que chegou a ser olhado como crime de felony e punido com o confisco dos bens. Na quase totalidade dos países o suicídio deixou de ser considerado crime, constituindo as únicas exceções, ao que parece, a Índia e alguns estados dos Estados Unidos da América. Só em época recente — agosto de 1961 — através do "Suicide Act", a Inglaterra seguiu o exemplo dos demais países, inclusive no tocante à tentativa de suicídio, dantes passível de pena de prisão de até mais de 6 meses; excetuam-se os casos de pactos

suicidas com sobrevivente, em que êste pode ser punido com pena de prisão não superior a 4 anos¹⁹.

Na França, a tentativa de suicídio deixou de ser tida como crime após a Revolução, atitude logo imitada por outros países europeus — Alemanha, Itália, Suíça, Rússia, países escandinavos, etc.

A *legislação brasileira* segue orientação idêntica à de suas congêneres estrangeiras. Nosso Código Penal, em seu artigo n.º 122, prevê apenas o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, cominando pena de prisão de 2 a 6 anos quando o ato se consuma, e de 1 a 3 anos se da tentativa resulta lesão corporal de natureza grave. As penas são duplicadas se o crime é praticado por motivo egoístico ou se a vítima é menor ou tem diminuída por qualquer motivo a capacidade de resistência⁶.

Assim, o extremo rigor da justiça de outros tempos, face ao suicídio, cedeu lugar a uma atitude mais humana, de tolerância para com o suicida, de tentativa de compreensão dos problemas que o induzem a êsse gesto.

Uma *interpretação científica* do suicídio implica na identificação de duas grandes correntes — a *psicológica* e a *sociológica* — cada uma procurando explicar a seu modo os mecanismos que arrastam o homem à autodestruição.

A primeira dessas escolas, que baseia suas conclusões no estudo direto de casos, reconhece no próprio homem as causas íntimas do suicídio, atribuindo considerável importância aos conflitos emocionais determinados por frustrações, decepções de tóda ordem, sentimentos de culpa, sofrimento físico, dificuldades financeiras, etc.

Já a escola sociológica, liderada por Durkheim e apoiada em investigações estatísticas, empresta papel fundamental ao meio social, relacionando a frequência do suicídio ao grau de disciplina religiosa e de coesão social. Os motivos particulares e individuais, alegados pelo suicida, seriam “pretextos” e não “causas” do seu ato; o que levou Halbwachs, filiado à mesma escola, a afirmar que “o suicídio não é doença individual, mas social”²².

Não caberia aqui a análise pormenorizada dos argumentos invocados por uma ou outra dessas escolas; assinala-se, porém, o ecletismo da tendência atual, que procura reconhecer tanto a importância dos fatores individuais como a influência das condições sociais na gênese do suicídio. Em relação a estas últimas, por exemplo, o desemprego é das mais sugestivas, como o demonstram os estudos de MacMahon e colabs. nos Estados Unidos e os de Sainsbury na Inglaterra¹³.

Mais importante, do ponto de vista que nos interessa neste trabalho, é a posição das várias *correntes psiquiátricas* em relação ao suicídio.

Os velhos psiquiatras franceses classificavam o suicídio como um tipo definido de psicose — monomania ou melancolia suicida — chegando mesmo a mencionar um “centro do suicídio”, de localização cerebral.

Outros psiquiatras europeus esposavam idêntica opinião, colocando sempre o suicídio na esfera da anormalidade mental.

Entre nós, Flamínio Fávero é dos que vêem no suicida um anormal psíquico: "O instinto de conservação é uma força poderosa. Seu embotamento é mórbido. Quem deserta da vida não pode ter perfeita saúde mental" ⁸.

As numerosas estatísticas levantadas em vários países revelam significativa percentagem de doentes mentais entre pessoas que cometeram ou tentaram o suicídio. Asuni ², em trabalho recente, cita entre outros os dados de Yap e de Sainsbury, que encontraram taxas de perturbação mental da ordem de 20% e 37% em suicídios ocorridos em Hong Kong e em Londres, respectivamente. Batchelor e Napier ¹ identificaram na Inglaterra 47% de casos de psicose depressiva entre pessoas acima de 60 anos que tentaram o suicídio. Porto Carrero, citado por Teixeira ²², assinala que "o exame mental dos suicidas frustrados tem demonstrado que nenhum deles apresenta perfeito equilíbrio mental: são casos de neurose coacta, de hipocondria, de histeria (suicídio induzido, suicídio duplo), de melancolia, demência senil, ou de perturbação mental passageira, por forte estado emotivo (ruína financeira, desastre moral, perda de entes queridos, etc.)".

Em abono dessa tese, cabe referir a fraca mortalidade por suicídio registrada na África, coincidindo com a baixa prevalência de doenças mentais, especialmente psicose depressiva ou outras formas de distúrbios psíquicos com componentes depressivos.

Revedo a questão, Teixeira ²² salienta a gradativa evolução verificada na conceituação médica do suicídio: "de modalidade de psicose, a evento observável em psicopatas ou portadores de personalidades psicopáticas. Considerado como manifestação mórbida da personalidade total, passou a ser estudado, não mais como sintoma ou mesmo doença mental em todos os casos, mas dentro, sempre, da psicopatologia".

Já outros autores, embora aceitando a relação estreita entre suicídio e doença mental ou perturbação mental passageira, abrem amplas exceções, apontando casos de indivíduos mentalmente sadios que encontram no suicídio a solução definitiva para situações penosas. Jorge Dumas e Tanner de Abreu, citados por Hélio Gomes ¹⁰, referem observações de suicídios "refletidos, preparados, executados com plena lucidez", não apresentando os protagonistas "distúrbios psicopáticos".

E há ainda a lembrar aqueles casos, atrás focalizados, em que o suicídio, por constituir um padrão de comportamento normalmente aceito pelo grupo, não guardaria qualquer relação com o estado de saúde mental do indivíduo ou da comunidade.

A multiplicidade de teorias e opiniões acêrca do suicídio vem apenas revelar que o assunto não é suficientemente conhecido; e confirmar o ponto

de vista de Roth²⁰, que considera pouco provável que se alcancem progressos substanciais no estudo do suicídio enquanto não se associem as investigações estatísticas com estudos individuais detalhados e pesquisas sobre os aspectos psico-sociais dos problemas de integração e coesão social.

Seria o suicídio *problema de saúde pública*?

Consideremos, inicialmente, os requisitos estabelecidos por Sinai, da Escola de Saúde Pública de Michigan, para caracterizar um problema de saúde pública:

- a) quando constitui causa comum de morbidade ou mortalidade;
- b) quando existem métodos eficazes de prevenção e controle;
- c) quando tais métodos não estão sendo utilizados de modo adequado pela comunidade.

Se aplicarmos ao caso em tela os critérios acima expostos, seremos levados a concluir que em muitos países do mundo o suicídio já representa problema de saúde pública, cuja importância está a reclamar a atenção das autoridades sanitárias. Com efeito:

- a) Segundo dados recentes da Organização Mundial da Saúde^{17, 18}, entre as idades de 15 a 44 anos, o suicídio constitui a 2.^a causa de morte no Japão e em Berlim Ocidental; a 3.^a, na Suíça, Suécia, Dinamarca, Áustria e República Federal Alemã; a 4.^a, no Canadá, Estados Unidos e Austrália; e a 5.^a, na Finlândia, Bélgica, Itália, França, Holanda, Noruega e Inglaterra e Gales. Ocupa também lugar de destaque entre as causas de morte no grupo de 45 a 64 anos: o 4.^o, na Dinamarca e Berlim Ocidental; o 5.^o, na Suécia e Suíça; o 6.^o, na Áustria, Finlândia, Canadá, Noruega e República Federal Alemã; o 7.^o, nos Estados Unidos, Bélgica, França, Hungria, Holanda e Austrália; e o 8.^o, no Japão e Inglaterra e Gales. Com relação à mortalidade em todos os grupos, o suicídio figura em 6.^o lugar na Dinamarca, Suécia, Suíça e Berlim Ocidental; em 7.^o, na Áustria, Finlândia, Hungria e República Federal Alemã; em 8.^o, na França e Japão; e em 10.^o lugar, na Inglaterra e Gales. Em 1961, ocorreram 18.999 óbitos por suicídio nos Estados Unidos e 5.201 na Inglaterra e Gales, enquanto nesses mesmos países se registraram, respectivamente, 9.938 e 3.334 óbitos por tuberculose²¹. É fácil verificar que o suicídio ocupa posição de relevo, como causa de morte, nos países desenvolvidos, onde as doenças transmissíveis, em sua maioria, se acham erradicadas ou sob eficiente controle. No entanto, como veremos mais adiante, já no Município de São Paulo — e talvez em outros pontos do País — o suicídio vem assumindo proporções que justificam sua inclusão entre os problemas de saúde pública da

área; no citado Município, em 1959, figurava em 5.º lugar entre as causas de morte do grupo de 15 a 44 anos.

- b) No tocante ao segundo critério de Sinai, não resta dúvida que a prevenção e controle do suicídio ainda se afiguram extremamente difíceis, em grande parte porque o assunto não é conhecido em toda a sua extensão. Apesar disso, Hanlon¹¹ estima que 50% dos óbitos por suicídio seriam evitáveis mediante o desenvolvimento de programas eficientes de higiene mental e assistência psiquiátrica, e ainda através da atividade de organizações de assistência social mantidas por grupos religiosos ou leigos, capazes de prestar pronta orientação e ajuda a pessoas com tendência suicida. Entidades desse tipo chegaram a ser fundadas em vários países — nos Estados Unidos, a “Save-a-life League”; na Inglaterra, “Os Samaritanos”; no Japão, a “Clínica para prevenção de suicídios”, etc. — com resultados animadores. Segundo refere Teixeira²², a primeira daquelas entidades conseguiu, entre 1906 e 1946, “dissuadir do autocídio 40.000 indivíduos que o haviam tentado”. Assim, não obstante as dificuldades que todos reconhecem, alguma coisa é possível fazer visando à prevenção e controle do suicídio.
- c) Seria ocioso demonstrar — a propósito do terceiro critério proposto por Sinai — que as medidas habitualmente preconizadas, objetivando a profilaxia do suicídio, não estão recebendo, na maioria das coletividades a braços com o problema, divulgação e aplicação adequadas. Reportando-se à situação nos Estados Unidos, onde o obituário por suicídio atinge, como vimos, valores expressivos, diz Hanlon¹¹ tratar-se de “campo... que os profissionais de saúde pública, com muito poucas exceções, têm ignorado completamente”.

Estaria, assim, caracterizado o suicídio como problema de saúde pública, a merecer, senão prioridade para efeito de programação do trabalho — já que isso dependeria de sua importância em relação aos demais problemas — pelo menos o estudo minucioso do seu comportamento, com vistas a uma atuação futura dos órgãos de saúde e outras agências da comunidade.

A aplicação do *método epidemiológico* ao estudo do suicídio em várias coletividades permitiu fixar as linhas gerais do comportamento desse fenômeno, às quais faremos rápida referência, precedendo a análise dessa causa de morte no Município de São Paulo.

Em relação à *causa externa da morte*, tem ela variado com o país, a época e as circunstâncias em que ocorre o suicídio; quando este é ato impulsivo, não premeditado, o meio utilizado é aquele encontrado no momento.

Admite-se também a importância da sugestão, sabido que, após suicídio por determinado meio, não raro outros se lhe seguem, utilizando seus protagonistas meio idêntico. Constitui fato de verificação geral que o homem lança mão das armas de fogo com muito mais frequência que a mulher, mas tudo indica tratar-se de uma simples questão de maior facilidade de acesso a tal recurso.

Na Inglaterra e Gales, segundo estatística de 1959¹⁹, o meio mais utilizado por ambos os sexos tem sido o gás de uso doméstico, seguido, no homem, do enforcamento, envenenamento por analgésicos e soporíferos, afogamento e armas de fogo; e na mulher, do envenenamento por analgésicos e soporíferos, afogamento e enforcamento.

Já na França⁷, no período 1952-54, o meio mais empregado pelos dois sexos foi o enforcamento, vindo a seguir, no homem, as armas de fogo, afogamento e asfixia por gás; e na mulher, o afogamento, asfixia por gás e armas de fogo. Em Paris, as preferências dos dois sexos recaem sobre a asfixia por gás, secundada pelas armas de fogo entre os homens e enforcamento entre as mulheres.

Nos Estados Unidos, nos anos de 1948 a 1952⁴, os três meios mais freqüentemente empregados pelo homem, em ordem decrescente de importância, foram as armas de fogo, enforcamento e envenenamento; e pela mulher, êsses mesmos meios, porém em ordem inversa.

Estudo realizado por Teixeira²², em Curitiba, abrangendo 232 suicídios (153 no homem e 79 na mulher) ocorridos no período de 1937 a 1946, evidenciou que em ambos os sexos o meio de eleição foi o envenenamento, seguido das armas de fogo, colocando-se o enforcamento em terceiro lugar.

No tocante ao sexo, é de verificação universal a maior freqüência do suicídio no sexo masculino que no feminino, numa proporção média de 3:1, mas que varia de um país para outro, sendo de 4:1 na Noruega e de 2:1 no Japão. Os estudos realizados em áreas brasileiras confirmam entre nós essa característica do comportamento do suicídio^{1, 22}.

Tem-se observado, entretanto, que quando se consideram os suicídios mais as tentativas de suicídio, aquela razão se inverte em favor da mulher, o que, na opinião de Daric⁷, sugere a necessidade de investigações mais amplas sobre êsse aspecto do problema.

Extremamente raro abaixo dos 15 anos — exceto na Inglaterra, no início da Revolução Industrial — o suicídio aumenta gradativamente com a idade, representando, como já vimos, importante causa de morte nos grupos mais velhos. Em alguns países — Estados Unidos e Inglaterra e Gales, por exemplo¹³ — observa-se uma queda no sexo feminino, nas idades mais avançadas, enquanto no sexo masculino a tendência se mantém sempre crescente. Já no Japão as duas curvas guardam estreito paralelismo, em ascensão contínua. Os trabalhos nacionais que tivemos oca-

sião de consultar são falhos no tocante ao atributo idade, não permitindo conclusões válidas por não haverem seus autores levado em conta a distribuição etária da população.

Outro aspecto geralmente considerado no estudo do suicídio é a sua distribuição segundo o *local de ocorrência*. Nesse particular, via de regra se registra sua maior freqüência nas zonas urbanas, o que se atribui, com razão, à complexidade da vida nas cidades, sobretudo nas grandes metrópoles, gerando situações de "stress". Há, porém, exceções: na França, por exemplo, Daric⁷ não encontrou relação entre a taxa de suicídio e o caráter agrícola dos departamentos. Nas grandes cidades francesas, à exceção de Nice e Lille, os coeficientes são iguais ou inferiores aos do departamento correspondente. É ainda interessante assinalar, no mesmo país, que a mortalidade por suicídio no conjunto das grandes e médias cidades é inferior à taxa global do país.

Fato comumente observado é a redução da mortalidade por suicídio nos *períodos de guerra*. Durante a II Guerra Mundial, caiu ela em todos os países que participaram do conflito. Na França, segundo dados coligidos por Daric⁷, ocorreram 4.460 suicídios no período 1942-44, contra 8.540 entre 1934-37 e 6.270 nos anos de 1948 a 1951. Fato similar o mesmo autor observou no comportamento do suicídio em relação à I Guerra Mundial: 5.090 suicídios entre os anos de 1915-18; 8.860 no período 1910-13 e 7.750 entre 1922-25.

Os estudos de MacMahon e colabs.¹³, nos Estados Unidos, confirmam as observações de Daric⁷: a tendência secular da mortalidade por suicídio acusa acentuado declínio no período 1939-44, exceto para o grupo de 75 anos e mais. Segundo os citados autores, a sugestão de que êsse fenômeno se devesse à elevada freqüência de suicídios dissimulados nas forças armadas não é válido nos Estados Unidos porque: a) o fato é evidente em todos os grupos de idade, exceto no de 75 e mais anos, e mais acentuado nos grupos de 45 a 54 e 55 a 64, de regra menos envolvidos com as atividades propriamente militares; b) o declínio começou realmente em 1939, quando do início da guerra na Europa, ocasião em que apenas 3% dos integrantes do grupo de 20 a 24 anos estavam incorporados às forças armadas; a partir de 1945, as taxas começaram a subir, para sofrer novo declínio em 1950-51, coincidindo com o início da guerra na Coréia.

Para MacMahon e colabs.¹³, os fatos parecem sugerir que a redução da mortalidade por suicídio nos períodos de guerra e seu subsequente aumento no após-guerra, não guardam relação direta com as operações militares, mas sim, com o mercado de trabalho e a mobilização industrial. No após-guerra, além da diminuição do ritmo industrial, a redução dos efetivos militares provoca alterações no mercado de trabalho, criando uma situação competitiva desfavorável para os grupos de população mais idosos. A relação entre suicídio e desemprego, atrás mencionada, viria confirmar o acêrto desta tese.

3. O SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

a) MATERIAL E MÉTODOS

As publicações de dados de estatística vital, assim como os diferentes trabalhos realizados sobre o suicídio, em áreas geográficas e épocas de tempo variadas, apresentam esta causa de morte conjuntamente com a tentativa de suicídio, em subordinação ao que estabelece a Nomenclatura Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte¹¹. Assim é que a citada Nomenclatura classifica o suicídio e a tentativa de suicídio em 10 grupos de causas, a saber:

- E-970 — suicídio e envenenamento auto-inflingido mediante substâncias analgésicas e soporíferas;
- E-971 — suicídio e envenenamento auto-inflingido por outras substâncias sólidas e líquidas;
- E-972 — suicídio e envenenamento auto-inflingido pelo gás de uso doméstico;
- E-973 — suicídio e envenenamento auto-inflingido por outros gases;
- E-974 — suicídio e lesão auto-inflingida por enforcamento e estrangulamento;
- E-975 — suicídio e lesão auto-inflingida por submersão (afogamento);
- E-976 — suicídio e lesão auto-inflingida por armas de fogo e explosivos;
- E-977 — suicídio e lesão auto-inflingida por instrumentos cortantes e perfurantes;
- E-978 — suicídio e lesão auto-inflingida por precipitação de lugares elevados;
- E-979 — suicídio e lesão auto-inflingida por outros processos e processos não especificados.

Encontramos, vez por outra, essas rubricas associadas à de n.º E-963 — efeito tardio de ferimento auto-inflingido. Nos dados relativos ao Município de São Paulo, pudemos verificar que no período de 15 anos que vai de 1948 a 1962 — justamente aquêle a que demos maior ênfase para um estudo detalhado — a referida rubrica foi responsável por apenas 9 óbitos, como se segue: 1 em 1951; 3 em 1955; 1 em 1956; 2 em 1957; 1 em 1959; e 1 em 1961. Pela razão exposta, no presente trabalho serão focalizados somente os óbitos subordinados às rubricas E-970 a E-979.

Neste trabalho apresentaremos o comportamento da mortalidade por suicídio no Município de São Paulo nos anos de 1894 a 1962, com especial ênfase, como já referimos, ao período de 1948 a 1962. A escolha

daquêlê espaço de tempo de 69 anos justifica-se por ser ponto pacífico que no estudo da tendência secular de uma doença ou causa de morte, deve-se procurar obter dados de um período o mais longo possível. No caso particular de São Paulo, o Serviço Sanitário do Estado foi reorganizado nos termos da Lei n.º 240, de 4 de setembro de 1893, e já a partir de 1894 começaram a ser publicados os dados oficiais sobre a mortalidade no Município da Capital⁵. Cabe mencionar, entretanto, que os dados dêsse período inicial, abrangendo os anos de 1894 a 1903, são extremamente falhos tanto para o suicídio como para as demais causas de morte. Fato idêntico verifica-se no ano de 1949, em que a queda observada na mortalidade pelas várias causas, inclusive suicídio, decorre da deficiência dos dados, por conta do não-funcionamento, nesse ano, do Departamento de Estatística do Estado.

O atraso com que os dados são geralmente divulgados explica a não inclusão dos referentes aos anos de 1963 e 1964, que ensejariam uma idéia mais próxima do problema do suicídio na área em estudo. Razão idêntica nos leva a não apresentar agora os dados de outras capitais brasileiras e estrangeiras — alguns dêles em nosso poder e outros já solicitados ou em fase de coleta — que serão objeto de trabalho a seguir, quando procuraremos cotejá-los com os do Município de São Paulo, do interior do Estado e de vários países.

Os nossos dados, tanto de óbitos por suicídio como de população, foram obtidos pessoalmente na Secção de Demografia Estática e Dinâmica do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, cujo material foi gentilmente colocado à nossa disposição.

Consideramos Osasco como integrando o Município de São Paulo — embora tenha sido elevado à categoria de município pela Lei n.º 5.285, de 18 de fevereiro de 1959 — porque a questão esteve “sub judice” até 1962, ano em que aquêlê diploma passou a vigorar.

Na análise que efetuamos da mortalidade por suicídio segundo a côr, procuramos ser cautelosos nas conclusões, não apenas em razão do caráter preliminar dêste trabalho, como ainda tendo em conta as dificuldades existentes na classificação das pessoas por êste atributo, apontadas pelos diversos autores nacionais que se têm ocupado com o assunto.

Cabe ainda mencionar que ao considerarmos o comportamento do suicídio segundo a idade, decidimos incluir em nosso estudo o grupo de 0 a 14 anos, geralmente pôsto de lado nos trabalhos que tivemos ocasião de consultar; já em relação ao grupo de idade ignorada, o pequeno número de óbitos nessas circunstâncias justificou seu completo abandono.

b) ANALISE E DISCUSSÃO

No Município de São Paulo, no espaço de tempo de 69 anos que vai de 1894 a 1962, ocorreram 9.537 óbitos por suicídio; tais óbitos são apre-

sentados na Tabela 1 e Gráfico 1, sob a forma de coeficientes anuais de mortalidade por 100.000 habitantes.

TABELA 1 — Mortalidade por suicídio * no Município de São Paulo ** — 1894 a 1962 (coeficientes por 100.000 habitantes)

Anos	Número de óbitos	Coeficientes	Anos	Número de óbitos	Coeficientes	Anos	Número de óbitos	Coeficientes
1894	8	6,36	1924	55	8,11	1954	416	15,29
1895	8	5,58	1925	60	8,49	1955	510	17,73
1896	11	6,83	1926	51	6,92	1956	479	15,77
1897	7	3,92	1927	84	10,94	1957	480	14,96
1898	5	2,55	1928	95	11,87	1958	489	14,43
1899	3	1,40	1929	67	8,03	1959	459	12,28
1900	3	1,30	1930	61	7,02	1960	492	12,98
1901	8	3,22	1931	61	6,73	1961	523	13,05
1902	14	5,27	1932	70	7,41	1962	490	11,56
1903	3	1,06	1933	69	7,01			
1904	9	3,00	1934	89	8,68			
1905	6	1,89	1935	105	9,82	1894 — 1898		5,58 ●
1906	11	3,29	1936	95	8,52	1894 — 1912		3,41 ●
1907	12	3,41	1937	102	8,78	1899 — 1903		1,40 ●
1908	17	4,61	1938	114	9,42	1904 — 1908		3,29 ●
1909	17	4,41	1939	130	10,30	1909 — 1913		9,83 ●
1910	21	5,21	1940	152	11,56	1913 — 1949		9,46 ●
1911	42	9,99	1941	164	11,85	1914 — 1918		11,27 ●
1912	43	9,83	1942	178	12,21	1919 — 1923		9,74 ●
1913	67	14,74	1943	135	8,80	1924 — 1928		8,49 ●
1914	80	16,96	1944	153	9,47	1929 — 1933		7,02 ●
1915	64	13,09	1945	144	8,47	1934 — 1938		8,78 ●
1916	51	10,08	1946	192	10,73	1939 — 1943		11,56 ●
1917	59	11,27	1947	196	10,40	1944 — 1948		10,40 ●
1918	46	8,51	1948	296	14,92	1948 — 1954		13,32 ●
1919	52	9,32	1949	103	4,93	1949 — 1953		13,08 ●
1920	56	9,74	1950	273	12,42	1950 — 1962		13,63 ●
1921	62	10,35	1951	328	14,18	1954 — 1958		15,29 ●
1922	59	9,45	1952	319	13,08	1956 — 1962		13,05 ●
1923	71	10,91	1953	343	13,32	1959 — 1962		12,63 ●

* E-970 a E-979.

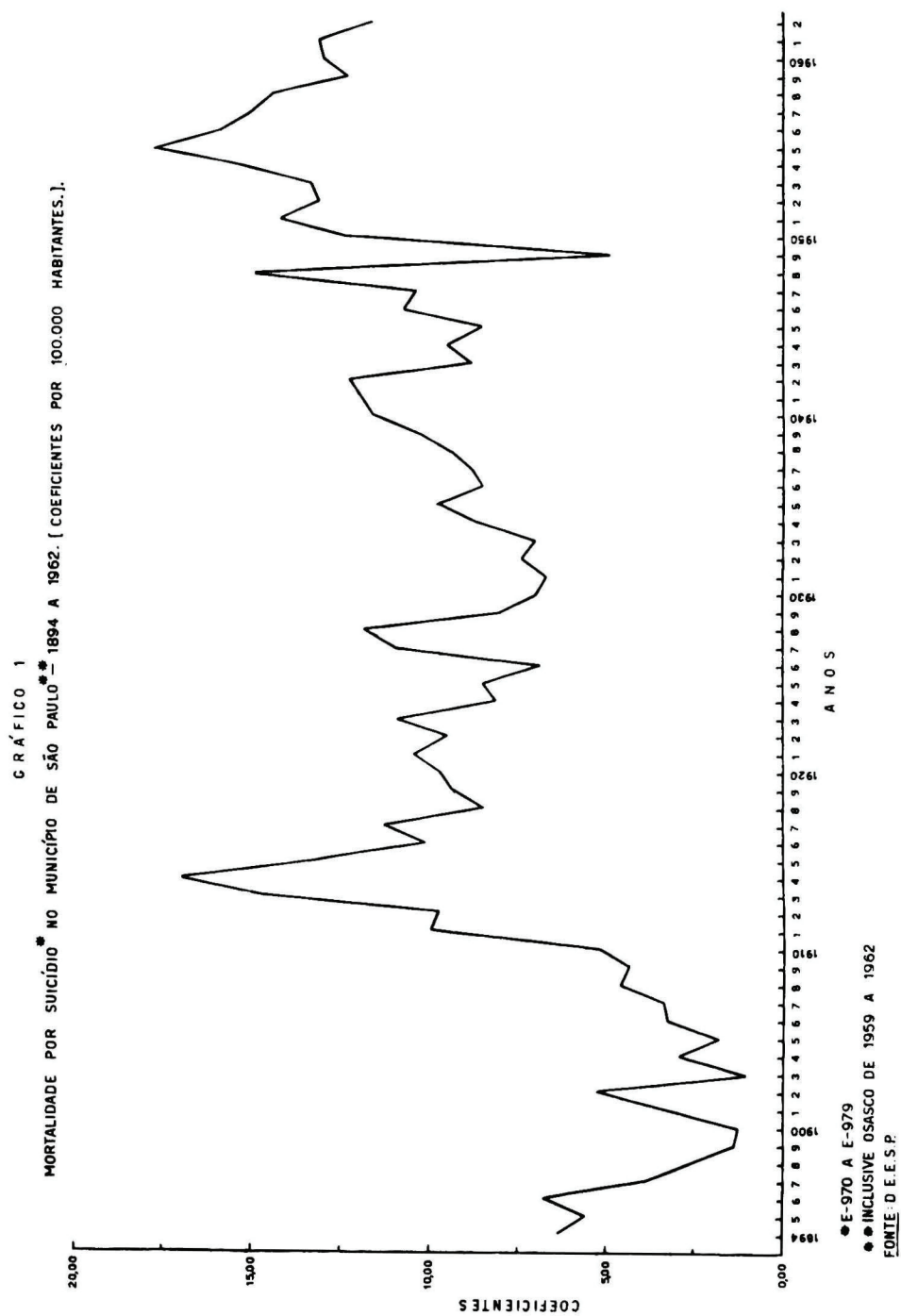
** Inclusive Osasco de 1959 a 1962.

● Coeficientes medianos por 100.000 habitantes.

Fonte: D.E.E.S.P.

A análise desses dados permite destacar, desde logo, o aspecto francamente ascendente da tendência secular do suicídio na capital paulista, naquele período de tempo, ensejando logicamente uma primeira conclusão: o suicídio entre nós, a exemplo do que acontece com outras causas de morte, vem assumindo importância crescente através dos tempos.

Esta conclusão, relativa ao aspecto global da tendência do suicídio entre nós, fica melhor entendida se analisada à luz da Tabela 1 e do Gráfico 2. Com efeito: a) os coeficientes medianos para os vários períodos — 13 quinquenais e 1 quadrienal — em que dividimos os 69 anos em estudo, como podemos ver na Tabela 1, evidenciam claramente um aumento de cerca de 11 vezes na mortalidade por suicídio, se tomarmos



por base de cálculo os quinquênios de 1899 a 1903 e de 1954 a 1958, os que apresentam o menor e o maior valores, respectivamente, entre 1894 e 1962; êsses dois quinquênios englobam os anos de 1903 e 1955, nos quais tivemos, respectivamente, o menor e o maior coeficientes anuais de mortalidade por suicídio.

Observada em minúcia, a curva cronológica do suicídio no Município de São Paulo pode ser subdividida em três fases distintas e subseqüentes, correspondentes aos períodos de 1894 a 1914, 1915 a 1933 e 1934 a 1962 (Gráfico 1). Realmente, a primeira daquelas fases — com a ressalva já feita no tocante à qualidade dos dados relativos aos anos iniciais — é nitidamente ascendente a partir de 1903, a segunda revela moderado declínio e a terceira mostra leve ascensão. Além disso, o referido gráfico permite visualizar um aspecto característico da tendência do suicídio entre nós: a ausência de nítidas variações cíclicas e a presença de variações anuais relativamente grandes nos coeficientes de mortalidade.

A verificação quantitativa do que até agora apontamos sôbre a tendência do suicídio no Município de São Paulo, durante os anos de 1894 a 1962, quer em seu aspecto geral e panorâmico, quer no detalhado, pode ser feita pelo estudo da Tabela 1. Senão, vejamos:

Num primeiro passo, podemos observar que de 1894 a 1912, em que os coeficientes anuais de mortalidade por suicídio foram sempre inferiores a 10,00 por 100.000 habitantes, o seu coeficiente mediano (3,41) traduzia uma ocorrência relativamente baixa de suicídio em nossa capital; nos 37 anos que se seguiram — 1913 a 1949 — houve nítida elevação nos valores dos coeficientes anuais e no do mediano dêsse período, pois aquêles estiveram entre 4,93 e 16,96 e o mediano (9,46) se mostrou aproximadamente três vêzes maior que o período anterior; finalmente, daí em diante até o ano de 1962, nova e substancial elevação da mortalidade por suicídio se deu a ver, tanto que, se de um lado os coeficientes anuais se mantiveram invariavelmente acima de 10,00, de outro lado o coeficiente mediano dêsse período (13,63) se revelou 4 vêzes e 1,5 vêzes maior que os correspondentes aos períodos de 1894 a 1912 e de 1913 a 1949 (Gráfico 2).

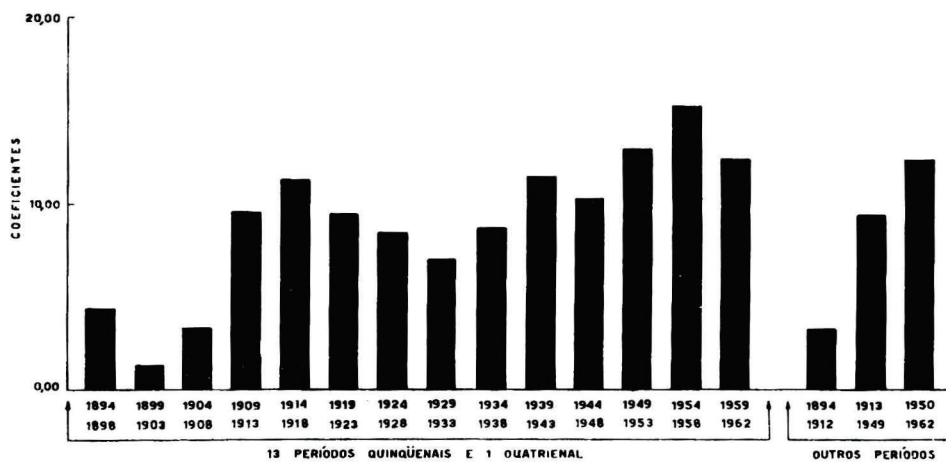
Num segundo passo, adquire evidência, pela análise da Tabela 1 e do Gráfico 2, o fato de que os medianos quinquenais de 1894 a 1938, exceção feita para o do período de 1914 a 1918 (11,27), apresentaram valores constantemente abaixo de 10,00, enquanto os do período de 1939 a 1962, ao contrário, estiveram sempre acima daquela cifra.

É interessante destacar, no Município de São Paulo, o comportamento da mortalidade por suicídio no decurso das duas Guerras Mundiais (Gráfico 1): no primeiro daquêles conflitos, a curva se mostra descendente a partir de 1914, com uma pequena elevação no ano de 1917; já na II Guerra Mundial, a mortalidade se mantém em ascensão até o ano de 1942, a partir do qual entra em declínio — justamente no período em que tivemos

participação efetiva no conflito. À luz desses dados, pois, é lícito afirmar que o comportamento do suicídio na área em estudo, durante os períodos em foco, não se afastou dos padrões comumente observados em outras regiões.

GRÁFICO 2

MORTALIDADE POR SUICÍDIO* NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO** - PERÍODOS QUINQUÊNAIS DE 1894 A 1958, QUATRIENAL DE 1959 A 1962, E PERÍODOS DE 1894 A 1912, 1913 A 1949 E 1950 A 1962. [COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES]



* E-970 A E-979.
 ** INCLUSIVE OSASCO DE 1959 A 1962.
 FONTE: D. E. E. S. P

c) O SUICÍDIO NO PERÍODO DE 1948 A 1962

Vimos, anteriormente, que no Município de São Paulo ocorreram, entre 1894 e 1962, 9.537 óbitos por suicídio. Podemos verificar agora, pelo exame da Tabela 1, que a maioria desses óbitos se inclui nos últimos 15 anos do período abrangido por este trabalho, ou seja, entre 1948 e 1962; nestes três quinquênios, com efeito, foram registrados 6.000 óbitos por suicídio, correspondendo a 62,91% dos óbitos por essa causa de morte no Município, de 1894 a 1962. A Tabela 1 e o Gráfico 2, por outro lado, evidenciam que os maiores coeficientes medianos de mortalidade por suicídio, entre nós, por quinquênio, são os referentes aos períodos de 1949 a 1953, 1954 a 1958 e 1959 a 1962.

Justifica-se, assim, a escolha desse período de 15 anos para uma análise mais detalhada, que apresenta ainda a vantagem inegável de ensejar uma visão atual da magnitude e características do problema do suicídio no Município de São Paulo. No citado período, pois, estudaremos também o problema segundo aqueles atributos mínimos apontados por Frost — sexo, idade, côr, etc. — ao considerar o comportamento de uma doença ou causa de morte numa população.

Tendência da mortalidade por suicídio, por tôdas as causas — O Gráfico 1, já mencionado, permitiu-nos verificar o comportamento do suicídio, no Município, de 1934 a 1962, o qual se caracterizou por uma curva cronológica ascendente. O mesmo gráfico, se olhado com mais atenção, agora em relação ao período de 1948 a 1962, nos revela, por outro lado, duas fases antagônicas: uma, ascendente, de 1948 a 1955; e outra, de 1956 a 1962, decrescente. A confirmação quantitativa dessa impressão visual, nós a temos pela observação da Tabela 1, em que os medianos de 1954 a 1958 e 1959 a 1962, em confronto com o mediano correspondente ao quinquênio de 1949 a 1953, são maior e menor 1,17 e 1,05 vezes, respectivamente.

Tendência da mortalidade por suicídio, segundo as causas exógenas — Nos três lustros compreendidos no período de 1948 a 1962, apresentou nítido destaque entre as causas exógenas de suicídio aquela designada pela rubrica E-971 (suicídio por outras substâncias sólidas e líquidas) (Gráfico 3), responsável que foi, como podemos depreender do exame da Tabela 2, por cerca de 58,39% das ocorrências dessa natureza, ou seja, 3.504 num total de 6.000 suicídios. É muito provável que a preponderância dessa rubrica se deva à utilização em larga escala, para fins suicidas, de tóxicos à base de cianureto (formicidas), à semelhança do que observou Teixeira²², em Curitiba. Este aspecto do problema será objeto de investigação futura.

TABELA 2 — Óbitos por suicídio, segundo o sexo, no Município de São Paulo* — 1948 a 1962 (percentagens médias)

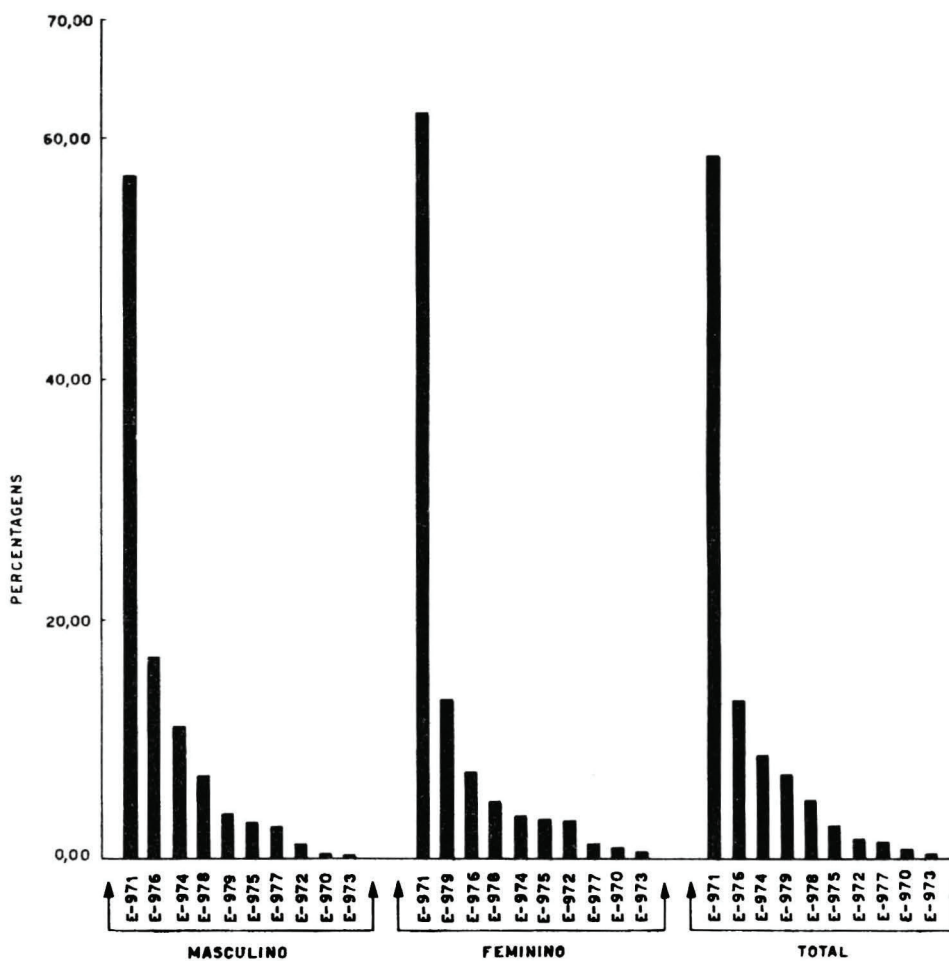
RUBRICAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
E-970	9	0,22	19	0,95	28	0,47
E-971	2.260	56,47	1.244	62,30	3.504	58,39
E-972	52	1,30	65	3,25	117	1,95
E-973	6	0,15	9	0,45	15	0,25
E-974	445	11,11	79	3,96	524	8,73
E-975	100	2,50	66	3,30	166	2,77
E-976	675	16,86	129	6,46	804	13,40
E-977	91	2,27	20	1,00	111	1,85
E-978	209	5,22	95	4,76	304	5,07
E-979	156	3,90	271	13,57	427	7,12
E-970 a E-979	4.003	100,00	1.997	100,00	6.000	100,00

* Inclusive Osasco de 1959 a 1962.
Fonte: D.E.E.S.P.

À rubrica E-971 seguiram-se, em ordem decrescente de importância, as rubricas E-976 (suicídio por armas de fogo e explosivos), E-974 (suicídio por enforcamento e estrangulamento), E-978 (suicídio por precipitação de lugares elevados) e E-979 (suicídio por outros processos e processos não especificados).

GRÁFICO 3

ÓBITOS POR SUICÍDIO, SEGUNDO AS CAUSAS EXÓGENAS E O SEXO, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1948 A 1962. [PERCENTAGENS MÉDIAS].*



* INCLUSIVE OSASCO DE 1959 A 1962.

E-970 - SUBSTÂNCIAS ANALGÉSICAS E SOPORÍFERAS

E-971 - OUTRAS SUBSTÂNCIAS SÓLIDAS E LÍQUIDAS

E-972 - GÁS DE USO DOMÉSTICO

E-973 - OUTROS GASES

E-974 - ENFORCAMENTO E ESTRANGULAMENTO

E-975 - AFOGAMENTO

E-976 - ARMAS DE FOGO E EXPLOSIVOS

E-977 - INSTRUMENTOS CORTANTES E PERFURANTES

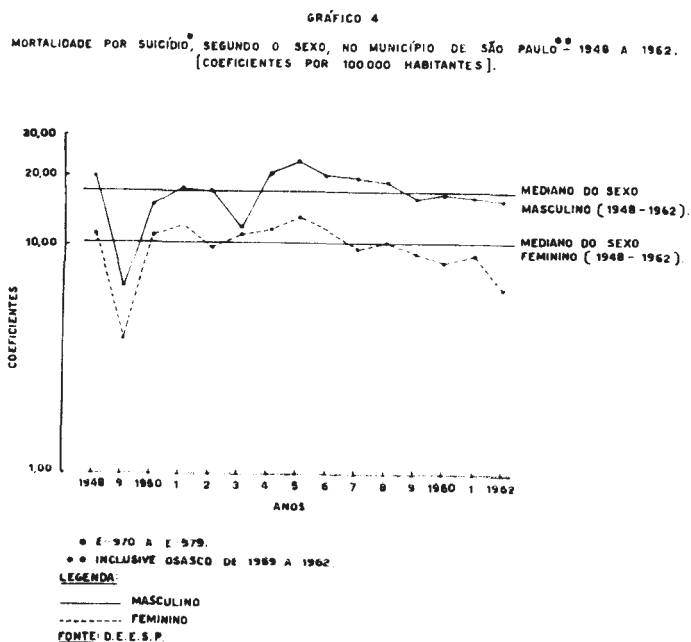
E-978 - PRECIPITAÇÃO DE LUGARES ELEVADOS

E-979 - OUTROS PROCESSOS E PROCESSOS NÃO ESPECIFICADOS

FONTE: D. E. E. S. P.

Estas cinco rubricas somadas são responsáveis por 92,72% dos 6.000 óbitos por suicídio ocorridos entre nós no período em tela. Os mesmos gráfico e tabela permitem, por outro lado, evidenciar a pequena importância assumida pelas demais rubricas como causas exógenas de suicídio no Município de São Paulo, pois produziram apenas 7,28% dos óbitos, dos quais a baixíssima percentagem de 0,25% se deveu à rubrica E-973 (suicídio por outros gases), a menos importante de todas.

Distribuição da mortalidade por suicídio por todas as causas e por sexo — No Município de São Paulo, durante os anos de 1948 a 1962, os óbitos devidos ao suicídio, por todas as causas e segundo o sexo, apresentaram a seguinte distribuição: 4.003 no sexo masculino e 1.997 no sexo feminino; as percentagens respectivas, de 66,72% e 33,28%, estabelecem, portanto, uma relação aproximada de 2:1 em favor do sexo masculino (Tabela 2). O aspecto global da tendência da mortalidade por suicídio, segundo o sexo e por todas as causas, é apresentado no Gráfico 4, que nos revela estar ela em ascensão no sexo masculino e em declínio no feminino.



Analisado mais acuradamente — tomando como pontos de referência as linhas correspondentes aos medianos de 1948 a 1962 — o mesmo gráfico permite a identificação, nas curvas de um e outro sexo, de duas fases distintas e subsequentes, relativas aos períodos de 1948 a 1955 e de 1956 a 1962; assim é que, neste último período, a tendência é descendente em

ambos os sexos, se bem que mais pronunciada no sexo feminino; naquele, ao contrário, o suicídio se acha em elevação, em proporções praticamente iguais, nos dois sexos.

Distribuição segundo as causas exógenas e sexo — A mortalidade por suicídio nos sexos masculino e feminino, de acôrdo com as rubricas por ela responsáveis, pode ser apreciada na Tabela 2. É fácil verificar a posição de destaque ocupada num e noutro sexo pela rubrica E-971 (suicídio por outras substâncias sólidas e líquidas), responsável que foi por, respectivamente, 56,47% e 62,30% dos óbitos. É de se registrar, também, que a soma das rubricas E-971, E-974, E-976, E-978 e E-979 perfaz as percentagens de 93,56 e 91,05 dos suicídios verificados respectivamente nos sexos masculino e feminino.

Cabe destacar, todavia, que essas rubricas não obedecem à mesma ordem de importância quando consideradas em relação a um e outro sexo. Assim é que, no sexo masculino, as rubricas se escalonam na seguinte ordem decrescente: E-971, E-976, E-974, E-978 e E-979, enquanto no feminino elas assim se sucedem: E-971, E-979, E-976, E-978 e E-974 (Gráfico 3). Verificamos, pois, que o suicídio por enforcamento e estrangulamento, que ocupa o terceiro pôsto na preferência dos homens, passa a se colocar em quinto lugar quando considerado em relação ao sexo feminino.

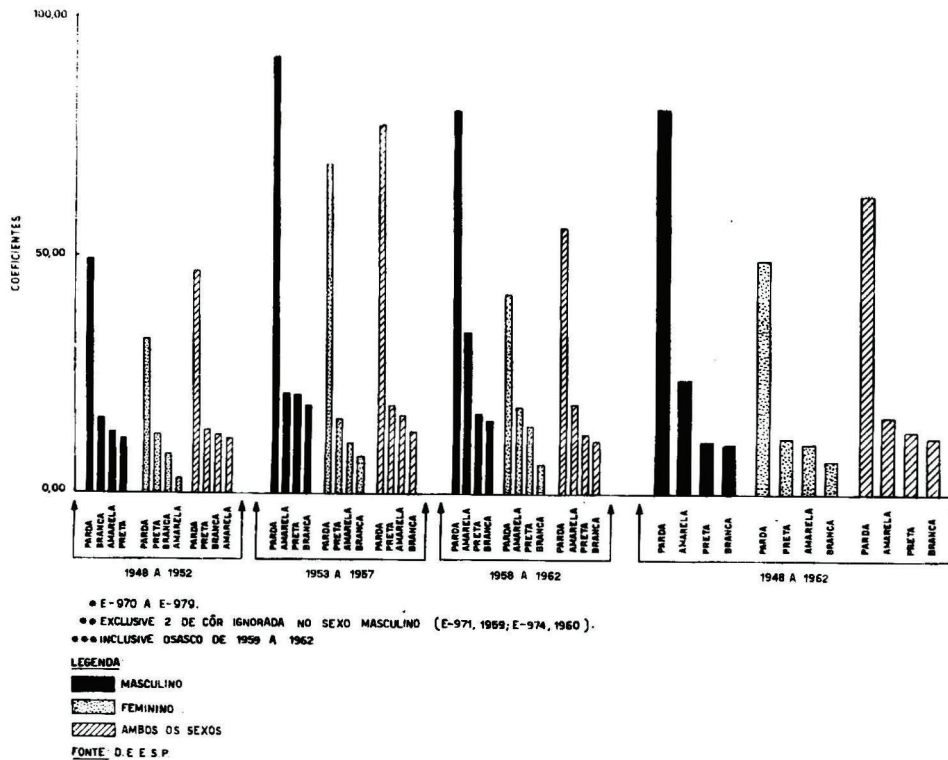
Quanto às cinco rubricas restantes, o papel discreto que lhes cabe como causas exógenas de suicídio — 6,44% no homem e 8,95% na mulher — associado à ocorrência de flutuações anuais, desaconselha seu estudo particularizado (Tabela 2).

Distribuição por tôdas as causas, segundo a côr — É clássico, a despeito da precariedade dos dados sôbre as características raciais, o estudo das doenças e das causas de morte segundo o sexo e côr. A referência a coeficientes de mortalidade por suicídio mais altos nos pardos, que adiante faremos, merece a consideração preliminar de que, nos censos, o número declarado de pardos é inferior ao real; já nas declarações de óbito, êsse número apresenta maior exatidão. Como consequência, os coeficientes de mortalidade dos pardos, para tôdas as doenças, estão sujeitos a essa causa de êrro, mostrando-se artificialmente mais elevados. Feita esta ressalva, vejamos agora alguns aspectos da mortalidade por suicídio em nossa capital, de 1948 a 1962, segundo os atributos apontados, iniciando o estudo pela côr.

Como vimos, nos três lustros de 1948 a 1962, ocorreram 6.000 óbitos por suicídio no Município de São Paulo. Êsses 6.000 óbitos, em termos de coeficientes medianos de 1948 a 1962, segundo a côr, se distribuem na seguinte ordem decrescente de importância: em primeiro lugar a côr parda, seguida pelas côres amarela, preta e branca (Gráfico 5).

GRÁFICO 5

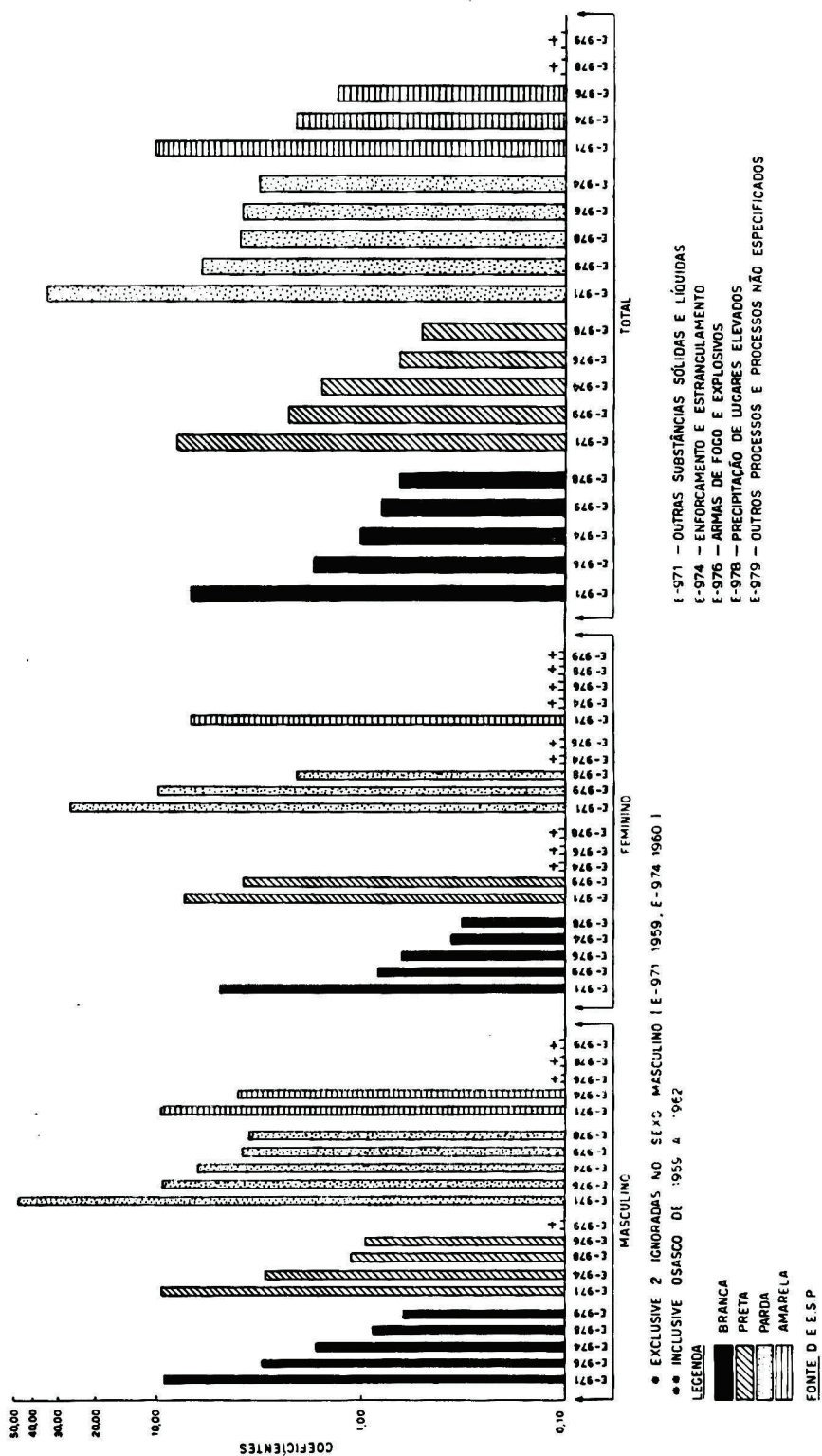
MORTALIDADE POR SUICÍDIO* PELO SEXO E CÔR, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO — PERÍODOS DE 1948 A 1952, 1953 A 1957, 1958 A 1962 E 1948 A 1962 [COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES].



O Gráfico 5 nos mostra ainda mais que nos períodos de 1948 a 1952, 1953 a 1957 e 1958 a 1962, a cor parda sempre se manteve em primeiro lugar, seguida imediatamente pela preta nos dois primeiros e pela amarela no último daqueles períodos. Nos espaços de tempo citados, por outro lado, a cor branca ocupou posições variáveis: colocou-se no terceiro posto no período de 1948 a 1952, passando para o último nos de 1953 a 1957 e 1958 a 1962. É de notar-se ainda que no período de 1958 a 1962 a ordem de colocação das cores, segundo a mortalidade por suicídio por todas as causas, coincide com a verificada para os 15 anos compreendidos entre 1948 e 1962.

Distribuição segundo as causas exógenas e a cor — Os elementos contidos no Gráfico 6 permitem a fácil identificação da rubrica E-971 como a causa exógena de suicídio mais freqüente em todas as cores, no Município de São Paulo, durante o período em estudo. O escalonamento das demais rubricas, em ordem decrescente de importância, foi o seguinte: nos brancos — E-976, E-974, E-979 e E-978; nos pretos — E-979, E-974, E-976 e E-978; nos pardos — E-979, E-978, E-976 e E-974; e nos amarelos — E-974, E-976, E-978 e E-979.

CRÁFICO 6
MORTALIDADE POR SUICÍDIO PELO SEXO E COR, SEGUNDO AS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS EXÓGENAS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1948 a 1962
(COEFICIENTES MÊDIOS POR 100.000 HABITANTES)



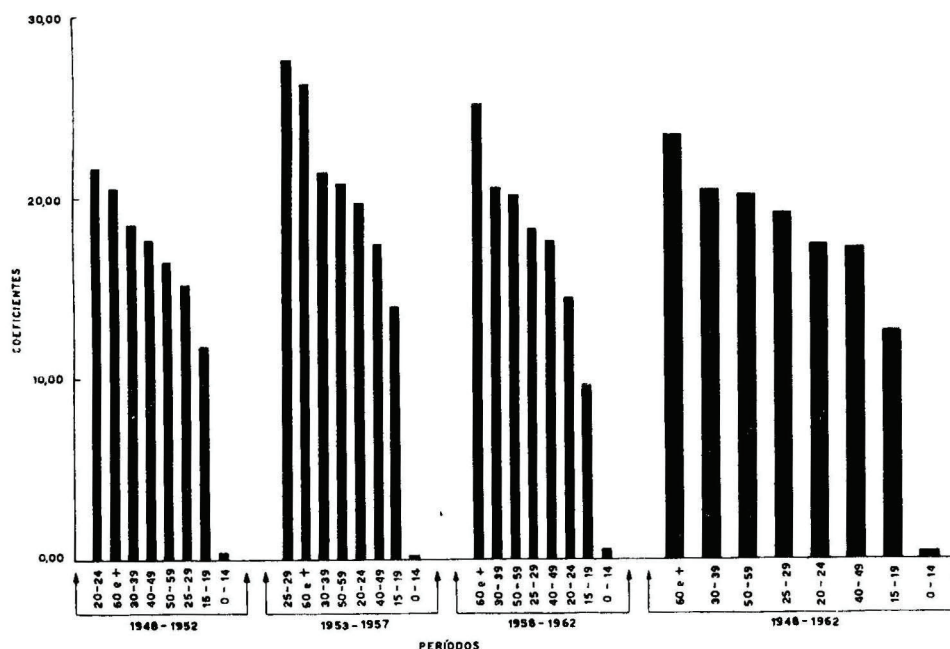
Distribuição por tôdas as causas, segundo o sexo e côr — Vimos anteriormente que os óbitos por suicídio, segundo o sexo, se distribuem da seguinte maneira: 4.003 no sexo masculino e 1.997 no feminino (Tabela 2). Tais óbitos, classificados agora segundo a côr, com base nos coeficientes medianos de 1948 a 1962, observam a seguinte ordem decrescente: entre os homens — parda, amarela, preta e branca; e entre as mulheres — parda, preta, amarela e branca (Gráfico 5).

O Gráfico 5 permite ainda verificar que nos períodos de 1948 a 1952, 1953 a 1957 e 1958 a 1962, enquanto a côr parda liderou a mortalidade por suicídio em ambos os sexos, as demais côres ocuparam posições variáveis de um para outro daqueles períodos.

Distribuição segundo as causas exógenas, por sexo e côr — Quando consideramos a mortalidade por suicídio no Município de São Paulo, de 1948 a 1962, segundo o sexo e côr, em função das causas exógenas, por meio dos coeficientes medianos para êsse período, vamos notar que, a exemplo do ocorrido para ambos os sexos, tanto no masculino como no feminino a rubrica E-971 foi a que sistematicamente proporcionou maior número de óbitos, seja entre brancos e pretos, seja entre pardos e ama-

GRÁFICO 7

MORTALIDADE POR SUICÍDIO*, SEGUNDO A IDADE**, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO*** 1948 A 1952, 1953 A 1957, 1958 A 1962 E 1948 A 1962. [COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES].



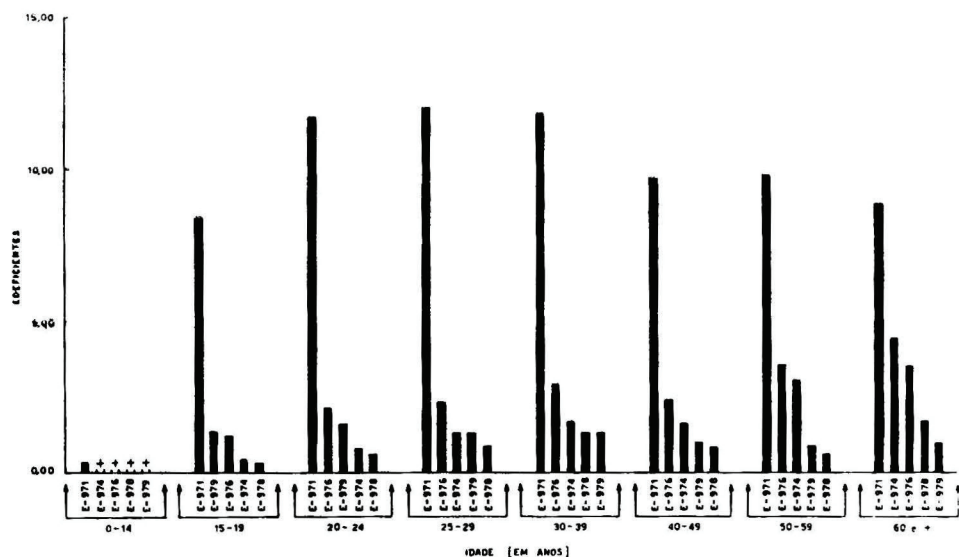
* E-970 A E-979.
 ** EXCLUSIVE 4 IDADES IGNORADAS, 1 EM CADA ANO CALENDÁRIO, A SABER: 1952, 1953, 1954 E 1959.
 *** INCLUSIVE OS ASCO DE 1959 A 1962.
 FONTE: D.E.E.S.P.

relos (Gráfico 6). Note-se, entretanto, que os coeficientes relativos a esta rubrica, para cada uma das côres, no sexo masculino, foram sempre mais elevados que os correspondentes ao sexo feminino. Por outro lado, num e noutro sexo, as demais rubricas observam escalonamento variável segundo a côr considerada.

Distribuição por tôdas as causas, segundo os grupos de idade — Os 6.000 óbitos por suicídio que tiveram lugar no Município de São Paulo, entre 1948 e 1962, são apresentados na Tabela 3, sob a forma de coeficientes medianos de mortalidade por 100.000 habitantes, para êsse período, relativos aos vários grupos etários de nossa população.

O exame da referida tabela e do Gráfico 7 permite apontar o grupo etário de 60 e mais anos como o mais atingido pelo suicídio no período em aprêço, com um coeficiente mediano igual a 23,56; e, por outro lado, salientar o fato de que o grupo etário de 0 a 14 anos, com um mediano de 0,38, é o menos afetado por essa causa de morte, na mesma época. Outra conclusão a tirar é que, à medida que consideramos os grupos mais avançados em idade, tanto maiores são os valores dos coeficientes medianos correspondentes; a única exceção ocorre no grupo de 40 a 49 anos, em que há uma queda no valor do coeficiente, logo seguida de novos aumentos nos grupos de 50 a 59 e de 60 e mais anos (Gráfico 7). Êsse as-

GRÁFICO 8
MORTALIDADE POR SUICÍDIO, SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIOS E AS CINCO CAUSAS EXÓGENAS PRINCIPAIS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 1948 A 1962
(COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES)



● EXCLUSIVE 3 IDADES IGNORADAS [1954, E-971, 1959, E-974, 1962, E-976].

● INCLUSIVE OSASCO DE 1959 A 1962.

FONTE: D.E.E.S.P.

E-971 - OUTRAS SUBSTÂNCIAS SÓLIDAS E LÍQUIDAS
E-974 - ENFORCAMENTO E ESTRANGULAMENTO
E-976 - ARMAS DE FOGO E EXPLOSIVOS
E-978 - PRECIPITAÇÃO DE LUGARES ELEVADOS
E-979 - OUTROS PROCESSOS E PROCESSOS NÃO ESPECIFICADOS

TABELA 3 — Mortalidade por suicídio, segundo o sexo e idade*, no Município de São Paulo** — 1948 a 1952, 1953 a 1957, 1958 a 1962 (por todas as causas) e 1948 a 1962 (por todas as causas e pelas cinco causas exógenas principais) (coeficientes medianos por 100.000 habitantes)

Períodos	Rubricas	M A S C U L I N O						F E M I N I N O						T O T A L											
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 e +	0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 e +	0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 e +
1948-1952	E-970- E-979	0,31	8,37	25,80	21,80	28,06	26,59	25,53	40,72	0,57	15,95	19,66	8,76	9,99	9,07	7,19	5,33	0,43	11,90	21,68	15,32	18,70	17,75	16,51	20,58
1953-1957	E-970- E-979	—	11,24	24,51	36,82	30,53	24,42	35,25	41,10	0,49	18,96	15,45	18,34	12,46	10,38	6,79	12,05	0,24	13,98	19,93	27,65	21,43	17,43	20,99	26,18
1958-1962	E-970- E-979	0,17	8,92	19,40	22,45	29,92	25,95	33,89	41,00	0,57	12,83	11,20	13,53	11,93	9,26	6,68	11,93	0,38	9,61	14,39	18,13	20,50	17,57	20,15	25,23
	E-971	0,17	4,84	12,07	15,47	16,94	13,68	17,13	15,87	0,57	11,52	9,52	8,76	7,49	5,39	2,67	3,22	0,28	8,40	11,72	12,02	11,83	9,68	9,75	8,91
	E-974	—	—	1,10	1,84	2,80	2,78	4,82	7,90	—	—	—	—	0,32	0,46	—	1,78	—	0,40	0,81	1,32	1,67	1,62	3,01	4,46
1948 ^a	E-976	—	1,32	3,73	4,42	4,51	4,50	6,05	7,55	—	0,97	0,80	0,60	0,90	—	0,67	—	—	1,20	2,13	2,31	2,90	2,37	3,53	3,53
1962	E-978	—	—	0,58	0,98	2,12	0,86	1,14	1,87	—	0,53	0,76	0,83	0,38	0,69	—	—	—	0,36	0,61	0,84	1,32	0,81	0,57	1,67
	E-979	—	—	0,87	0,87	1,04	0,91	1,07	1,06	—	2,01	2,07	2,01	1,50	0,73	0,95	1,20	—	1,33	1,62	1,32	1,32	1,03	0,85	0,98
	E-970- E-979	0,28	9,14	20,39	23,12	29,92	25,95	33,58	41,00	0,57	16,26	15,45	15,22	11,93	9,26	6,79	9,57	0,38	12,77	17,79	19,28	20,50	17,60	20,15	23,56

* Excluídas 3 ignoradas no sexo masculino (E-975, 1953; E-971, 1954; E-974, 1959) e 1 no sexo feminino (E-976, 1952).

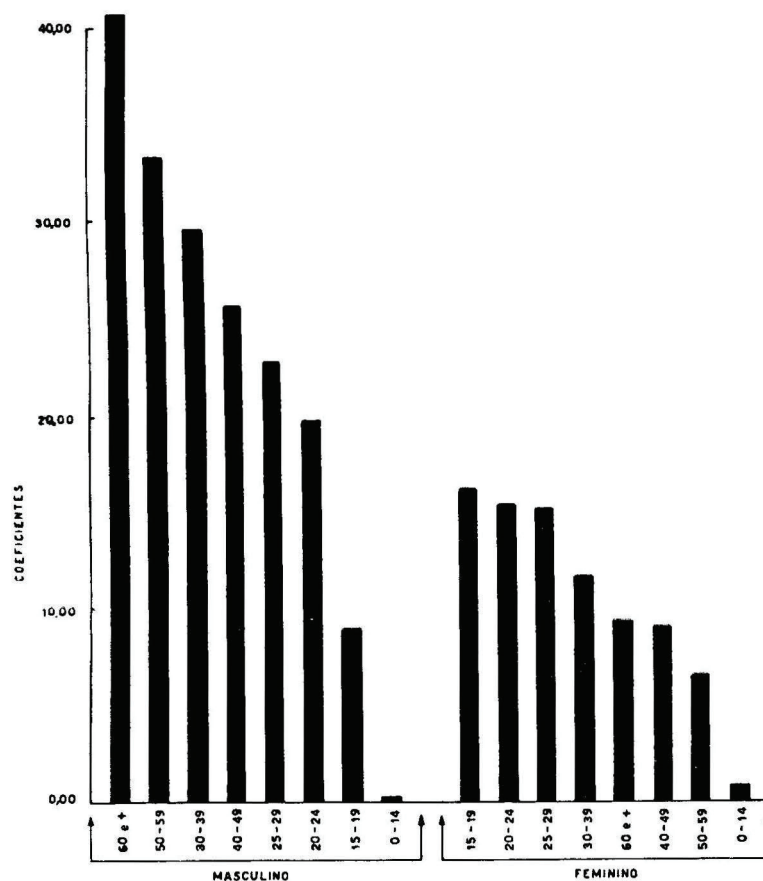
** Inclusive Osasco de 1959 a 1962.

Fonte: D.E.E.S.P.

pecto será melhor compreendido se, considerando o mediano do grupo de 0 a 14 anos igual a 100, estabelecermos a variação percentual, em relação a este grupo, dos medianos dos demais grupos etários; efetuados os cálculos necessários, encontramos as seguintes cifras aproximadas: 34%, 47%, 51%, 54%, 46%, 53% e 62%, respectivamente, para os grupos etários de 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 e mais anos (Tabela 3).

A tabela e gráfico referidos permitem, além disso, em termos de coeficientes medianos para os períodos de 1948 a 1952, 1953 a 1957 e 1958 a 1962, verificar a posição relativa dos diferentes grupos etários, no tocante à mortalidade por suicídio.

GRÁFICO 9
MORTALIDADE POR SUICÍDIO, SEGUNDO O SEXO E A IDADE, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO *** 1948 A 1962
[COEFICIENTES MEDIANOS POR 100000 HABITANTES].



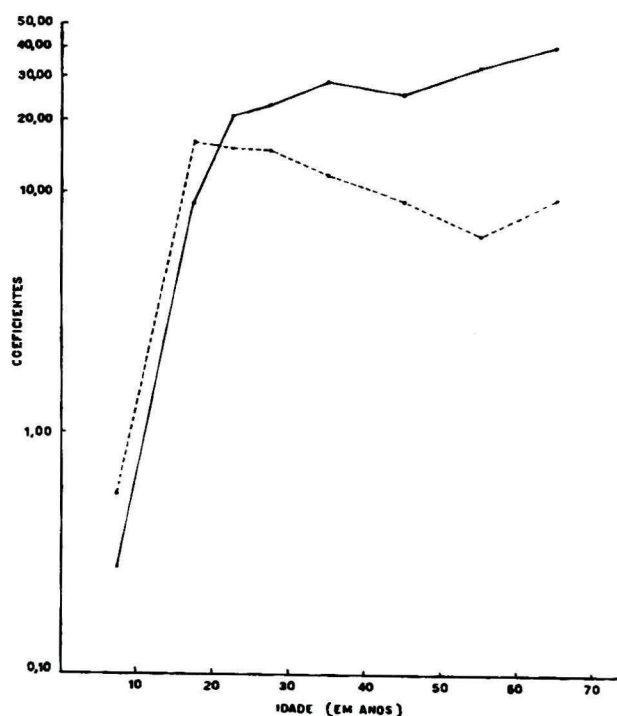
* E-970 A E-979.
** EXCLUSIVE 3 IDADES IGNORADAS NO SEXO MASCULINO [1953, 1954 E 1959] E 1 NO SEXO FEMININO [1952].
*** INCLUSIVE OS ANOS DE 1959 A 1962.
FONTE: D.E.E.S.P.

Distribuição segundo as causas exógenas, por grupos de idade — Sob esse aspecto, os 6.000 óbitos por suicídio verificados entre 1948 e 1962 tiveram a distribuição apresentada na Tabela 3 e Gráfico 8. É fácil observar que em todos os grupos etários a rubrica E-971 se destaca amplamente das demais, ocupando sempre o primeiro posto. A posição das demais rubricas varia de um para outro grupo, sendo de notar-se, porém, que na maioria deles o segundo e terceiro lugares cabem às rubricas E-976 e E-974.

Distribuição por tôdas as causas, segundo a idade e sexo — A Tabela 3 e o Gráfico 9 nos permitem verificar, através da análise dos coeficientes medianos para o período de 1948 a 1962, ali apresentados, que no sexo masculino os dois grupos etários mais atingidos pelo suicídio foram o de 60 e mais anos, em primeiro lugar, seguido pelo de 50 a 59 anos, enquanto os menos atingidos foram os de 0 a 14 e de 15 a 19 anos. Chama também a atenção a posição ocupada pelo grupo de 30 a 39 anos, que se situa logo abaixo daqueles dois primeiros, superando por razoável margem os valores dos coeficientes medianos do grupo de 20 a 29 anos.

Já no sexo feminino, podemos verificar (Tabela 3 e Gráfico 9) que os coeficientes medianos dos mesmos grupos etários nos conduzem às seguintes conclusões: a) o grupo de 0 a 14 anos, como já havia sido apontado no sexo masculino, é o menos atingido pelo suicídio; b) os grupos etários de 15 a 19 e de 20 a 24 anos

GRÁFICO 10
MORTALIDADE POR SUICÍDIO, SEGUNDO O SEXO E A IDADE, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1948* A 1962. [COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES]



* E-970 A E-979
 ** EXCLUSIVE 3 IGNORADAS NO SEXO MASCULINO (1953, 1954, 1955)
 E 1 IGNORADA NO SEXO FEMININO (1952).
 *** INCLUSIVE OS CASOS DE 1959 A 1962

LEGENDA:
 — MASCULINO
 - - - FEMININO

FONTE: D. E. E. S. P.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

se destacam pelos mais altos valores, seguidos pelos de 25 a 29 e 30 a 39 anos; c) o grupo de 60 e mais anos se coloca na posição imediatamente seguinte à do de 30 a 39 anos, superando os grupos de 40 a 49 e de 50 a 59 anos.

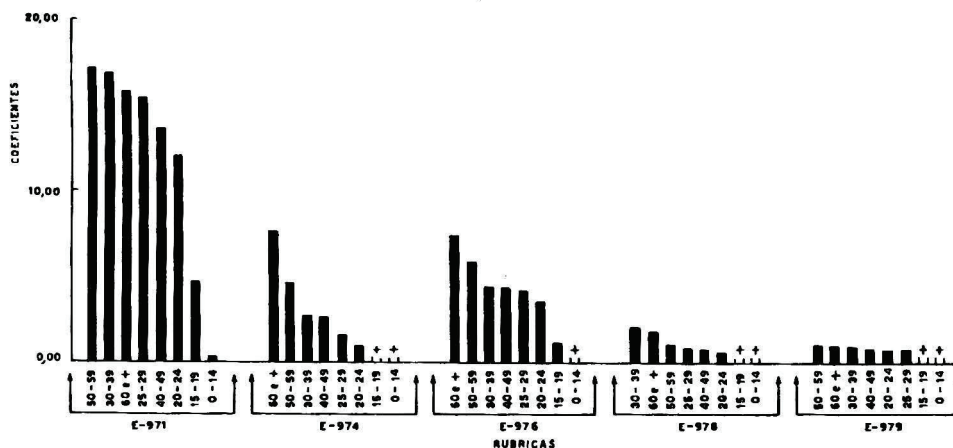
Do exposto, podemos concluir pela maior freqüência do suicídio entre as mulheres jovens — de 15 a 24 anos — no Município de São Paulo, no período em aprêço. Fato, aliás, a reclamar estudos mais acurados, tal o contraste observado, em relação ao sexo masculino.

O Gráfico 10 nos oferece uma visão de conjunto do comportamento da mortalidade por suicídio num e noutro sexo, segundo as idades, na área e período considerados.

Distribuição segundo as causas exógenas, por idade e sexo — Numa última etapa, estudaremos agora a mortalidade por suicídio no Município de São Paulo, de 1948 a 1962, de acôrdo com a idade e sexo, em função de suas várias causas exógenas. Considerando as cinco principais rubricas, tomada cada uma isoladamente, cabe de início apontar a de n.º E-971 como a mais importante causa exógena de suicídio em tôdas as idades, tanto entre os homens como entre as mulheres, o que se pode comprovar pelo exame da Tabela 3. Já a simples inspeção daquela tabela — nas colunas dos coeficientes medianos de 1948 a 1962 — nos permite observar que, em nenhum grupo etário, tanto num como noutro sexo, as demais rubricas (E-974, E-976, E-978 e E-979) apresentaram valores que sequer se aproximassem daqueles assumidos pela rubrica E-971. Êsse destaque

GRÁFICO 11

MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO SEXO MASCULINO PELAS RUBRICAS E-971, E-974, E-976, E-978 E E-979, SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1948 A 1962. [COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES].



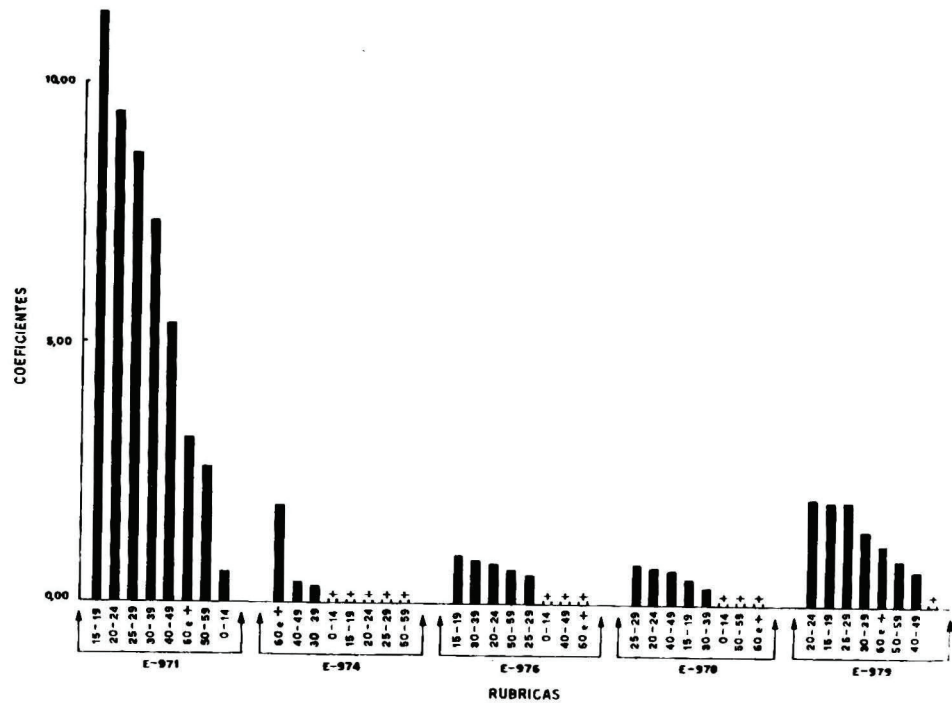
• EXCLUSIVE 2 IGNORADAS [1954, E-971; 1959, E-974].
 • INCLUSIVE OSASCO DE 1959 A 1962.
 + IGUAL A 0,00
 FONTE: D. E. E. S. P.

E-971 - OUTRAS SUBSTÂNCIAS SÓLIDAS E LÍQUIDAS
 E-974 - ENFORCAMENTO E ESTRANGULAMENTO
 E-976 - ARMAS DE FOGO E EXPLOSIVOS
 E-978 - PRECIPITAÇÃO DE LUGARES ELEVADOS
 E-979 - OUTROS PROCESSOS E PROCESSOS NÃO ESPECIFICADOS

alcançado pela rubrica em aprêço era, aliás, esperado, face ao que anteriormente pudemos verificar, ao estudarmos o suicídio segundo o sexo, côm e idades, quando então ela sempre se distinguiu amplamente das demais rubricas acima mencionadas.

GRÁFICO 12

MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO SEXO FEMININO PELAS RUBRICAS E-971, E-974, E-976, E-978 E E-979, SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1948 A 1962. [COEFICIENTES MEDIANOS POR 100.000 HABITANTES].



• EXCLUSIVE 1 IGNORADA [1952, E-976].
 •• INCLUSIVE OS ANOS DE 1959 A 1962.
 + IGUAL A 0,00

FORNE: D. E. E. S. P.

E-971 - OUTRAS SUBSTÂNCIAS SÓLIDAS E LÍQUIDAS
 E-974 - ENFORCAMENTO E ESTRANGULAMENTO
 E-976 - ARMAS DE FOGO E EXPLOSIVOS
 E-978 - PRECIPITAÇÃO DE LUGARES ELEVADOS
 E-979 - OUTROS PROCESSOS E PROCESSOS NÃO ESPECIFICADOS

Os Gráficos 11 e 12 permitem identificar, num e noutro sexo, a posição ocupada pelas cinco principais causas exógenas de suicídio, em função dos diferentes grupos etários que compõem a população do Município de São Paulo.

CONCLUSÕES

1. Tanto quanto no tocante à saúde física, a medição do nível de saúde mental apresenta várias dificuldades, ligadas, de um lado, ao problema da conceituação de "saúde mental" e, de outro, à impossibilidade de estender à população em geral certos critérios de medição utilizados para finalidades específicas.

2. Dos vários critérios sugeridos com vistas à medição do nível de saúde mental — prevalência de doenças mentais, taxa de delinqüência e mortalidade por suicídio — os dois primeiros, além das dificuldades de natureza conceitual em relação à delinqüência, são de utilização problemática em áreas subdesenvolvidas, em virtude da deficiência das respectivas estatísticas.
3. Restaria, pelo seu caráter objetivo e pela boa qualidade dos dados estatísticos — não obstante as restrições impostas por certos fatores de ordem cultural — o coeficiente de mortalidade por suicídio como um indicador de aspecto geral, a ser empregado para uma avaliação preliminar do estado de saúde mental de uma coletividade.
4. A utilização do coeficiente de mortalidade por suicídio como indicador do nível de saúde mental encontra apoio na alta prevalência de doenças mentais entre pessoas que tentam o suicídio e, paralelamente, na fraca mortalidade por esta causa em certas regiões, coincidindo com a baixa prevalência daquelas doenças.
5. A importância crescente que o suicídio vem assumindo em muitos países como causa de morte justifica, ao lado de outros fatores, sua caracterização como problema de saúde pública, a reclamar estudos minuciosos, com vistas ao conhecimento do seu comportamento e à fixação de medidas adequadas de prevenção.
6. No Município de São Paulo, durante o período de 1894 a 1962, foram registrados 9.537 óbitos por suicídio, dos quais 6.000 (62,91%) entre 1948 e 1962. A tendência secular da mortalidade por suicídio, apresentada sob a forma de coeficientes anuais por 100.000 habitantes, no primeiro daqueles períodos, é francamente ascendente, sendo de 11 vezes o aumento verificado, tomando-se por base os coeficientes medianos dos quinquênios de 1899 a 1903 e de 1954 a 1958; já no período de 1948 a 1962 a tendência revela duas fases antagônicas — uma ascendente, de 1948 a 1955, e outra, de 1956 a 1962, descendente.
7. A subdivisão do período de 1894 a 1962 em treze quinquênios e um quadriênio permite assinalar, com base nos respectivos coeficientes medianos por 100.000 habitantes, que os maiores valores da mortalidade por suicídio se deram a ver nos períodos que praticamente constituem os últimos 15 anos do espaço de tempo em estudo, pôsto que são eles os relativos a 1949/1953 (13,08), 1954/1958 (15,29) e 1959/1962 (12,63).
8. A análise dos dados disponíveis permite afirmar que no Município de São Paulo, nos períodos correspondentes à I e II Guerras Mun-

diais, o comportamento da mortalidade por suicídio não se afastou dos padrões comumente observados em outras áreas.

9. No tocante ao seu comportamento segundo os sexos, a mortalidade por suicídio na área em estudo, no período de 1948 a 1962, observou os padrões estabelecidos para outras regiões, sendo mais elevada no sexo masculino que no feminino numa proporção aproximada de 2:1; adquire relêvo, por outro lado, o fato de que a tendência da mortalidade por suicídio se mostra em declínio entre as mulheres e em ascensão entre os homens.
10. No que tange à distribuição segundo a côr, no período considerado os mais altos coeficientes de mortalidade por suicídio foram assinalados na côr parda, seguindo-se-lhe a amarela, a preta e, por último, a branca.
11. A predominância da côr parda, em relação ao suicídio, se faz sentir tanto no sexo masculino como no feminino; por outro lado, num e noutro sexo, a côr menos afetada foi a branca; em relação às duas côres restantes — a preta e a amarela — esta ocupa o segundo lugar no sexo masculino e aquela, o segundo lugar no feminino.
12. Considerada em relação aos grupos de idade, a mortalidade por suicídio no Município de São Paulo, no período em foco, alcançou os mais altos valores no grupo etário de 60 e mais anos, vindo a seguir os de 30 a 39 e de 50 a 59 anos, cabendo o último pôsto ao grupo de 0 a 14 anos.
13. O comportamento da mortalidade por suicídio, segundo as idades, varia sensivelmente de um para o outro sexo: enquanto no masculino, no período em tela, os grupos mais atingidos foram os de 50 a 59 e de 60 e mais anos, no sexo feminino os mais altos valores ocorreram nos grupos jovens — de 15 a 19 e de 20 a 24 anos; o contraste assinalado sugere a interferência de fatores inteiramente diversos no mecanismo íntimo do suicídio entre homens e mulheres, na área em estudo.
14. Em razão do comportamento diverso da mortalidade por suicídio num e noutro sexo, segundo os vários grupos etários, as curvas respectivas são bastante distintas: enquanto a correspondente ao sexo masculino se mostra em ascensão praticamente constante, a correspondente ao sexo feminino sofre queda quase em linha reta a partir do grupo de 15 a 19 anos, acusando ligeiro aumento ao alcançar o grupo de 60 e mais anos.
15. No tocante às causas exógenas de suicídio, a correspondente à rubrica E-971 (suicídio por outras substâncias sólidas e líquidas) assumiu

posição de nítido relêvo, responsável que foi por 58,39% dos 6.000 suicídios ocorridos entre 1948 e 1962; seguiram-se-lhe, em ordem decrescente de importância, as rubricas de n.º E-976 (suicídio por armas de fogo e explosivos), E-974 (suicídio por enforcamento e estrangulamento), E-978 (suicídio por precipitação de lugares elevados) e E-979 (suicídio por outros processos e processos não especificados).

16. Num e noutro sexo, a causa exógena mais importante foi a de n.º E-971, seguida, nos homens, em ordem decrescente de importância, pelas de n.ºs E-976, E-974, E-978 e E-979; e, nas mulheres, pelas de n.ºs E-976, E-979, E-978 e E-974.
17. Em relação à mortalidade por suicídio segundo as causas exógenas, em função da côr e ainda dos grupos de idade num e noutro sexo, a rubrica E-971 figura sistematicamente no primeiro pôsto, cabendo às demais rubricas posição variável conforme a côr, grupo etário e sexo considerados.

RESUMO

Após discussão dos problemas ligados à medição do nível de saúde mental e apontados alguns dos critérios sugeridos com essa finalidade, foi abordada a utilização da taxa de mortalidade por suicídio como um possível indicador, de caráter preliminar, das condições de saúde mental de uma coletividade. O suicídio foi focalizado em suas linhas gerais e caracterizado como problema de saúde pública em várias regiões do mundo, inclusive no Município de São Paulo. Foi estudada a tendência secular da mortalidade por suicídio no Município de São Paulo no período de 1894 a 1962 e, em detalhe, seu comportamento de 1948 e 1962, por tôdas as causas (E-970 a E-979) e pelas cinco principais causas exógenas (E-971, E-974, E-976, E-978 e E-979), segundo o sexo, côr e grupos de idade da população do Município.

SUMMARY

The utilization of the suicide mortality rate as a possible preliminary indicator of the community mental health conditions, was studied. This was made after discussing the problems related to the measurement of mental health level. The general aspects of suicide as a public health problem were analysed in different regions of the world, including the City of São Paulo. The trends of mortality from suicide were studied in São Paulo, from 1894 to 1962. Finally was made a study of the subject in

detail from 1948 to 1962, namely by all causes (E-970 to E-979) and also by the five main exogenous causes (E-971, E-974, E-976, E-978 and E-979) by sex, colour and age groups in the City of São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALENCAR, F. de O suicídio em São Paulo: estudo médico legal. São Paulo, 1926. 72 p. (Tese de doutoramento — Fac. Med. Univ. S. Paulo).
2. ASUNI, T. Suicide in Western Nigeria. *Brit. med. J.*, 2(5312):1091-1097, 27 Oct. 1962.
3. BARBOSA, V. & RAMOS, R. Indicadores do nível de saúde. I -- Razão de mortalidade proporcional. (Em vias de publicação).
4. BATCHELOR, I. R. C. & NAPIER, B. Margaret Attempted suicide in old age. *Brit. med. J.*, 2(4847):1.186-1.190, 28 Nov. 1953.
5. BOLETIM ANUAL DE ESTATÍSTICA DEMOGRAFO-SANITARIA. São Paulo, 1895.
6. BRASIL. LEIS, DECRETOS, etc. Código penal. 3.^a ed. São Paulo, Ed. Saraiva, 1959. 647 p.
7. DARIC, J. L'évolution de la mortalité par suicide en France et à l'étranger. *Population*, 11(4):673-700, oct./dec. 1956.
8. FAVERO, F. Medicina legal. 4.^a ed. São Paulo, Martins Editora, 1951. v. 1.
9. FROST, W. H. Epidemiology. (In Maxcy, K. F., ed. Papers of Wade Hampton Frost... New York, Commonwealth Fund, 1941. p. 493-542).
10. GOMES, H. Medicina legal. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1949. v. 2.
11. HANLON, J. J. Principles of public health administration. 3rd ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1964. 719 p.
12. KRAMER, M. Collection and utilization of statistical data from psychiatric facilities in the United States of America. *Bull. Wld Hlth Org.*, 29(4): 491-510, 1963.
13. MACMAHON, B.; JOHNSON, S. & PUGH, T. F. Relation of suicide rates to social conditions. *Publ. Hlth. Rep.*, 78(4):285-293, Apr. 1963.
14. MANUAL DE LA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, TRAUMATISMOS Y CAUSAS DE DEFUNCION. 7.^a rev. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1957. v. 1.
15. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. La mesure des niveaux de santé. Rapport d'un groupe d'étude. Genève, 1957. 34 p. (Sér. Rapp. téch., n.º 137).
16. RAPPORT ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE, Genève, 9(4):avr. 1956.
17. — 15(1):jan. 1962.
18. — 17(1/2):jan./fév. 1964.
19. RIDOUT, Aileen B. Suicide as a factor in public health. *J. roy. Inst. publ. Hlth*, 25(5):115-128, May, 1962.
20. ROTH, M. Mental health problems of aging and the aged. *Bull. Wld Hlth Org.* 21(4/5):527-561, 1959.
21. STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES ANNUELLES. 1961. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1964.
22. TEIXEIRA, N. O suicídio em face da psicopatologia, da literatura, da filosofia e do direito. Curitiba, Ed. Guaira, 1947. 176 p. (Tese de Docência — Fac. Med. Univ. do Paraná).