

**PERFIL DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL, ENTRE
2010 A 2012. UM ESTUDO SEGUNDO O INSTITUTO MÉDICO LEGAL DO
DISTRITO FEDERAL**

**PROFILE OF DEATHS BY SUICIDE IN THE FEDERAL DISTRICT, BE-
TWEEN 2010 AND 2012. A STUDY ACCORDING TO THE LEGAL MEDI-
CAL INSTITUTE OF THE FEDERAL DISTRICT**

Lorena M. Leite¹

Maria José V. Sobrinho²

Abraão Gomes de Abreu³

Aline Andrade Almeida⁴

Andressa de Souza Nogueira⁵

Edis Rodrigues Junior⁶

Flavio Boralli Massulini⁷

Glenya Gilkla da Silva Abreu⁸

José de Ribamar de Campos Aroucha⁹

Luanna Elvira de Medeiros¹⁰

Lyssandra Vecentin¹¹

-
- 1 Biomédica ICESP | Centro Universitário Distrito Federal
 - 2 Biomédica ICESP | Centro Universitário Distrito Federal
 - 3 Medicina Universidad Central de Paraguay
 - 4 Medicina Universidad Central de Paraguay
 - 5 Enfermeira - Centro Universitário do Distrito Federal (UDF)
 - 6 Medicina UB Universidade Brasil SP
 - 7 Medicina (UCP) - Universidad Central de Paraguay
 - 8 Medicina (UCP) - Universidad Central de Paraguay
 - 9 Medicina (UCP) - Universidad Central de Paraguay
 - 10 Medicina - Afya - Faculdade de Ciências Médicas de Itabuna
 - 11 Medicina Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)



Stael Jesus Rocha¹²

Thamyres Kryssia Bastos Teles¹³

Thays Roiz Casarín¹⁴

Juliana Oliveira de Toledo¹⁵

Resumo: O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil dos óbitos por suicídio no Distrito Federal, entre 2010 a 2012. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, cujos dados foram coletados no Instituto Médico Legal do Distrito Federal. O perfil de óbitos por suicídio evidenciado na pesquisa foi constituído por homens, adultos jovens, solteiros, com consumo de alguma droga em 39,6% para ambos os gêneros, sendo o meio mais utilizado o enforcamento, com maior ocorrência na segunda-feira, turno diurno. A incidência dos óbitos foi de 10/100 mil habitantes no período avaliado. A região mostrou-se com o perfil semelhante ao apresentado em outros estudos, nacional e internacional, chamando a atenção para o incremento do índice de óbito por suicídio no DF, que quase duplicou, necessitando de análise detalhada das causas desse incremento.

Palavras-chave: Mortalidade, Suicídio, Drogas

Abstract: The objective of the present study was to identify the profile of deaths by suicide in the Federal District, between 2010 to 2012. It is a quantitative, descriptive study, whose data were collected in the Forensic Medicine Institute of the Federal District. The profile of deaths by suicide evidenced in the research was constituted by men, young adults, singles, with consumption of some drugs in 39.6% for both genders, being the most used the hanging, with higher incidence on Monday, day shift. The incidence of deaths was 10/100 thousand inhabitants in the evaluated period. The region showed up

12 Medicina - Unesulbahia Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia

13 Medicina (UCP) - Universidad Central de Paraguay

14 Medicina - UNIDA - Universidad de La Integración de Las Américas

15 Biomédica PUC-Goiás e ABMDF e Medicina UB Universidade Brasil SP pesquisadora sênior



with the profile similar to that presented in other studies, national and international levels, drawing attention to the increase in the death rate by suicide in the DF, which almost doubled, requiring detailed analysis of the causes of this increase.

Keywords: mortality, Suicide, drugs

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) reconhecem o suicídio como um problema de saúde pública, definindo-o como um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. A OMS tem intensificado suas ações em relação ao suicídio, destacando sua prevalência e a necessidade urgente de prevenção em nível global (Organização Mundial da Saúde, 2014; Brasil, 2005).

Desde o século XIX, tentativas de entender as causas do suicídio foram feitas, com o psiquiatra Philippe Pinel sendo um dos primeiros a teorizar sobre o assunto, seguido por seu discípulo Esquirol, que, em 1927, afirmou que o suicídio tinha as características das alienações mentais e que, normalmente, apenas em um estado delirante o indivíduo cometeria tal ato. Para ele, o suicida deveria ser tratado com compreensão para a prevenção, ao invés de punição (Barrero et al., 2006). Mais recentemente, pesquisadores têm discutido o suicídio como um fenômeno multifatorial que envolve não só condições psicológicas, mas também fatores sociais e biológicos (Wasserman et al., 2018).

O sociólogo Émile Durkheim, em sua obra *O Suicídio*, associou o suicídio a uma questão social, argumentando que a perda de valores tradicionais e da identidade social poderia afetar o autoconceito do indivíduo, tornando-o mais vulnerável ao autoextermínio (World Health Organization, 2012). Ao longo do tempo, a compreensão sobre o suicídio se expandiu para incluir as dinâmicas sociais contemporâneas. No Brasil, observa-se uma crescente preocupação com o aumento das taxas de suicídio, especialmente entre a população jovem, sendo que o país ocupa a nona posição entre os



dez países com os maiores índices de suicídio, com cerca de 25 suicídios por dia (Vieira et al., 2020).

O suicídio continua sendo um problema de saúde pública relevante, atingindo todas as classes sociais. Embora existam estratégias para prevenir e tratar o fenômeno, o tema ainda é cercado por tabus sociais, o que dificulta sua discussão aberta e a implementação de políticas eficazes (Ribeiro et al., 2019). Estudos apontam que, em 2000, cerca de um milhão de pessoas morreram por suicídio no mundo, com uma prevalência notável nas faixas etárias de 15 a 44 anos. O suicídio é a terceira principal causa de morte em vários países e, em algumas regiões, como na faixa etária de 10 a 24 anos, é a segunda principal causa de morte (Silva et al., 2019).

Fatores como desemprego, pobreza, a perda de entes queridos e problemas familiares têm sido associados ao aumento do risco de suicídio. No entanto, outros aspectos, como o abuso de substâncias, a disponibilidade de meios para cometer o ato, o isolamento social e distúrbios mentais como depressão, continuam a ser considerados determinantes chave (Martins et al., 2021; Lopes et al., 2020). O suicídio é uma questão complexa e multifatorial, o que impede a formulação de explicações simples ou únicas para seu fenômeno (McAllister et al., 2020).

As taxas de suicídio variam significativamente entre países. De acordo com dados mais recentes, países como Lituânia, Rússia e China apresentam algumas das maiores taxas, enquanto países islâmicos, como o Egito, apresentam as menores taxas globais (Popov et al., 2021). Globalmente, os homens possuem taxas mais altas de suicídio do que as mulheres, em uma proporção de 3:1 a 7,5:1, com exceção de países como a China e a Índia, onde as taxas entre os gêneros são mais equilibradas (Zhang et al., 2020).

No Brasil, as diferentes realidades regionais exigem uma análise epidemiológica específica para o suicídio, com o objetivo de desenvolver estratégias de prevenção adaptadas a cada contexto socioeconômico (Santos et al., 2022). Em resposta a esse desafio, o Ministério da Saúde do Brasil implementou, em 2005, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, com o intuito de reduzir as taxas de suicídio no país. Além disso, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) criou em 2012 a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, alinhando-se às diretrizes da OMS para o



enfrentamento do problema (Ministério da Saúde, 2015; Distrito Federal, 2012).

O Distrito Federal, com uma população de aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, apresenta características socioeconômicas diversas, o que torna ainda mais relevante a análise local das taxas de suicídio. Este estudo teve como objetivo identificar o perfil dos óbitos por suicídio no Distrito Federal entre 2010 e 2012, visando à formulação de estratégias preventivas para a redução deste índice. Especificamente, os objetivos foram analisar as características das vítimas de suicídio, como o uso de substâncias, faixa etária, sexo, estado civil e o período do óbito registrados pelo IML-DF entre os anos de 2010 a 2012 (Brasil, 2013).

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo que objetivou descrever o perfil de todos os óbitos por suicídio periciados pelo Instituto de Medicina Legal (IML) do Distrito Federal, ocorridos no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012, abrangendo todas as 31 regiões administrativas.

As informações foram coletadas por meio do banco de dados eletrônico do IML-DF. Procedeu-se a análise das variáveis, quais sejam, sexo, faixa etária, delegacia/circunscrição de registro do óbito (localidade), estado civil, intervalo da hora do óbito, meio utilizado para o ato, assim como o uso de drogas/medicamentos lícitos e ilícitos concomitante ao evento. Para tanto, as informações foram organizadas e tabuladas na planilha Excel e realizados cálculos da distribuição percentual conforme as categorias supracitadas. Para o cálculo das taxas de incidência, foram utilizadas as populações disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Associação Educativa do Brasil-Soebras/Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte), seguindo padrões da resolução de número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recebeu parecer Consubstanciado de aprovado dia 27 de Maio



de 2013, sob o número de 285.314 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 11063113.7.0000.5141.

Os critérios de exclusão foram óbitos ocorridos no período analisado, porém com outra causa jurídica de morte que não suicídio e para os exames toxicológicos somente casos que apresentaram positivos para algumas das drogas/medicamentos ou metabólitos. Tendo em vista que se utilizou dados eletrônicos retrospectivamente e de indivíduos mortos, além de não haver divulgação de dados pessoais, dispensou-se o uso do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os riscos foram mínimos aos participantes da pesquisa, por se tratar de análise de informações extraídas de banco de dados eletrônicos. Ratifica-se que todas as medidas protetivas e éticas relacionadas ao sigilo das informações e ao anonimato dos sujeitos da pesquisa foram adotadas e respeitadas integralmente.

Resultados

Um total de 265 casos de suicídios foi periciado no IML-DF, entre os anos de 2010 a 2012. No primeiro ano ocorreram 109 (41,13%) óbitos, enquanto no segundo, 74 (27,93%) e no terceiro, 82 (30,94%), com média anual de 88 mortes.

Na distribuição por gênero, observou-se que 212 casos (80,0%) eram do sexo masculino e 53 (20,0%), feminino. Embora a incidência de suicídio entre mulheres permanecesse estável nos dois últimos anos, houve um pequeno aumento entre os homens no último ano analisado, conforme Tabela 1. A proporção de suicídios de homens em relação às mulheres foi de 4:1.



Tabela 1 - Distribuição por gênero, intervalo de idades e ano dos óbitos por suicídio periciados no IML-DF no período de 2010 a 2012 (n=265).

Faixa etária	Anos						Total	
	2010		2011		2012			
	F	M	F	M	F	M	Nº	%
10 – 14	0	0	0	0	0	1	1	0,4
15 – 19	0	7	2	3	3	8	23	8,7
20 – 24	1	14	3	6	1	8	33	12,5
25 – 29	4	8	2	13	1	6	34	12,8
30 – 34	5	11	0	6	1	10	33	12,5
35 – 39	1	11	1	6	1	10	30	11,3
40 – 44	2	11	2	5	3	5	28	10,6
45 – 49	4	6	3	4	0	4	21	7,9
50 – 54	1	6	0	6	2	5	20	7,5
55 – 59	3	1	1	2	0	4	11	4,1
60 – 64	1	3	0	0	1	1	6	2,3
65 – 69	1	4	0	3	1	2	11	4,1
≥ 70	0	4	0	5	1	4	14	5,3
Total								
Por Gênero	23	86	15	59	15	67	265	100,0
F + M	109		74		82		265	100,0
%	41,13		27,93		30,94		100,0	100,0

Fonte: Instituto Médico Legal-DF/ Seção de Informática, Planejamento e Estatística/Polícia Civil do Distrito Federal.

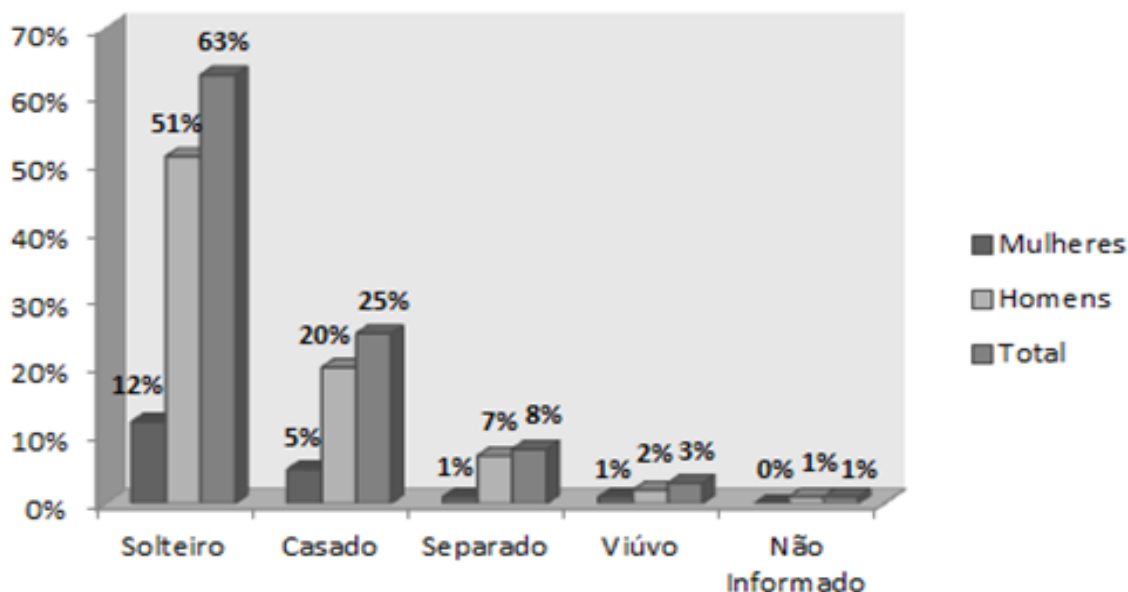
No triênio estudado, quanto à análise por faixa etária, observou-se a predominância de indivíduos adultos jovens (20-24; 25-29; 30-34; 35-39 e 40-44), que representam 59,7% das mortes por suicídio, seguida pelo grupo etário de 50-54 e 55-59 (11,6%).

Em idosos (60-64; 65-69 e ≥ 70), houve oscilação ao longo dos três anos, porém com maior prevalência, 11,7%, comparado aos adolescentes (10-14 e 15-19), que representaram 9,1% dos casos, ou seja, o grupo etário com menor incidência de suicídio, conforme Tabela 1. A média de idade dos



casos estudados foi de 38,7 (DP = 16,33).

Gráfico 1 - Distribuição por gênero e estado civil dos óbitos por suicídio, ocorridos no período de 2010 a 2012 e necropsiados no IML-DF.

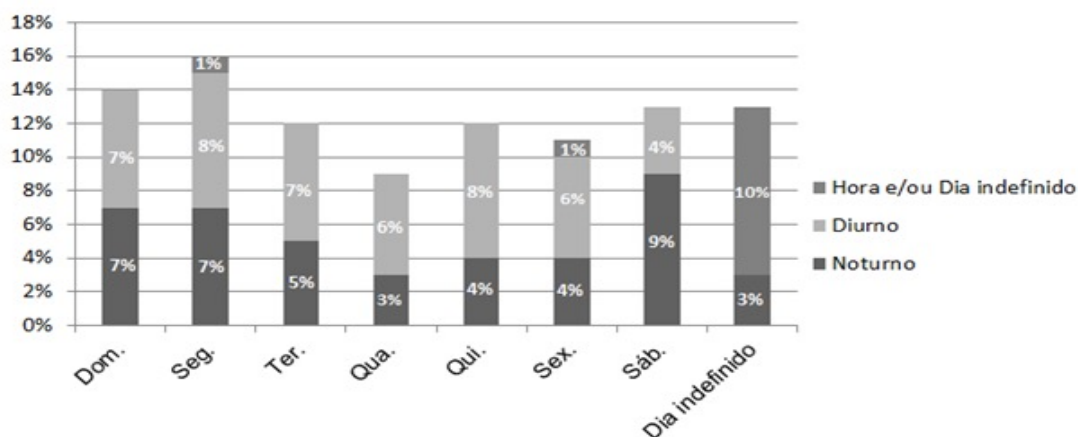


Fonte: Instituto Médico Legal-DF/Seção de Informática, Planejamento e Estatística/Polícia Civil do Distrito Federal.

Ao se analisar estado civil e gênero, de acordo com o Gráfico 1, os casos foram agrupados da seguinte forma: os que não possuíam união estável (solteiros, separados/divorciados e viúvos) ficaram em um grupo, dos quais representam 74% dos casos, sendo 63% solteiros, 8% separados e 3% viúvos. O segundo grupo foi representado pelos indivíduos com união estável, somando 25% dos casos. Um por cento dos casos estudados não dispunha de informação sobre o estado civil. Dos solteiros, 51% eram do sexo masculino e 12% feminino, sendo que as mulheres sempre se apresentam em menor proporção que os homens.



Gráfico 2 - Distribuição por dia da semana e período do dia dos óbitos por suicídio, ocorridos no período de 2010 a 2012 e necropsiados no IML-DF.



Fonte: Instituto Médico Legal-DF/Seção de Informática, Planejamento e Estatística/Polícia Civil do Distrito Federal.

Realizada a distribuição dos óbitos por suicídio pelos dias da semana, conforme o Gráfico 2, evidenciou-se: segunda-feira e domingo, com 42 (16%) e 37 (14%) respectivamente, sendo 1% da segunda-feira sem o horário definido. Em seguida, sábado com 13%, terça-feira e quinta-feira com 12% cada, sexta-feira com 11%, quarta-feira com 9%. Dos casos analisados, 13% não tinham informação sobre o dia do óbito e/ou da hora. Verifica-se a incidência maior dos casos de suicídio de sábado à segunda-feira, sendo o meio da semana, quarta-feira, o período de menor incidência do evento.

No que tange ao turno em que ocorreram os suicídios, em 33 casos (12%) não foi possível obter essa informação. Durante o dia (das 06h00min às 18h00min) ocorreram 122 (46%) das mortes e durante a noite, 110 (42%).

Na distribuição por gênero, em relação aos exames toxicológicos, dos 265 casos, obteve-se 60,4% (161) indivíduos que não se enquadraram nos critérios de inclusão, ou seja, não tinham resultado positivo a nenhuma droga lícita ou ilícita / medicamentos, os quais também dentro deste universo, não continham nenhuma informação, sendo 47,7% (127) masculinos e 12,7% (34) femininos, e para



os casos positivos para drogas ou medicamentos, os resultados obtidos foram 39,6% (104), sendo que 32,3% (84) são masculinos e 7,3% (19) femininos.

Referente aos exames toxicológicos positivos, descritos na Tabela 2, as drogas lícitas como anfetamina, barbitúricos e opiáceos, ficaram em um percentual inferior a 5%, enquanto o etanol obteve um destacado consumo de 41,32% nos últimos três anos, quanto às drogas ilícitas e psicotrópicas como a cocaína e o composto (cocaína + etanol) atingiram o segundo grupo, ambos com percentual de 18,26%. Os benzodiazepínicos, o terceiro grupo com 5,76%, de acordo com a Tabela 2, são as mais evidenciadas no processo complementar de autoextermínio.

Tabela 2 - Distribuição por drogas lícitas ou ilícitas / medicamentos dos laudos positivos no período de 2010 a 2012, (n = 104).

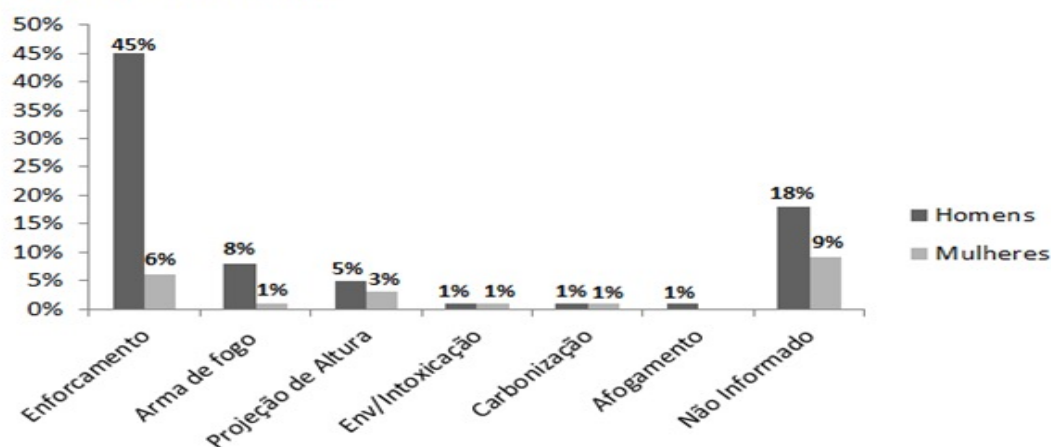
Drogas / Medicamentos	2010		2011		2012		Triênio
	M	F	M	F	M	F	
Opiáceo		1 (0,96%)					1 (0,96%)
Barbitúricos	1 (0,96%)						1 (0,96%)
Maconha		1 (0,96%)					1 (0,96%)
Inseticida	1 (0,96%)	3 (2,88%)					4 (3,84%)
Benzoadiazepínicos	3 (2,88%)	1 (0,96%)			1 (0,96%)	1 (0,96%)	6 (5,76%)
Cocaína	13(12,50%)	1 (0,96%)	3 (2,88%)		2 (1,92%)		19 (18,26%)
Etanol	6 (5,76%)	2 (1,92%)	13 (12,50%)	3 (2,88%)	16(15,38%)	3 (2,88%)	43 (41,32%)
Barbitúrico + Maconha		1 (0,96%)					1 (0,96%)
Cocaína + Etanol	3 (2,88%)	1 (0,96%)	6 (5,76%)		8 (7,69%)	1 (0,96%)	19 (18,25%)
Cocaína + Maconha	1 (0,96%)				4 (3,84%)		5 (4,80%)
Benzodiazepínico + Cocaína			1 (0,96%)				1 (0,96%)
Anfetamina + Cocaína			1 (0,96%)				1 (0,96%)
Cocaína + Etanol + Maconha			2 (1,92%)				2 (1,92%)
Drogas/Medicamentos	28 (26,90%)	11 (9,6%)	26 (24,98%)	3 (2,88%)	31(29,77%)	5 (4,80%)	104 (99,91%)
Gênero F + M %	39 (36,50%)		29 (27,86%)		36 (34,57%)		104 (98,95%)

Fonte: Instituto Médico Legal – DF/ Seção de Informática, Planejamento e Estatística/Polícia Civil do Distrito Federal.



Dos meios utilizados para a prática do suicídio descritos no Gráfico 3, o mais prevalente foi o enforcamento com 135 (51%) dos casos, sendo 118 (45%) cometidos por homens e 17 (6%) mulheres, em seguida, arma de fogo com 25 (9%) casos, 23 (8%) homens e 2 (1%) mulheres, depois, projeção de altura com 22 (8%), com 15 (5%) homens e 7 (3%) mulheres. Com menos ocorrências foram encontrados envenenamento/intoxicação, carbonização e afogamento, todos com 1% para ambos os gêneros, exceto afogamento, que não houve óbito em mulheres com uso deste método. Em 27% dos casos não foi possível obter tais dados.

Gráfico 3 - Distribuição percentual de métodos utilizados para ocorrência do suicídio, de necropsias feitas no IML-DF.



Fonte: Instituto Médico Legal – DF/ Seção de Informática, Planejamento e Estatística/Polícia Civil do Distrito Federal.

Conforme a legislação vigente no Brasil (Lei nº 015, de 31/12/73, com alterações introduzidas pela Lei nº 6.216, de 30/06/75), determina-se que o registro do óbito seja sempre feito no lugar do falecimento (BRASIL, 1975).

Nesse contexto, procurou-se distribuir os casos analisados dentro das 31 (trinta e uma) Regiões Administrativas (RA). No entanto, observou-se que nem todas as Regiões Administrativas possuíam delegacias, enquanto outras possuíam mais de uma, dificultando a distribuição dos casos de suicídio por RA.



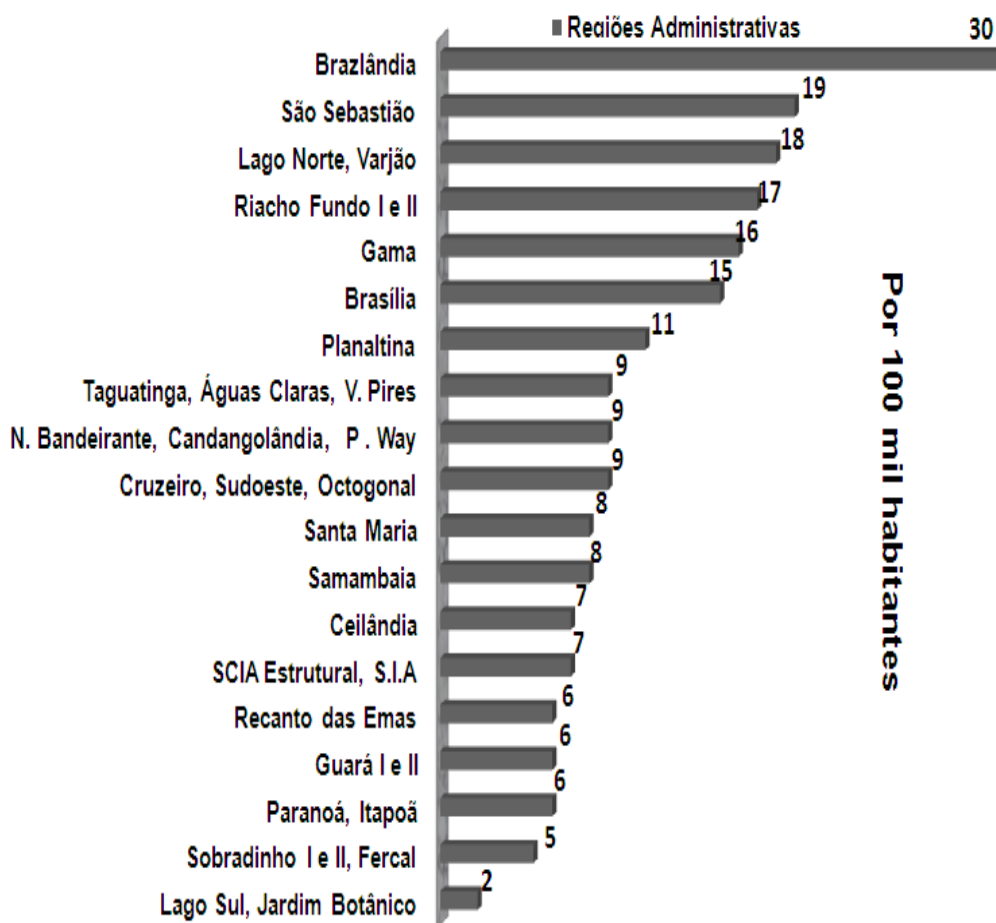
Como forma de superar essa dificuldade, adotou-se que as regiões com mais de uma delegacia seriam analisadas com a soma dos casos de cada delegacia e, nas regiões em que não havia delegacia, procedeu-se à pesquisa da delegacia responsável. Somaram-se, portanto, os óbitos e a respectiva fração de estimativa populacional da região analisada a outra região possuidora de delegacia, sendo as regiões mencionadas no Gráfico 4.

A taxa de Mortalidade por Causas Externas/Suicídio foi obtida por meio do quociente entre os óbitos de suicídio ocorridos em uma determinada região geográfica, o período de tempo e a população da mesma unidade estimada ao meio do período.

Calculando o coeficiente de mortalidade por Causas Externas/Suicídio, o qual fornece o número de suicídios para cada 100 mil habitantes ao longo dos três anos, e considerando a população total do Distrito Federal de 2.654.922 habitantes, conforme dados da CODEPLAN (2013) no mesmo período, obteve-se os resultados expostos no Gráfico 4. O coeficiente ficou na média de 10 suicídios para cada 100 mil habitantes ao longo de três anos, mas de forma proporcional a cada ano, obteve-se os seguintes resultados: no ano de 2010 (4,11), 2011 (2,79) e 2012 (3,09).



Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade por suicídio, relação estimativa populacional na Regiões Administrativas do Distrito Federal - 2010 a 2012 / n = 265 óbitos por suicídio.



Fonte: Instituto Médico Legal - DF / Seção de Informática, Planejamento e Estatística / Polícia Civil do DF e Codeplan - Companhia de Planejamento do Distrito Federal PDAD - 2010/2012.

Discussão

Analisando toda a população do Distrito Federal, os números de suicídio apresentaram para cada ano estudado média de 3,3/100.000, mostrando-se abaixo da média brasileira, que é de 4,5/100.000 habitantes, o que, numa escala mundial, pode ser considerada baixa (BARROS; OLIVEIRA; MARÍN-LEON, 2004).

No geral, as taxas de mortalidade por suicídio no Distrito Federal mostraram um decréscimo



considerável entre os anos de 2010 e 2011, porém com pequeno aumento no ano seguinte, 2012. No estudo de Viana (2008), cuja análise ocorreu de 2001 a 2005, na região de Amarel, Rio Grande do Sul, com dados do Instituto Médico Legal (IML), observou-se 19 casos de suicídio no ano de 2001 e 14 casos no ano de 2002. Porém, nos anos consecutivos, houve aumento gradual nestes valores, assim como na população, sendo 16 casos em 2003, 23 em 2004 e 26 em 2005.

No que se refere ao gênero, demonstrou-se que houve muito mais homens suicidas (80%) do que mulheres (20%). Em outro estudo, foi descrito que eles predominavam nos cinco anos estudados, com 78 casos (79,6%), dos 98 suicídios analisados (VIANA et al., 2008). Outras pesquisas também demonstram que as taxas são maiores no sexo masculino em todos os países da América Latina, variando entre 6 e 10 por 100.000 homens e 2 a 4 por 100.000 mulheres (MINAYO; SOUZA, 2003; MINAYO, 2005; SILVA et al., 2021).

Alguns fatores podem explicar a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres, como maior envolvimento em questões religiosas e sociais, menor dependência do álcool ou, ainda, o desempenho de papéis durante a vida, como mãe e esposa. Ademais, as mulheres reconhecem mais precocemente sinais que podem levar à depressão, suicídio e doença mental, buscando frequentemente ajuda em momentos de crise. Em contrapartida, os homens são mais sensíveis aos problemas econômicos como depauperação e desemprego, por exemplo, além de comportamentos predisponentes, tais como a competitividade e a precipitação, somando-se a isso, o maior acesso a formas violentas de letalidade (OLIVEIRA et al., 2022; MENEGHEL et al., 2004).

Analisando toda a população do Distrito Federal, os números de suicídio apresentaram para cada ano estudado média de 3,3/100.000, mostrando-se abaixo da média brasileira, que é de 4,5/100.000 habitantes, o que, numa escala mundial, pode ser considerada baixa (BARROS; OLIVEIRA; MARÍN-LEON, 2004).

No geral, as taxas de mortalidade por suicídio no Distrito Federal mostraram um decréscimo considerável entre os anos de 2010 e 2011, porém com pequeno aumento no ano seguinte, 2012. No estudo de Viana et al. (2008), cuja análise ocorreu de 2001 a 2005, na região de Amarel, Rio Grande



do Sul, com dados do Instituto Médico Legal (IML), observou-se 19 casos de suicídio no ano de 2001 e 14 casos no ano de 2002. Porém, nos anos consecutivos, houve aumento gradual nestes valores, assim como na população, sendo 16 casos em 2003, 23 em 2004 e 26 em 2005.

No que se refere ao gênero, demonstrou-se que houve muito mais homens suicidas (80%) do que mulheres (20%). Em outro estudo, foi descrito que eles predominavam nos cinco anos estudados, com 78 casos (79,6%), dos 98 suicídios analisados (VIANA et al., 2008). Outras pesquisas também demonstram que as taxas são maiores no sexo masculino em todos os países da América Latina, variando entre 6 e 10 por 100.000 homens e 2 a 4 por 100.000 mulheres (MINAYO; SOUZA, 2003; MINAYO, 2005; SILVA et al., 2021).

Alguns fatores podem explicar a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres, como maior envolvimento em questões religiosas e sociais, menor dependência do álcool ou, ainda, o desempenho de papéis durante a vida, como mãe e esposa. Ademais, as mulheres reconhecem mais precocemente sinais que podem levar à depressão, suicídio e doença mental, buscando frequentemente ajuda em momentos de crise. Em contrapartida, os homens são mais sensíveis aos problemas econômicos como depauperação e desemprego, por exemplo, além de comportamentos predisponentes, tais como a competitividade e a precipitação, somando-se a isso, o maior acesso a formas violentas de letalidade (OLIVEIRA et al., 2022; MENEGHEL et al., 2004).

Por outro lado, as mulheres realizam mais tentativas de suicídio do que os homens, que são mais eficazes em seus atos por usarem métodos mais radicais, enquanto aquelas fazem uso de medicamentos, que, muitas vezes, não levam ao óbito (SILVA et al., 2021).

Quando se avalia a faixa etária, foi demonstrado que entre 20 a 44 anos ocorreram 59,7% das 265 mortes, verificando que os adultos jovens foram os que mais se suicidaram. Outro estudo demonstrou que, em São Paulo, a faixa etária de jovens adultos (25-44 anos de idade) é responsável por 45% de todas as mortes por suicídio (VIANA et al., 2008), mostrando maior prevalência, como no presente estudo.

A respeito do estado civil, os casos que não possuíam união estável (solteiros, separados/



divorciados e viúvos) representam 74% dos casos; casados, 25% e não informado, 1%. Fato este confirmado em Fortaleza, por um estudo sobre epidemiologia do suicídio, no período de 1999 a 2008 (n=1299), onde demonstrou a maior incidência nos solteiros (66,7%), seguindo-se os casados (27,4%) e os viúvos (3,1%) (OLIVEIRA et al., 2022).

Os dias de maior prevalência foram segunda-feira (16%) e domingo (14%). Verifica-se na literatura que os dias da semana com maior número de ocorrências para as tentativas de suicídio são o domingo e a segunda-feira, embora, para os casos consumados de suicídios, foi observado que a segunda-feira apresenta cerca de 21%, seguida da quarta e da sexta-feira, com cerca de 18% para ambos (MINAYO, 2005).

O turno mais observado foi o diurno, com 46% dos casos. O noturno apresentou 42%, em 2% não houve informação do turno e 10% não obteve informação sobre turno e dia. Na Costa Rica, ao longo de 1980 a 1996, foram identificados 26 óbitos por suicídio em crianças de até 13 anos, desses, 17 (65%) foram registrados das 07h00 às 18h00 e 9 (35%) registrados das 19h00 às 06h00 (SILVA et al., 2021), corroborando com esse trabalho.

Esclarece-se ainda que as drogas comumente pesquisadas no IML-DF são cocaína, maconha, benzodiazepínicos, anfetaminas, barbitúricos e opiáceos, cuja análise se dá na urina; etanol, a partir de amostra sanguínea; e, eventualmente, quando há suspeita prévia, a perícia médico-legal procede-se à pesquisa de envenenamento, realizada a partir do conteúdo gástrico ou vísceras. Assim, um resultado positivo para as drogas analisadas na matriz urina pode corresponder a um consumo realizado não somente no dia do óbito, mas também nos últimos 3 a 5 dias que antecederam o evento. Já as pesquisas do etanol e do envenenamento correspondem ao consumo muito próximo ao horário do óbito.

O etanol, apesar de ser considerado uma droga lícita, contém substâncias que podem causar danos à saúde, assim como as drogas ilícitas, porém de forma tardia. Segundo Zhou et al. (2003) e Schuckit (2005), o consumo do álcool tem impacto nos diferentes sistemas orgânicos, como no sistema nervoso central, no trato gastrintestinal, nos órgãos hematopoiéticos e no sistema imune.

O uso do etanol tem sido associado a mais de 30% dos suicídios, tentativas e comportamentos



violentos (Minayo e Deslandes, 1998; CEBRID, 2010). A utilização do etanol por pessoas que cometeram autoextermínio nos últimos três anos atingiu o percentual de 16,2% dentro do grupo total de suicídios necropsiados. Quanto às drogas ilícitas e psicotrópicas, a cocaína atingiu o segundo grupo juntamente com o composto (cocaína + etanol), ambos com percentual de 7,2%, os benzodiazepínicos como terceiro grupo, com 2,3% das drogas mais utilizadas no processo complementar de autoextermínio.

A cocaína é um composto que induz à tolerância. Os usuários necessitam de doses progressivamente maiores para apresentar os mesmos efeitos iniciais, aumentando, assim, o consumo e os efeitos tóxicos, como irritabilidade, comportamento agressivo, tremores, comportamentos psicóticos, além de danos músculo-esqueléticos (degeneração irreversível), midríase, taquicardia, dor no peito, convulsões e, em casos mais extremos, coma e morte (Carlini et al., 2001).

Poucos estudos científicos relatam a possível contribuição do uso de drogas ou medicamentos em indivíduos que realmente foram a óbito.

A maior incidência de associação de drogas foi observada com o uso concomitante da cocaína e etanol, com 18 indivíduos (6,8%). Outras associações foram observadas, porém com menor prevalência, conforme descrito a seguir: cinco casos (1,9%) de uso associado de cocaína e maconha, dois (0,8%) de anfetamina e cocaína, um (0,4%) de benzodiazepínicos e cocaína. Houve ainda dois casos (0,8%) de associação de três tipos diferentes de drogas, quais sejam, cocaína, etanol e maconha, conforme Tabela 2.

Segundo Vasconcelos et al. (2001), o uso do álcool em combinação com o uso da cocaína é considerado a associação mais frequente, o que resulta não somente em um aumento e prolongamento da euforia, mas também em grande toxicidade. O consumo associado dessas duas drogas gera grande perda do controle do consumo, problemas sociais e condutas violentas que levam a comportamentos de risco, sendo a base de quadros clínicos de maior gravidade observados (Prior et al., 2006).

No tocante aos métodos, o mais utilizado foi o enforcamento (51%), seguido da arma de fogo (9%). Analisando por gênero, os homens usaram mais o enforcamento (45%) e a arma de fogo (8%), já as mulheres, enforcamento (6%) e projeção de altura (3%). Em Amurel (RS), o método mais utilizado



para cometer o suicídio, no período de 2001 a 2005, foi o enforcamento (68,4%), depois arma de fogo (12,2%) (Meneghel et al., 2004).

Correlacionando o gênero com o método utilizado, o enforcamento foi o mais utilizado, tanto por homens quanto por mulheres, aqueles com 70,5% dos casos, e estas com 60%. O uso de arma de fogo ficou em segundo lugar para os homens, com percentual de 12,8%. Em contrapartida, no segundo lugar para as mulheres, apareceu o afogamento, com 20% (Meneghel et al., 2004).

De forma regionalizada, ou seja, por Regiões Administrativas, algumas variações foram encontradas, entre elas, 12 cidades com índices abaixo da média, sendo o Lago Sul com o menor índice de suicídio. Outras sete cidades apresentaram valores acima da média do DF. Um dado, porém, chamou muita atenção: todas as RA, com exceção do Lago Sul/Jardim Botânico, apresentaram valores acima da média nacional de suicídio, qual seja 4,8 por 100 mil habitantes, sendo Brazlândia a que apresentou o maior e mais expressivo índice de suicídio.

Em relatório recentemente apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de prevenir o suicídio e fomentar a adoção de novas diretrizes e programas estratégicos, foi enfatizado que cada país deve tratar o suicídio como um problema de saúde pública. O relatório aponta que cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio anualmente, número superior ao total de vítimas de guerras e homicídios, e que as taxas têm crescido nos últimos anos (WHO, 2012).

No Brasil, o suicídio ocupa a terceira posição entre as mortes violentas, atrás apenas dos acidentes de trânsito e homicídios, com uma taxa de 4,8 por 100.000 habitantes em 2008 (D'Oliveira, 2004). Quando comparado a países como Lituânia e Rússia, cujas taxas de suicídio são de 34 e 30 por 100.000 habitantes, respectivamente, em dados de 2009 e 2006, o Brasil apresenta uma taxa de suicídios mais baixa, mas em termos absolutos, o número de casos é elevado devido à sua grande população (Popov et al., 2021; Zhang et al., 2020).

Estudo epidemiológico realizado entre 1980 e 2006 indicou que a região Sul do Brasil foi a que apresentou as taxas mais altas de suicídio, com 9,3 mortes por 100.000 habitantes, seguida pela região Centro-Oeste, com uma média de 6,1 mortes por 100.000 habitantes. De forma individualizada, o



Distrito Federal, no triênio de 2004 a 2006, apresentou uma taxa de 5,3 mortes por 100.000 habitantes (Rouquayrol et al., 2009). No entanto, ao se analisar o período de 2010 a 2012, a taxa de suicídios no Distrito Federal subiu para 10 mortes por 100.000 habitantes, o que coloca essa região em posição de destaque no cenário nacional (Silva et al., 2021).

Cidades como São Sebastião e Brazlândia apresentaram taxas de suicídio acima da média do Distrito Federal, com 20 e 30 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente. O índice de Brazlândia, em particular, é alarmante quando comparado com outras cidades, sugerindo que mais estudos são necessários para investigar as causas específicas desse elevado número de suicídios (Oliveira, 2022)

Conclusão

Os resultados desta pesquisa mostraram que, ao longo de 2010 a 2012, foram periciados 265 casos de suicídio no IML-DF. Destes casos, 80% foram do sexo masculino e 20%, feminino, o que demonstra que a frequência de óbitos por esta causa básica é quatro vezes superior em homens.

O perfil das vítimas de suicídio revela a dimensão deste problema. Foi demonstrado que a maior parte ocorreu entre homens, no geral, adultos jovens, solteiros, no início da semana, segunda-feira, durante o dia. Menos da metade usou algum tipo de droga, porém dos exames positivos 82% eram de homens. No geral, usavam, principalmente, etanol e cocaína. Quanto ao meio utilizado, o enforcamento e a arma de fogo foram os mais expressivos em ambos os gêneros. Em relação à análise por região administrativa do Distrito Federal, Brazlândia obteve o maior índice de suicídios. Dentro desta conjuntura, o Distrito Federal passou a ser destaque no cenário nacional quanto ao número elevado de suicídios por habitante.

Fica evidente a necessidade de discussão sobre o tema em toda a sociedade, incluindo escolas, conselhos municipais, igrejas, associações de moradores, enfatizando a valorização da vida, o resgate da autoestima, além de ofertar perspectivas para a população que se tem mostrado vulnerável à prática suicida. (Brasil, 1975)



É por isso que se atribui tamanha importância aos fatos estudados, sugerindo que estudos semelhantes a este, sejam repetidos de modo que se crie uma linha temporal sobre a frequência do evento suicídio.

Referências

Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Barrero SP, Corrêa H, ED. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006.

Wasserman D, et al. Suicide and mental disorders: A global review. In: Suicide prevention: A global perspective. Geneva: World Health Organization; 2018.

World Health Organization – WHO. Public health action for the prevention of suicide. Editors: Geneva: World Health Organization; 2012.

Vieira LJ, et al. Suicídio no Brasil: Dados e tendências. Rev Bras Psiquiatr. 2020;42(1):45-50.

Ribeiro B, et al. Suicídio e tabus sociais: O estigma por trás do autoextermínio. Saúde Mental. 2019;22(3):150-155.

Silva RS, et al. Suicídio no século XXI: Análise das principais causas e consequências. J Public Health. 2019;43(4):324-330.

Martins A, et al. Fatores de risco e proteção para o suicídio: Estudo transversal. Psicol Estud. 2021;26:e41001.

Lopes F, et al. Uso de substâncias e suicídio: Uma revisão da literatura. J Psychiatry Clin Neurosci. 2020;10(1):1-9.



McAllister M, et al. Suicide prevention strategies: A review. *Psychol Health Med.* 2020;25(3):285-297.

Popov D, et al. Suicide rates and social factors: A global comparison. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(5):432-439.

Zhang L, et al. Gender differences in suicide rates in Asia: A systematic review. *Asian J Psychiatry.* 2020;53:102128.

Santos T, et al. Epidemiologia do suicídio no Brasil: Desafios para a política pública. *Rev Saúde Pública.* 2022;56:39-44.

Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Distrito Federal. Secretaria do Estado de Saúde do DF. Política Distrital de Prevenção do Suicídio. Portaria nº 184 de 12 de Setembro de 2012. Diário Oficial do DF, Seção I, Distrito Federal, p. 09 – 11 set. 13 de 2012. Legislação Distrital do DF.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades. Brasília- DF. Março 2013 (acessado 2013 mar 30). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>.

Brasil. Presidência da República. Lei no 6.216, de 30 de junho de 1975. Brasília: Congresso Nacional; 1975.

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. PDAD – Pesquisa Distrital por amostra de Domicílios 2011-2013. Maio 2013 (acessado 2013 maio 25). Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/294-pdad-2013.html>. 25/05/2013 15h25.

Barros MBA, Oliveira HB, Marín-Leon L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang BG, Botega NJ, editores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 45-58.

Barros MBA, Oliveira HB, Marín-Leon L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang BG, Botega NJ,



editores. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 45-58.

Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008; 57(1): 38-43.

Minayo MCS. Suicídio: violência auto infligida. In: Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Anexo VII. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.206-234.

Silva RS, et al. Suicídio no Distrito Federal: Análise das taxas entre 2010 e 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2021;70(4):212-218.

Oliveira AM, et al. Suicídio no Brasil: Análise das taxas por município no Distrito Federal. *Saúde Coletiva*. 2022;29(4):112-118.

Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública [online]*. 2004; 38(6): 804-10.

World Health Organization – WHO. Public Health action for the prevention of suicide. Editors: Geneva: World Health Organization; 2012.

D'Oliveira CF. Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir. In: Lima CA, organizadora. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 177-184.

Rouquayrol MZ, Pinheiro AC, Lima JRC. *Bol. Saúde Fortaleza*, v: 13, n.1, Jan-Jun/2009.

MacMahon, B.: Ipsen, J. & Pugh, T.F. *Métodos de Epidemiologia*. Prensa Médica Mexicana, 1965. 126p.

Reyes G, Alma; Escobar Y, José Lempira; Valerio H, Mayela. Suicidio en niños. *Med. leg. Costa Rica, Heredia*, v. 15, n. 1-2, dez. 1998.

Zhou F.C; Sari Y; Powrozek T; Goodlett CR; Li Tk. Moderate Alcohol exposure compromises neural tube midline development in the prenatal brain. *Developmental Brain Research*. V. 144, N.1 P. 43-55, 2003. National Institute.



Schuckit, M.A. Alcohol y Alcoholismo. In: Kasper DL; Fauci AS.; Longo DL Harrison. Princípios de Medicina Interna. 16º edição. México: McGraw Hill; 2005.

Minayo, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan. 1998

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicologia da Unifesp/Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Livro Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas. 5 ed. Brasília: CEBRID/ UFSP; 2010.

Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JCF, & Noto AR. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. Revista IMESC, (2001) 3, 9-35.

Vasconcelos SMM, Macedo DS, Lima ISP, Sousa FCF, Fonteles MMF, Viana GSB. Cocaetileno: um metabólito da associação cocaína e etanol. Revista de Psiquiatria Clínica, 28 (4): 207-210, 2001.

Prior NM, Payá JM, Company ES, et al. Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaine. Revista Española de Drogodependencias. 31 (3 y 4) 254-270. 2006.

Popov D, et al. Suicide rates and social factors: A global comparison. Lancet Psychiatry. 2021;8(5):432-439.

Zhang L, et al. Gender differences in suicide rates in Asia: A systematic review. Asian J Psychiatry. 2020;53:102128.

