

Georgiana dos Santos Gomes

**Análise Epidemiológica do Suicídio no Distrito Federal
entre 2005 e 2014**

Brasília/DF, Julho/2017

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL
ENTRE 2005 E 2014**

GEORGIANA DOS SANTOS GOMES

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E
TECNOLOGIAS EM SAÚDE DA FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA COMO
PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM CIÊNCIA E
TECNOLOGIAS EM SAÚDE.**

APROVADA POR:

**Profa. Dra. ANDREA DONATTI GALLASSI(UnB)
(ORIENTADORA)**

**Prof Dr. ALEX WELKER FONSECA (PGCTS/UnB)
(MEMBRO INTERNO)**

**Profa. Dra. JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS
(MEMBRO EXTERNO)**

BRASÍLIA/DF, 28 DE JULHO DE 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

GOMES, GEORGIANA DOS SANTOS

Análise epidemiológica do suicídio no Distrito Federal entre 2005 e 2014.

[Distrito Federal] 2017.

xii, 49p., 210 x 297 mm (PPGCTS/FC/UnB, Mestre, Ciências e Tecnologias em Saúde, 2017).

Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia.

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde.

1. Suicídio

2. Epidemiologia

3. Ciências Forenses

4. Perícia Criminal

I. PPGCTS/FC/UnB

II. Título (série)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Gomes, G.S. (2017). Análise epidemiológica do suicídio no Distrito Federal entre 2005 e 2014. Dissertação de Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde, Publicação 2017, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 49p.

CESSÃO DE DIREITOS

AUTOR: Georgiana dos Santos Gomes.

TÍTULO: Análise epidemiológica do suicídio no Distrito Federal entre 2005 e 2014.

GRAU: Mestre

ANO: 2017

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação de mestrado e para emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor se reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem sua autorização por escrito.

Georgiana dos Santos Gomes

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Escola de Enfermagem

Campus Samambaia - Quadra 301 - Conjunto 04 - Centro urbano

Samambaia Sul, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 72.300-537

georgianasantos@gmail.com

“A busca da verdade deve ser o objetivo de nossa atividade; é o único fim digno dela.

(...)

Entretanto, às vezes a verdade nos amedronta. E de fato sabemos que por vezes ela é decepcionante, é um fantasma que só nos aparece para fugir sem cessar, e que é preciso persegui-la até mais e mais adiante, sem jamais conseguir atingi-la”.

(Henri Poincaré, O Valor da Ciência)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao meu esposo e companheiro de vida Juliano de Andrade Gomes que compartilhou comigo este sonho, foi por mim quando eu não tinha mais forças e sempre esteve aqui...O meu muito obrigada e minha gratidão!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de estar mais uma vez na UnB, obrigada por me dar forças e coragem para não desistir.

Aos meus pais, pelo exemplo de amor, dedicação e perseverança e por terem me ensinado que o caminho do conhecimento é capaz de transformar o ser e superar barreiras.

Ao meu filho Mateus, pela paciência e pelo apoio durante a realização deste mestrado.

À minha orientadora Andrea Gallassi, por ter encarado o desafio de acolher o tema do suicídio dentro da sua área de pesquisa e por ter proporcionado momentos de crescimento tanto profissional quanto pessoal.

Ao meu “co-orientador” e esposo Juliano Gomes, por ter acreditado em mim desde o início do projeto; o meu muito obrigado por ter caminhado ombro a ombro comigo em todas as etapas deste mestrado. Obrigada pelo apoio, pelo carinho e pela confiança!

Aos professores do PPGCTS pelos ensinamentos e experiências partilhadas e, sobretudo, por terem descortinado meus olhos para conseguir enxergar que existem outras formas de entender os mesmos problemas.

Aos companheiros de jornada acadêmica, por auxiliarem na colocação deste pequeno tijolo na imensa casa do conhecimento.

Ao Professor Eduardo Nakano que contribuiu ricamente em todas as discussões estatísticas.

À Fundação de Peritos em Criminalística Ilaraine Acácio Arce pelo convite para ser Pesquisadora Associada, agradeço o acolhimento e a confiança.

À PCDF por disponibilizar os dados e contribuir com o avanço da ciência.

Aos bolsistas da Fundação de Peritos em Criminalística Ilaraine Acácio Arce que contribuíram na catalogação dos dados.

Aos pesquisadores e autores que ladrilharam os caminhos que ora trilho, os meus sinceros agradecimentos por terem sido os pioneiros a desbravar essa seara ainda tão carente em nosso país que é a análise de suicídios.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
RELAÇÃO DE TABELAS	viii
RELAÇÃO DE FIGURAS	ix
RELAÇÃO DAS SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	11
2.1. Geral	11
2.2. Específicos	11
3. METODOLOGIA.....	12
3.1. Campo de observação	12
3.2. Procedimento experimental	12
3.3. Estabelecimento dos parâmetros a serem investigados	13
3.4. Análise estatística dos dados	15
4. RESULTADOS	17
4.1. Resultados: suicídios	17
4.2. Resultados: tentativas de suicídios	29
5. DISCUSSÃO	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
7. REFERÊNCIAS.....	45

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabela 1. Dados de suicídios em função da distribuição temporal.	18
Tabela 2. Dados de suicídios em função das características das vítimas.	21
Tabela 3. Dados de suicídios em função das características dos eventos.....	25
Tabela 4. Dados de suicídios em função do uso ou não de álcool e outras drogas.	26
Tabela 5. Dados de suicídios estratificados por sexo.	27
Tabela 6. Uso de drogas segundo a faixa etária das pessoas que cometeram suicídio.	28
Tabela 7. Dados de tentativas de suicídios em função da distribuição temporal.	30
Tabela 8. Dados de tentativas de suicídios em função das características das vítimas.	32
Tabela 9. Dados de tentativas de suicídios em função das características dos eventos.....	35

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1. Taxas de suicídio por sexo no Distrito Federal durante o período investigado.	19
Figura 2. Taxa de tentativa de suicídio no Distrito Federal durante o período investigado.	31

RELAÇÃO DAS SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF – Distrito Federal

FPCIAA – Fundação de Peritos em Criminalística Ilaraine Acácio Arce

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCDF – Polícia Civil do Distrito Federal

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

SAS – Statistical Analysis System

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL ENTRE 2005 E 2014

Suicídio é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima; a tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte. Entre 2002 e 2012, o total de suicídios no Brasil passou de 7.726 para 10.321, o que representa um aumento de 33,6%, bem superior ao crescimento populacional no mesmo período (11,1%). O Distrito Federal seguiu e mesma tendência da média nacional, tendo seu crescimento ultrapassado os 29%. Entretanto, esses fenômenos, que deveriam provocar diversas discussões por suas implicações, não tiveram, até o momento, sua merecida repercussão. Nesse sentido, este estudo visou a análise das ocorrências de suicídio, bem como de suas tentativas, registradas pela Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF) entre os anos de 2005 e 2014, de modo a averiguar os aspectos epidemiológicos e determinantes sociais destes eventos ocorridos na Capital Federal. Na pesquisa foram utilizados os registros constantes nos documentos oficiais emitidos pela PCDF, a saber: Boletins de Ocorrência, Laudos de Perícia Criminal e Laudos de Exame de Corpo de Delito. Dentre os dados coletados e analisados têm-se: data, horário, idade, sexo, cor da pele, grau de instrução, estado civil, localidade, endereço da vítima, profissão, método utilizado para a execução do suicídio, causa da morte, dentre outros. Verificou-se a associação do suicídio com os determinantes espaciais, com o uso de álcool e outras drogas, com a condição socioeconômica-cultural. Espera-se que este trabalho suscite inúmeras reflexões e constitua, também, um registro que poderá fazer parte do planejamento das políticas públicas do Distrito Federal, especificamente no que se refere à Saúde Pública.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Tentativa de Suicídio; Epidemiologia Descritiva; Distrito Federal.

ABSTRACT

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SUICIDE IN THE BRAZILIAN FEDERAL DISTRICT BETWEEN 2005 AND 2014

Suicide is any death case that results directly or indirectly from a positive or negative act by the victim himself; the suicide attempt is the act like this defined, but interrupted before it results in death. Between 2002 and 2012, the total of suicides in Brazil increased from 7,726 to 10,321, an increase of 33.6%, above the population growth in the same period (11.1%). The Brazilian Federal District was not far behind the national average, with its growth exceeding 29%. However, these phenomena, which ought to provoke various discussions about their implications, have not so far had their deserved repercussions. In this sense, this study aimed to analyze the occurrences of suicide, as well as its attempts, recorded by the Civil Police of the Brazilian Federal District (PCDF) between 2005 and 2014, in order to ascertain the epidemiological and social determinants of these events occurring in the Brazilian Federal District. The research used the records contained in the official documents issued by the PCDF, namely: Police Bulletins, Reports of Criminal Expertise and Reports of Body of Crime Examination. Among the data collected and analyzed are: date, time, age, sex, skin color, education level, marital status, locality, victim's address, profession, method used for the execution of the suicide, cause of death, among others. We verified the association of suicide with spatial determinants, with the use of alcohol and other drugs, with the socioeconomic-cultural condition. It is hoped that this work will provoke innumerable reflections and constitute a record that may be part of the planning of the public policies of the Brazilian Federal District, specifically with regard to Public Health.

KEY WORDS: Suicide; Suicide Attempt; Descriptive Epidemiology; Brazilian Federal District.

1. INTRODUÇÃO

O termo suicídio vem do latim *sui*, que significa [si próprio], e *caedere*, que significa [matar]. Assim, suicídio refere-se a todas as causas de morte desencadeadas por uma ação da própria vítima contra si própria, com a ciência do resultado (Durkheim, 1982).

Suicídio é um assunto complexo porque envolve influência de inúmeros fatores. Assim, pode ser abordado dos pontos de vista filosófico, sociológico, antropológico, moral, religioso, biológico, bioquímico, histórico, econômico, estatístico legal, psicológico, psicanalítico, etc. E todas essas visões se interpenetram (Cassorla, 1984).

Durkheim (1982), em um estudo sociológico no século XIX, utilizando as estatísticas de mortalidade do suicídio, analisou esse fenômeno como um evento coletivo e valorizou as suas causas sociais. Destaca haver maior prevalência do suicídio nas religiões protestantes, nas áreas urbanas e entre as pessoas de maior escolaridade (Botega, 2014).

Do ponto de vista jurídico, o suicídio, considerado em si mesmo, não é crime, não punindo a lei aquele que, por ato próprio, quem extermina a própria vida, ou ao menos tenta. Contudo, a norma penal responsabiliza o terceiro que manifesta importante apoio pessoal ao suicida, manifestando-o através das condutas previstas no artigo 122 do Código Penal.

Não há, até o momento, unanimidade quanto à melhor maneira de classificar o comportamento suicida. Durkheim (Beato, 2004) propôs alguns tipos de suicídio baseado na suposição de que o enfraquecimento do elo de coesão entre os indivíduos da comunidade provoca a elevação da taxa de suicídio.

Menninger (Meleiro; Wang, 1995), por sua vez, admite duas categorias de ato suicida: crônico ou focal. Esse autor considera que cronicamente e aos poucos, atos como dependência de álcool e tabagismo ou outras substâncias; desobediência a regimes alimentares para hipertensão, diabetes, por exemplo; ascetismo e martírio, policirurgia, e invalidez levam ao suicídio crônico, sem passagem ao ato propriamente dito, nem consciência do risco tanatogênico imediato. O suicídio focal designa casos de automutilação, de doenças, de ferimentos e acidentes propositais, envenenamentos entre outros. Pode deixar sequelas ou não, em casos não fatais ou até ter êxito letal.

E em 1972, um comitê organizado pelo *National Institute of Mental Health* desenvolveu e publicou uma classificação que considerou três possibilidades de comportamento suicida: o suicídio consumado, as tentativas de suicídio e a ideação suicida (Meleiros; Bahls, 2004).

No presente estudo trataremos da análise dos suicídios e suas tentativas.

O suicídio pode estar relacionado a vários fatores precipitantes, tais como: problemas domésticos, perda de emprego, dificuldade financeira e legais, doenças crônicas (incluindo as psiquiátricas como depressão e alcoolismo). (Cassorla, 1984)

A interação entre fatores internos e externos existe sempre. Um ser humano pode não ter forças para enfrentar desafios e pressões externas, ou porque estas são muito intensas, ou porque suas forças internas estão prejudicadas, ou pela soma de ambos os fatores. (Cassorla, 1984).

A morte prematura decorrente de suicídio decorrente gera repercussões com consequências econômicas e sociais, sendo que a identificação de indivíduos em maior risco é um dos principais desafios para os profissionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) avalia o suicídio como um problema de saúde pública, estando entre as dez causas mais frequentes de morte, além de ser a segunda ou terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade (Gonçalves, 2011).

A Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, além do aperfeiçoamento da máquina social, que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (OMS, 2003).

Sendo assim, trazer a temática do suicídio para discussão traz à tona a fragilidade da implantação de diversas políticas de saúde e sociais, sendo que conhecer epidemiologicamente o problema do suicídio no DF pode nos favorecer enquanto profissionais de saúde.

Segundo Pereira (2013), a Epidemiologia é o ramo das ciências da saúde que estuda na população a ocorrência, a distribuição, e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde.

Temos ainda que a Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e suas aplicações no controle de problemas de saúde (Last, 1988). É, ainda, o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças na coletividade humana (Associação Internacional de Epidemiologia, 1973).

Os epidemiologistas também buscam causas ou fatores que estejam associados com o risco aumentado ou probabilidade de doença. A epidemiologia é movida por perguntas tais como quem, o que, onde e quando e o que, tenta responder como e por quê e os estudos

descritivos informam sobre a frequência e a distribuição de um evento. Como o próprio nome indica, tem o objetivo de descrever, “epidemiologicamente” como se diz os dados colhidos na população (Pereira, 2013).

Os dados epidemiológicos orientam decisões de saúde pública e contribuem para o desenvolvimento e avaliação de intervenções para o controle e prevenção de problemas de saúde.

As doenças ou problemas de saúde pública não ocorrem ao acaso: a distribuição destes problemas é produto de fatores causais ou determinantes que se distribuem desigualmente na população; a comparação de subgrupos populacionais é essencial para a identificação dos determinantes das doenças.

O Brasil passa por um momento chamado de transição, no que se refere a transição epidemiológica, onde a mortalidade por doenças crônicas ou agravos crônicos não transmissíveis supera a mortalidade por doenças transmissíveis. Além da transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população.

As doenças crônicas ou agravos não transmissíveis são decorrentes de múltiplos fatores de risco, apresentam longos períodos de latência, são de curso prolongado e levam a deficiências e incapacidades funcionais.

O suicídio e suas tentativas, na décima edição da *Classificação de Transtornos Mentais e comportamento*, CID-10, (OMS, 1993), está codificado no Capítulo XX: Causas externas de morbidade e mortalidade.

As causas externas são objeto de estudo na vigilância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), pois o problema da violência no Brasil vem assumindo contornos alarmantes. Durante os últimos anos, as violências estão em terceiro lugar nas causas de mortalidade proporcional no Brasil e cerca de dois terços da carga de doenças no país não são transmissíveis ou são provocadas por fatores externos, como acidentes e violências (Malta, 2006).

De acordo com a Portaria GM 3252/2009, a Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações que vivem em determinado território, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, reúne um conjunto de ações que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência desses agravos.

A Portaria do Ministério da Saúde 1271/2014 define a lista nacional de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória de saúde pública, institui a vigilância das tentativas de suicídio para monitoramento e posterior proposição de políticas públicas de prevenção.

Suicídio refere-se a todas as causas de morte desencadeadas por uma ação da própria, com a ciência do resultado. É uma das principais causas de morte violenta em todo o mundo, e tornou-se uma questão de saúde pública, em virtude do aumento dos casos de suicídios entre jovens, tanto nos países desenvolvidos quanto o Brasil (Gonçalves,2015).

O suicídio é um sério problema de natureza violenta, apresenta números expressivos em nossa população (Waiselfisz, 2014) e deve ser compreendido como um fenômeno complexo, permeado por diversas variáveis, desde questões genéticas até diversas variáveis psicológicas e socioculturais (Baptista, 2002).

O suicídio é um fenômeno complexo. Significa que não é um fenômeno linear, não é inteiramente previsível e tem sua regulação/controlado afetado por diversas variáveis no meio ou no sistema social em que está inserido (REBRAPS,2014).

Do ponto de vista econômico, o suicídio e suas tentativas representam enorme custo para a sociedade, primeiro porque demanda recursos públicos que poderiam estar sendo alocados de forma diferente e segundo porque envolve significativa perda de capital humano (Gonçalves, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhão de pessoas vão cometer suicídio, sendo atualmente considerado como um problema de saúde pública e já constando como uma das dez causas mais frequentes de morte, além de ser a segunda ou terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade. No Brasil, o mapa da violência elaborado por Waiselfisz (2014) mostrou que o aumento dos suicídios foi superior a 30% entre os anos 2002 e 2012. Entretanto, neste mesmo período, o crescimento populacional foi da ordem de 11%.

Estimativas mostram que para cada suicídio existem pelo menos 10 tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem 4 não conhecidas (Gonçalves, 2011).

Algumas das variáveis associadas à tentativa de suicídio são depressão, uso de álcool, uso de outras drogas, idade, gênero, estresse, desemprego, perda de suporte social e condições médicas gerais (Lewis, 1997). A associação entre mortalidade por suicídio e variáveis laborais, sugere que o trabalho no contexto da precarização piora a qualidade de vida da população

trabalhadora, implica em sofrimento físico e mental e aumento do risco de auto agressão (Ceccon, 2014).

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (Bertolote & Fleischmann, 2002; Botega, 2014)

Esse tema tem despertado a comunidade científica brasileira, sendo possível encontrar alguns estudos na literatura nacional que traçam o perfil epidemiológico do suicídio.

Nas teorias sociais Emile Durkheim (2003) foi um dos primeiros estudiosos a tentar procurar padrões para a taxa de suicídio, pois segundo Durkheim, a sociedade também exerce papel fundamental na construção do indivíduo e os fatores sociais como a família, a escola, os grupos de que participa, os amigos e a sociedade influenciam incisivamente na produção de um episódio suicida, tanto para que esse ocorra quanto para evitá-lo.

Os resultados têm mostrado que é prevalente a ocorrência no sexo masculino, os quais se matam por enforcamento (Schmitt, 2008). Os adultos de 20 a 49 anos representam entre 60 a 76% de todos os casos registrados nos sistemas oficiais (Santos, 2014). Por outro lado, as intoxicações exógenas, em 90% dos casos, ocorrem em zona urbana com o uso irregular de agrotóxicos e psicofármacos (Santos, 2013).

Na literatura internacional pode-se encontrar diversos trabalhos relacionados ao suicídio, tendo enfoques diferentes. Por exemplo, na Suécia buscou-se analisar o risco de suicídio após uma tentativa (Nordström, 1995). Os autores identificaram que o risco de uma nova tentativa é elevado durante o primeiro ano, sendo que os jovens adultos do sexo masculino deverão ser uma das principais metas viáveis de programas de investigação de intervenção psiquiátrica sobre o comportamento suicida.

Pesquisadores americanos do Estado da Virginia analisaram e compararam os dados de suicídio do seu Estado com os Nacionais (Hassamal, 2015). Foi verificado que houve um aumento de suicídio e que as taxas e tendências se assemelhava muito a média americana, embora com algumas diferenças, mostrando que a prevenção do suicídio deve ser reforçada em todo o país.

Estudos de epidemiologia de suicídio na Austrália entre 2004 e 2008 foi realizada, visando verificar as diferenças entre a cidade e o campo (Cheung, 2012). Os resultados

encontrados sugerem que é importante levar em conta as variações geográficas na elaboração de políticas nacionais. Um estudo semelhante foi realizado em Quebec, no Canadá. Nessa pesquisa buscou-se compreender a distribuição espacial dos suicídios visando o planejamento, a implementação e a avaliação das ações de prevenção do suicídio (Ngui, 2014). Os resultados sugeriram que é importante tomar as variações geográficas em conta na política e serviços de saúde planejamento nacional.

Identificar os fatores associados à ideação suicida na população idosa na Coréia do Sul foi o tema de outro estudo (Kim, 2014). A depressão foi o fator mais importante encontrado. Desta forma, os autores propuseram que para se ter estratégias eficazes na prevenção do suicídio, esta deve focar na detecção precoce e na intervenção ativa para a depressão, como por exemplo, por meio de programas socioeconômicos. Uma sequência de dois estudos (Kaplan, 2013; Kaplan, 2015) buscou verificar a influência do álcool e da economia nos suicídios. Os resultados encontrados sugerem que a intoxicação alcoólica aguda em suicídio interage com as condições econômicas, tornando-se mais prevalente durante as crises.

Existem outras inúmeras pesquisas sobre o suicídio que estuda outros fatores como a influência da desordem afetiva (Bostwick, 2000), dos períodos de vida (Niederkrotenthaler, 2012a), das celebridades (Niederkrotenthaler, 2012b), dos adolescentes (Thullen, 2015), do desemprego (Nordt, 2015; Milner, 2013), dos determinantes socioeconômicos (Milner, 2010).

O suicídio dever ser compreendido como um ato complexo, permeado por diversas variáveis, desde questões genéticas até diversas variáveis psicológicas e socioculturais (Baptista, 2005), pois todos os seres humanos, em geral, assim como grupos e sociedades específicas dão significado as suas ações e as suas construções, são capazes de explicitar as intenções de seus atos e projetam e planejam seu futuro dentro de um nível de racionalidade sempre presente nas ações humanas (Minayo, 2010).

Para Quental (2008), encarar um fenômeno como questão de saúde pública é dar visibilidade a ele, significa uma oportunidade para todos ajudarem na sua resolução e enfrentamento. Na esfera do suicídio, remover sua invisibilidade, trazendo para o terreno público, implica em favorecer novas perspectivas, sob o ponto de vista do acolhimento do cuidado, da valorização da vida e das possibilidades de solidariedade.

No Brasil temos a Portaria GM 1876/2006 que institui as Diretrizes Nacionais para a prevenção do suicídio que é parte integrante da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

O objetivo principal da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (2006) foi elaborar as diretrizes que deveriam ser seguidas pelos diversos níveis da administração pública,

assim como as outras instituições da sociedade. Além de dar diretrizes para a formulação de planos locais de prevenção do suicídio e maior visibilidade ao tema, suas abordagens e perspectivas de políticas públicas.

A portaria considera a importância epidemiológica e relevância do quadro de comorbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio, usuário de álcool e outras drogas, populações residentes e internados em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios, outros), adolescentes, moradores de rua, gestantes e ou vítimas de violência sexual, trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e ou precárias condições de vida, indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas, indivíduos que convivem com HIV/AIDS, e populações de etnias indígenas, entre outras.

Considera o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre os jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais.

Considera o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Considera a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde.

Considera-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linhas de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado quando necessário.

As diretrizes compõem-se de dois grandes eixos: o desenvolvimento e o fortalecimento de medidas de prevenção e de assistência. Propõe um conjunto de ações no âmbito dos diversos dispositivos e das equipes de saúde mental, com a finalidade de mantê-lo articulado com a Política Nacional de Saúde Mental.

A portaria propõe as seguintes diretrizes:

Art. 2º. Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria.

O objetivo da elaboração e formalização destas diretrizes é dar uma orientação para a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio com a finalidade de reduzir as taxas de suicídio e suas tentativas, assim como reduzir os danos provocados por esses eventos na população.

Em maio de 2013, a 66ª Assembleia da OMS adotou o primeiro Plano de Saúde Mental e a prevenção do suicídio é parte integrante deste plano com o objetivo de reduzir a taxa de suicídio em 10% até 2020 nos países que possuem um sistema de informação qualificado e estratégias para a prevenção do suicídio.

Analisando a dimensão do problema e entendendo a política pública como um conjunto de questões que perpassam o Estado e a Sociedade e que, em algum momento, tornam-se objetos de políticas oficiais ou não; estas ainda são respostas governamentais aos problemas públicos ou respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social (Mattos & Baptista,2011). Cabe ao Estado, locus por excelência do exercício do poder, gerir a sociedade de forma que preserve a segurança dos cidadãos, portanto a ordem,

bem como as condições para que a sociedade se reproduza e se desenvolva de forma que sempre responda de maneira mais adequada possível ao bem geral e ao interesse público (Gohn,2012).

A análise das políticas de saúde não deveriam manter-se restrita ao olhar setorial, é preciso extrapolar a análise e aprofundar as especificidades e diversidades do modo de produção das políticas no Brasil. O desafio de desenvolver e adaptar conceitos e abordagens que possam dar conta do nosso modo de construção das políticas (Mattos & Baptista,2011).

Além disso, a questão do suicídio envolve não somente a aplicação de uma política pública seja ela de saúde ou social, envolve todo o movimento do Estado e da Sociedade.

É na dimensão política de nossas sociedades que se verificam os processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade pelo poder do Estado de determinadas diretrizes de ação e organização setorial (Gohn, 2012).

A promoção da justiça social por meio das políticas sociais e de saúde geridas pelo Estado implica que todos conquistem a mesma possibilidade de desenvolverem suas capacidades individuais na sociedade, e dela possam participar (Gohn, 2012).

As políticas de saúde, quer na sua formulação, quer na sua implementação, se configuram como processos complexos de jogos de interesses múltiplos existentes na sociedade, de confronto de representações sobre o que vêm a ser necessidades e as demandas de saúde da população (Gohn, 2012).

O importante é implantar políticas sociais e de saúde que ao priorizarem os segmentos socialmente mais vulneráveis o façam com a lógica da universalização, da integralidade e da equidade na atenção à saúde (Gohn, 2012).

Os problemas de saúde de um país não vão ser resolvidos apenas pela ação do Estado ou do mercado. É preciso um novo pacto que resolva o dever do Estado de dar condições básicas de cidadania, garanta a liberdade do mercado e da competição econômica e para evitar o conflito entre esses dois interesses, permita a influência das entidades comunitárias (Hofling,2001).

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, serão necessárias uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político (Paim, 2011).

Em 23 de dezembro de 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.088, instituiu a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Sendo, assim, os desafios são muitos.

Percebeu-se não existir no DF dados sistematizados sobre o suicídio, o que inviabiliza a proposição de medidas preventivas específicas.

Neste estudo, nos propomos a analisar todas as 1088 ocorrências de suicídio, bem como as 694 ocorrências de tentativa de suicídio, registradas pela Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF) entre 2005 e 2014. Serão utilizados os registros constantes nos documentos oficiais emitidos pela PCDF, a saber: os Boletins de Ocorrência, os Laudos de Perícia Criminal e os Laudos de Exame de Corpo de Delito.

2. OBJETIVOS

2.1.Geral

Analisar as ocorrências de suicídio, na sua forma consumada ou tentada, registradas pela Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF) durante o período de uma década (entre 2005 e 2014), visando investigar quantitativamente sua distribuição, bem como os seus fatores condicionantes e determinantes na população da Capital Federal do País.

2.2.Específicos

- Identificar e comparar os dados de distribuição temporal e espacial dos suicídios com o das tentativas de suicídio, entre os anos de 2005 e 2014;
- Estabelecer e correlacionar as características sociodemográficas das vítimas que se suicidaram com aqueles indivíduos que tentaram e não obtiveram êxito, durante o período estudado;
- Estabelecer as características dos eventos de suicídio, assim como daqueles em sua forma tentada, ocorridos entre 2005 e 2014, visando a compreensão destes comportamentos presentes desde tempos imemoriais e nas mais diversas culturas;
- Verificar a associação das ocorrências de suicídio com o uso de drogas (álcool e outras drogas) e do meio empregado no suicídio, bem como sua estratificação por sexo e faixa etária, dentro do período investigado;

3. METODOLOGIA

3.1.Campo de observação

Foram analisadas em detalhe todas as 1088 ocorrências de suicídio, bem como as 694 ocorrências de tentativa de suicídio, registradas pela Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF) entre os anos de 2005 e 2014. Além dos Boletins de Ocorrência, foram utilizados os registros constantes nos Laudos de Perícia Criminal (relatórios elaborados pelo Instituto de Criminalística da PCDF) e nos Laudos de Exame de Corpo de Delito (documentos emitidos pelo Instituto de Medicina Legal da PCDF), referentes às ocorrências investigadas.

Este estudo é parte de um Termo de Cooperação Técnica (processo nº 052.000.226/2014, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) nº 211 de 08/10/2014) firmado entre a Fundação de Peritos em Criminalística Ilaraine Acácio Arce (FPCIAA), da qual sou pesquisadora convidada, e a Polícia Civil do Distrito Federal.

3.2.Procedimento experimental

Dos documentos oficiais emitidos pela PCDF, extraiu-se as seguintes informações:

- Número da ocorrência e da Delegacia de Polícia responsável pelo seu registro;
- Data do evento (dia/mês/ano);
- Horário aproximado do fato;
- Endereço e tipo de local do episódio;
- Endereços residencial e comercial da vítima;
- Naturalidade da vítima;
- Idade da vítima;
- Sexo da vítima;
- Cor da pele da vítima;
- Altura da vítima;
- Peso da vítima;
- Grau de instrução da vítima;
- Estado civil da vítima;
- Profissão da vítima;
- Nos casos de suicídio consumado, qual foi a causa da morte;
- Local do disparo no corpo, quando o instrumento utilizado tenha sido uma arma de fogo;

- Se houve alguma tentativa anterior de suicídio pela vítima (resposta dada pelos familiares que colaboraram no registro da ocorrência);
- Se houve alguma mudança de comportamento prévio à ocorrência e, caso positivo, qual foi essa mudança (resposta dada pelos familiares que colaboraram no registro da ocorrência);
- Qual teria sido o (s) motivo (s) que levou o indivíduo a cometer o ato (resposta dada pelos familiares que colaboraram no registro da ocorrência);
- Se fez uso ou não de bebida alcoólica em momento anterior à consumação do suicídio e, em caso positivo, qual foi a dosagem alcoólica;
- Se fez uso ou não de algum tipo de droga em momento anterior à consumação do suicídio e, em caso positivo, qual (is) foi(ram) a(s) droga(s) utilizada(s);

3.3. Estabelecimento dos parâmetros a serem investigados

De posse das informações descrita no subitem anterior, foi possível estabelecer os seguintes parâmetros:

- ***Dia do mês*** – agrupado em 3 momentos: dias 1-10, dias 11-20, dias 21-31;
- ***Mês do ano***;
- ***Ano***;
- ***Dia da semana***;
- ***Estação do ano***;
- ***Período do dia*** – agrupado em 4 períodos: Madrugada (0h - 5h59), Manhã (6h - 11h59), Tarde (12h - 17h59) e Noite (18h -23h59);
- ***Sexo***;
- ***Faixa etária*** – agrupado em 4 grupos: Adolescente (12 - 17 anos), Jovem (18 - 29 anos), Adulto (20 - 59 anos) e Idoso (maior que 60 anos);
- ***Etnia*** – agrupado em 3 grupos: Branca, Parda e Negra;
- ***Estado civil*** – agrupado somente em 2 grupos: Solteiro (inclui qualquer relação em que a pessoa não vive com outra maritalmente) e Casado (inclui qualquer relação em que a pessoa vive junto maritalmente);
- ***Naturalidade*** – agrupado somente em 2 grupos: os provenientes do Distrito Federal e os provenientes dos demais estados brasileiros;

- ***Grau de instrução*** – agrupado em 4 grupos: Analfabeto, Ensino Fundamental, Ensino médio e Ensino superior;
- ***Índice de Massa Corporal (IMC)*** – calculado utilizando-se a altura e a massa da vítima de acordo com a equação: $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$;
- ***Profissão*** – agrupado em 7 categorias: Comércio/profissionais liberais, Construção civil, Agropecuária, Administração pública, Serviços gerais, Aposentado e Desempregado;
- ***Tentativa de suicídio anterior*** – verificou-se se houve ou não tentativa de suicídio anterior ao fato analisado;
- ***Mudança de comportamento*** – verificou-se se houve ou não mudança de comportamento anterior ao fato analisado;
- ***Qual mudança*** – em caso de resposta positiva no parâmetro anterior, verificou-se qual seria a mudança de comportamento da vítima, agrupado em 3 categorias: Depressivo, Agressivo e Instável;
- ***Características do local*** – verificou-se qual seria as características do local do fato agrupado em 3 grupos: Residência, Estabelecimento comercial e Via pública;
- ***Meio utilizado*** – verificou-se qual foi o meio empregado no cometimento do ato, agrupado em 8 categorias: Afogamento, Arma de fogo, Fogo no corpo, Enforcamento, Arma branca (faca, canivete, estilete, etc), Atropelamento (a vítima se jogou na frente de algum veículo), Projeção (do apartamento, de viaduto, de prédios, etc), Ingestão de substância (remédios, venenos, etc);
- ***Local do disparo*** – caso o instrumento utilizado tenha sido uma arma de fogo, analisou-se qual seria o local do disparo dividido somente em 2 regiões do corpo: Região da cabeça e Região toracoabdominal;
- ***Suicidou-se em casa*** – comparou-se o endereço da residência da vítima com o endereço do fato e verificou-se se a vítima executou o ato em casa ou não;
- ***Suicidou-se no trabalho*** – comparou-se o endereço comercial da vítima com o endereço do fato e verificou-se se a vítima executou o ato no trabalho ou não;
- ***Motivo*** – averiguou-se qual teria sido o(s) motivo(s) que levou o indivíduo a cometer o ato agrupado em 8 categorias: Crime passional, Problemas financeiros, Doença mental, Doença física, Dependência de álcool ou drogas, Outras dificuldades, Encontrava-se preso e Sem motivo aparente;

- **Uso de álcool** – investigou-se se a vítima fez uso ou não de bebida alcoólica em momento anterior à consumação do suicídio;
- **BAC (blood alcohol content / quantidade de álcool no sangue)**– em caso de resposta positiva ao parâmetro anterior, verificou-se qual foi a dosagem alcoólica agrupado em 6 grupos: 0,1 - 0,49 g/l, 0,5 - 0,99 g/l, 1,0 - 1,49 g/l, 1,5 - 2,99 g/l, 3,0 - 3,99 g/l e maior que 4,0 g/l;
- **Uso de drogas** – investigou-se se a vítima fez uso ou não de algum tipo de droga em momento anterior à consumação do suicídio;
- **Quantas drogas** – em caso de resposta positiva ao parâmetro anterior, verificou-se quantos tipos diferentes de drogas a vítima tinha feito uso agrupado em 2 grupos: 1 e 2 ou mais;
- **Tipos de droga** – em caso de resposta positiva ao parâmetro “Uso de drogas”, verificou-se os tipos diferentes de drogas que as vítimas fizeram uso agrupado em 4 categorias: Cocaína, Maconha, Benzodiazepínico, Demais.

3.4. Análise estatística dos dados

Para cada um dos 28 parâmetros descritos no subitem anterior, calculou-se, utilizando o programa *Statistical Analysis System* (SAS), a percentagem (%) para cada uma das variáveis levadas em consideração.

Em seguida, quando possível, buscou-se na literatura a percentagem conhecida sobre as variáveis analisadas dentro da população do Distrito Federal (% DF). Nestes casos, foi possível estabelecer uma razão entre a percentagem do estudo (%) e a percentagem conhecida da população do DF(% DF) dividindo-se aquele por este (Razão = % / % do DF). Por fim, o teste do qui-quadrado para proporções específicas, o qual objetiva avaliar quantitativamente a relação entre os dados experimentais e a distribuição esperada para o fenômeno. Esse teste revela com quanta certeza os valores observados são comparáveis com os valores esperados. Neste estudo, considerou-se estatisticamente significativo um desvio da normalidade quando o nível de significância do teste era menor ou igual a 0,05, ou seja, $p \leq 0,05$.

Quando os valores de “% DF” não são conhecidos ou não são mensuráveis, foi calculado o risco relativo, isto é, dividiu-se os percentuais das variáveis estudadas pela percentagem de uma das variáveis adotada como categoria de referência (escolhido aleatoriamente). Nestes casos, o teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi aplicado em cada um destes parâmetros utilizando-se o programa SAS. A diferença entre o teste para semelhantes

proporções e o das proporções específicas é que aquele considera que todas as categorias possuem o mesmo peso (divide-se 100% pela quantidade de variável em cada parâmetro analisado), enquanto que este considera a percentagem conhecida da variável dentro da população. Da mesma forma, considerou-se estatisticamente significativo um desvio da normalidade quando o nível de significância do teste era menor ou igual a 0,05, ou seja, $p \leq 0,05$.

Além disso, calculou-se a razão de ocorrências de suicídio e de tentativas de suicídio por 100.000 habitantes na população do DF utilizando-se o programa Excel da Microsoft Office. Os valores das taxas de suicídio por 100.000 habitantes por gênero no Distrito Federal foram plotados em função do ano durante o período investigado utilizando-se o programa Origin. Com isso, para cada uma das três curvas (somente homem, somente mulher e todos os indivíduos), foi possível ajustar uma curva linear de tendência e, dessa forma, obteve-se uma equação de primeiro grau para cada curva que governa a variação estudada, de modo que nos permita fazer previsões, caso tenhamos variações semelhantes no futuro.

A relação do sexo com o uso de drogas (álcool e outras) e do meio de suicídio utilizado foi verificado pelo teste qui-quadrado de Pearson utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences*(SPSS). Este mesmo teste foi realizado para verificar a relação entre o uso de outras drogas e faixas etárias das pessoas que cometeram suicídios. Todos os testes consideraram hipóteses bilaterais e um nível de significância de 5%.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados: suicídios

Entre os anos de 2005 e 2014 foram registrados na Polícia Civil do Distrito Federal um total de 1088 casos de suicídio, distribuídos percentualmente (%) conforme o ano de ocorrência (**Tabela 1**). Neste trabalho, analisamos 10 anos; desta forma, se a distribuição fosse uniforme, cada ano teria que ter 10% das ocorrências, conforme descrito na **Tabela 1** (% DF). Visando investigar o quanto as ocorrências de suicídio, ano a ano, se desviaram da média, foi calculada a razão entre “%” e “% DF” (nesse cálculo, quanto mais próximo de 1 for a razão, mais próximo da média foi o resultado para o ano observado; valores inferiores à 1 demonstram uma proporção inferior à média e, por outro lado, valores superiores à 1 indicam uma distribuição acima do valor esperado). O teste do qui-quadrado (χ^2) para proporções específicas foi aplicado e o valor encontrado de p foi 0,0002, demonstrando que essa variação é estatisticamente significativa, uma vez que seu valor é inferior à 0,05. Além disso, como a população do Distrito Federal não se manteve constante durante os anos investigados, foi calculada a razão, por 100 mil habitantes na população da Capital do País, ano a ano, normalizando sempre pela população do ano investigado. Os valores obtidos estão dispostos na **Tabela 1** e variaram de 4,02 (para o ano de 2005) para 4,83 (para o ano de 2014) suicídios por 100 mil indivíduos, representando um aumento de aproximadamente 20% na década investigada.

Tendo em vista uma melhor visualização da taxa de suicídio (por 100 mil indivíduos) durante o período investigado, elaborou-se a **Figura 1**. Os dados de todos os indivíduos que se suicidaram durante os anos estudados estão representados por quadrados azuis. Da mesma forma, obteve-se uma curva somente para a população do sexo masculino (círculos pretos na **Figura 1**) e outra somente para a população do sexo feminino (triângulos verdes na **Figura 1**). As linhas vermelhas, em cada conjunto de dados, representam os ajustes utilizando-se um polinômio de grau 1. As equações das retas determinadas pelos ajustes dos pontos, as quais permitem fazer previsões futuras, estão exibidas acima de cada curva, juntamente com o R-quadrado obtido (R^2 : quanto mais próximo de 1 o seu valor, melhor é o ajuste dos pontos, ou seja, os pontos experimentais se aproximam da curva utilizada). Como pode ser observado, as três curvas são crescentes (valores positivos para os coeficientes angulares nas equações), indicando que as taxas de suicídio, por 100 mil habitantes, estão aumentando com o passar do tempo nas populações investigadas (todos os indivíduos, somente homens e somente mulheres).

Tabela 1. Dados de suicídios em função da distribuição temporal.

Anos	%	% DF	Razão ⁽¹⁾	Razão por 100,000 indivíduos
2005	8,00	10,00	0,80	4,02
2006	8,55	10,00	0,86	4,18
2007	8,00	10,00	0,80	3,79
2008	8,55	10,00	0,86	3,94
2009	10,57	10,00	1,06	4,74
2010	11,86	10,00	1,19	5,18
2011	8,73	10,00	0,87	3,72
2012	11,21	10,00	1,12	4,65
2013	12,32	10,00	1,23	4,99
2014	12,22	10,00	1,22	4,83

Dias do mês	%	% DF	Razão ⁽²⁾	Meses do ano	%	% DF	Razão ⁽⁵⁾
1 - 10	33,36	32,88	1,01	Janeiro	9,10	8,49	1,12
11 - 20	33,18	32,88	1,01	Fevereiro	7,44	7,76	0,96
21 - 31	33,46	34,24	0,98	Março	7,35	8,49	0,87
				Abril	8,55	8,21	1,04
				Maió	8,00	8,49	0,94
				Junho	7,63	8,21	0,93
				Julho	8,73	8,49	1,03
				Agosto	8,09	8,49	0,95
				Setembro	9,19	8,21	1,12
				Outubro	9,74	8,49	1,15
				Novembro	9,28	8,21	1,13
				Dezembro	6,89	8,49	0,81

Dias da semana	%	% DF	Razão ⁽³⁾	Estações do ano	%	% DF	Razão ⁽⁶⁾
Domingo	17,56	14,29	1,23	Primavera	25,92	25,00	1,04
Segunda	13,60	14,29	0,95	Verão	23,90	25,00	0,96
Terça	13,33	14,29	0,93	Outono	24,17	25,00	0,97
Quarta	13,24	14,29	0,93	Inverno	26,01	25,00	1,04
Quinta	13,97	14,29	0,98				
Sexta	13,33	14,29	0,93				
Sábado	14,98	14,29	1,05				

Períodos do dia	%	% DF	Razão ⁽⁴⁾
Madrugada	15,53	25,00	0,62
Manhã	28,31	25,00	1,13
Tarde	28,13	25,00	1,13
Noite	28,03	25,00	1,12

Nota: “% DF” é a proporção específica de acordo com o conhecido sobre a distribuição temporal no Distrito Federal. “Razão” é a relação entre % e “% DF”. O teste do qui-quadrado para proporções específicas foi aplicado em cada parâmetro estudado e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ p = 0,0002; ⁽²⁾ p = 0,86; ⁽³⁾ p = 0,08; ⁽⁴⁾ p < 0,0001; ⁽⁵⁾ p = 0,40; ⁽⁶⁾ p = 0,65.

Ainda com relação à **Tabela 1**, ela apresenta os dados de suicídios em função da distribuição temporal, divididos em cinco parâmetros (“Dias do mês”, “Dias da semana”, “Períodos do dia”, “Meses do ano” e “Estações do ano”).

Os “Dias do mês” foram divididos em três períodos: do primeiro dia ao dia 10; do dia 11 ao dia 20; e do dia 21 ao dia 31. Os valores percentuais (%) obtidos foram 33,36%, 33,18%

e 22,46%, respectivamente. Comparando com os valores esperados para o período analisado (32,88%, 32,88% e 34,24%, respectivamente), foi possível obter a razão, que é a relação entre “%” e “% DF”. Da mesma forma como explicitado anteriormente, quanto mais próximo de 1 esse valor, mais próximo da média é a distribuição investigada. Como os valores da razão foram muito próximos de 1, o teste do χ^2 para proporções específicas retornou um valor de $p = 0,86$, demonstrando que as diferenças não são estatisticamente significantes.

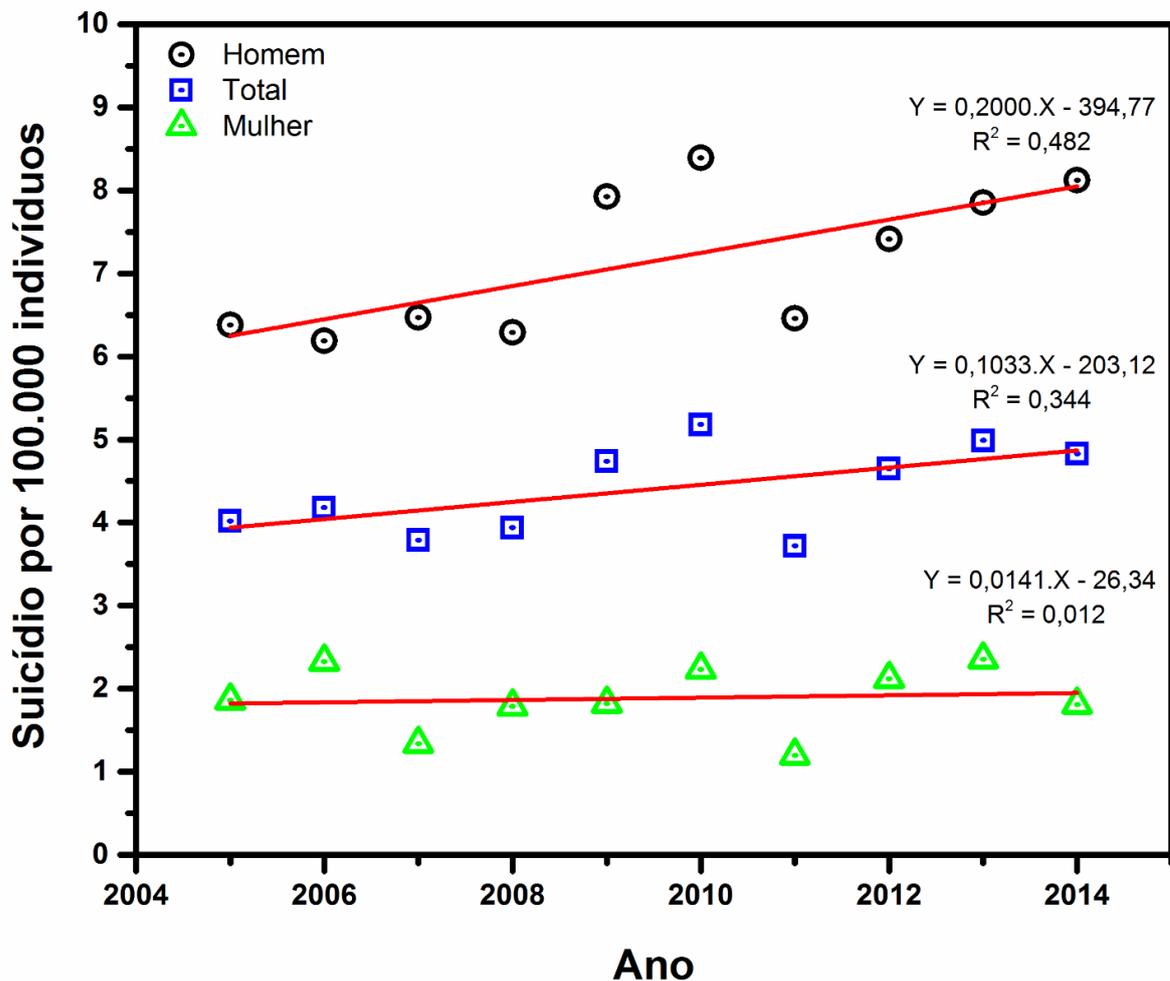


Figura 1. Taxas de suicídio por sexo no Distrito Federal durante o período investigado.

Os “Dias da semana” não foram agrupados, portanto foram analisados cada dia em separado. As porcentagens obtidas variaram de 13,24% às quartas-feiras até 17,56% aos domingos. De igual modo, a razão foi obtida dividindo essa porcentagem com os valores esperados da distribuição temporal (% DF). Os sábados e domingos foram os únicos dias com valores de razão superiores à 1 (1,05 e 1,23, respectivamente), demonstrando uma “preferência”

por esses dias para o cometimento do suicídio na Capital Federal. Contudo, essa diferença não foi estatisticamente significativa pelo teste do qui-quadrado para proporções específicas uma vez que $p=0,08$, superior à $0,05$. Entretanto, se os “Dias da semana” forem agrupados em “Meio de semana” (considerando-se de segunda à sexta-feira) e “Final de semana” (sábado e domingo), o teste do χ^2 para proporções específicas retorna um valor de $p = 0,004$, demonstrando que os suicídios ocorrem mais aos finais de semana.

Quanto aos “Períodos do dia”, estes foram divididos em “Madrugada” (0h - 5h59), “Manhã” (6h - 11h59), “Tarde” (12h - 17h59) e “Noite” (18h - 23h59), conforme disposto na **Tabela 1**. Por um lado, os resultados mostram que as porcentagens de suicídios ocorridos nas madrugadas (15,53%) foram bem inferiores à distribuição esperada (25%) – Razão = 0,62. Por outro lado, os demais períodos analisados apresentaram porcentagens bem próximas, da ordem de 28%, superior à média esperada, 25%. O teste estatístico (qui-quadrado para proporções específicas) retornou um valor de $p < 0,0001$, indicando que essas diferenças são estatisticamente significantes.

Inicialmente, optou-se por não agrupar os “Meses do ano”. Dessa forma, a **Tabela 1** apresenta o valor da porcentagem de suicídios para cada mês do ano, bem como as respectivas porcentagens esperadas de acordo com a distribuição temporal (% DF). Como pode ser observado, houve um discreto aumento no mês de outubro (Razão = 1,15) e uma pequena redução no mês de dezembro (Razão = 0,81). Entretanto, o valor de p obtido pelo teste do χ^2 para proporções específicas foi de 0,40, superior à $0,05$, mostrando que essas diferenças não são relevantes estatisticamente. Posteriormente, optou-se por agrupar os meses do ano em função das “Estações do ano”. Da mesma forma que obtido para os “Meses do ano”, o resultado estatístico mostrou que as discrepâncias observadas entre os valores observados e os valores esperados não são relevantes ($p = 0,65$).

A **Tabela 2** resume os dados de suicídios em função das características das vítimas. Neste estudo foi possível averiguar os seguintes parâmetros: “Sexo”, “Faixa etária”, “Etnia”, “Estado civil”, “Naturalidade”, “Grau de instrução”, “Índice de Massa Corporal – IMC” e “Profissão”. Além disso, investigou-se se a vítima já tinha tentado suicídio previamente, se houve alguma mudança anterior no seu comportamento e, em caso positivo, qual seria essa mudança.

Tabela 2. Dados de suicídios em função das características das vítimas.

Sexo	%	% DF	Razão ⁽¹⁾	IMC (kg/m²)	% ^(e)	Risco ⁽⁷⁾
Masculino	77,76	47,87	1,62	Baixo peso (< 18,5)	7,07	1,0 ^r
Feminino	22,24	52,13	0,43	Peso normal (18,5 – 24,9)	55,56	7,86
				Pré-obesidade (25 – 29,9)	28,03	3,96
				Obesidade (≥ 30)	9,34	1,32
Faixa etária (anos)	%	% DF	Razão ⁽²⁾	Profissão	% ^(f)	Risco ⁽⁸⁾
Adolescente (12 – 17)	6,99	12,57	0,56	Comércio/profissionais liberais	27,16	3,26
Jovem (18 – 29)	32,54	28,86	1,13	Construção civil	9,68	1,16
Adulto (30 – 59)	50,64	49,14	1,03	Agropecuária	2,89	0,35
Idoso (≥ 60)	9,83	9,44	1,04	Administração Pública	16,81	2,02
				Serviços gerais	10,02	1,20
				Aposentado	8,32	1,0 ^r
				Desempregado	25,13	3,02
Etnia	% ^(a)	% DF	Razão ⁽³⁾	Tentativa anterior	% ^(g)	Risco ⁽⁹⁾
Branca	20,99	41,86	0,50	Sim	93,24	13,79
Parda	76,23	52,44	1,45	Não	6,76	1,0 ^r
Negra	2,78	5,69	0,49			
Estado civil	% ^(b)	% DF	Razão ⁽⁴⁾	Mudou comportamento	% ^(h)	Risco ⁽¹⁰⁾
Casado	43,12	44,87	0,96	Sim	88,30	7,55
Solteiro	56,88	55,13	1,03	Não	11,70	1,0 ^r
Naturalidade	% ^(c)	% DF	Razão ⁽⁵⁾	Qual mudança	%	Risco ⁽¹¹⁾
Distrito Federal	40,77	48,92	0,83	Depressivo	55,80	3,49
Outros	59,23	51,08	1,16	Agressivo	28,21	1,76
				Instável	15,99	1,0 ^r
Grau de instrução	% ^(d)	% DF	Razão ⁽⁶⁾			
Analfabeto	2,91	11,91	0,24			
Ensino fundamental	39,56	33,03	1,20			
Ensino médio	32,28	28,68	1,13			
Ensino superior	25,24	26,37	0,96			

Nota: “% DF” é a proporção específica de acordo com o conhecido sobre as características da população do Distrito Federal. “Razão” é a relação entre % e “% DF”. Quando os valores de “% DF” não são conhecidos ou não são mensuráveis, foi calculado o risco relativo, isto é, o “Risco” foi obtido dividindo o percentual da categoria analisada pela categoria de referência (^r Categoria de referência). Em alguns casos, os dados das ocorrências não continham todas as informações e a análise estatística foi feita com os dados disponíveis: ^(a) 72,7% do total, ^(b) 66,1% do total, ^(c) 88,6% do total, ^(d) 37,9% do total, ^(e) 72,8% do total, ^(f) 54,1% do total, ^(g) 20,4% do total, ^(h) 33,0% do total. O teste do qui-quadrado para proporções específicas foi aplicado nos parâmetros “Sexo, Faixa etária, Etnia, Estado civil, Naturalidade e Grau de Instrução” e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ p < 0,0001; ⁽²⁾ p < 0,0001; ⁽³⁾ p < 0,0001; ⁽⁴⁾ p = 0,34; ⁽⁵⁾ p < 0,0001; ⁽⁶⁾ p < 0,0001. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi aplicado nos parâmetros “Tentativa anterior, Mudou comportamento, IMC, Profissão e Qual mudança” e os resultados obtidos foram: ⁽⁷⁾ p < 0,0001; ⁽⁸⁾ p < 0,0001; ⁽⁹⁾ p < 0,0001; ⁽¹⁰⁾ p < 0,0001; ⁽¹¹⁾ p < 0,0001. **IMC:** Índice de Massa Corporal.

Em 77,76% das ocorrências, a vítima era do sexo masculino. Comparando esse valor com o percentual de homens na população do Distrito Federal (47,87%), obteve-se uma razão de 1,62. Por outro lado, um valor de “Razão”=0,43 foi obtido para as vítimas do sexo feminino. O resultado do teste do qui-quadrado para proporções específicas ($p < 0,0001$, estatisticamente relevante), o que demonstra que a população do sexo masculino tende a cometer suicídio muito mais do que as mulheres.

A idade das vítimas foi agrupada em função de quatro faixas etárias: adolescente (12-17 anos, 6,99%), jovem (18-29 anos, 32,54%), adulto (30-59 anos, 50,64%) e idoso (maior do que 60 anos, 9,83%). As idades da população do Distrito Federal também foram classificadas de acordo com essa mesma faixa etária de modo a ser possível o cálculo da Razão. Como pode ser observado na **Tabela 2**, a maior razão foi obtida para os jovens (1,13), enquanto que a menor foi para os adolescentes (0,56). O teste do χ^2 para proporções específicas nos mostra que essa diferença é relevante estatisticamente, com $p < 0,0001$.

Em função da cor da pele da vítima relatada nos Laudos de Exame de Corpo de Delito emitidos pelo Instituto de Medicina Legal da PCDF foi possível caracterizar a etnia da vítima em três classes: “Branca”, “Parda” e “Negra”. Vale a pena salientar que esse dado foi encontrado em somente 72,7% do total das ocorrências investigadas. O resultado disposto na **Tabela 2** mostra que os pardos têm uma maior tendência ($p < 0,0001$ no teste do qui-quadrado para proporções específicas) em se suicidarem (Razão = 1,45), quando comparados com os brancos e os negros (0,50 e 0,49, respectivamente).

O estado civil das vítimas foi categorizado em somente duas classes: casados e solteiros, sendo possível encontrar em 66,1% das ocorrências estudadas. O resultado obtido pelo teste do qui-quadrado para proporções específicas ($p = 0,34$) indica que a pequena diferença observada entre as porcentagens de solteiros e casados (vítimas de suicídio) quando comparados com os valores percentuais da população do Distrito Federal não é significativa do ponto de vista estatístico, ou seja, não se teve uma predominância nessa categoria.

A naturalidade das vítimas também foi um dos parâmetros analisados neste estudo. Como pode ser visto na **Tabela 2**, esta variável foi dividida em duas categorias: vítimas nascidas no Distrito Federal e vítimas nascidas em local fora do DF (dado encontrado em 88,6% das ocorrências investigadas no período estudado). Ao se realizar o teste do qui-quadrado para proporções específicas, obteve-se $p < 0,0001$, indicando que o desvio encontrado da naturalidade das vítimas quando comparado com a naturalidade da população que vive no DF é relevante para o presente estudo.

Com relação ao grau de instrução, este foi dividido em quatro parâmetros: vítimas analfabetas, vítimas com ensino fundamental, vítimas com ensino médio e vítimas com ensino superior (dados colhidos em somente 37,9% das ocorrências). Da mesma forma que nas características explicadas anteriormente, obteve-se os valores percentuais do grau de instrução das pessoas que vivem no DF para ser possível fazer a análise do qui-quadrado para proporções específicas. O resultado ($p < 0,0001$) mostra que as pessoas com ensino fundamental têm uma maior tendência a cometerem suicídio (Razão = 1,20), enquanto que os analfabetos apresentam uma menor disposição (Razão = 0,24).

A altura e o peso das vítimas foram obtidos em 72,8% dos Laudos de Exame de Corpo de Delito. De posse desses valores, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para cada vítima, que foi agrupado em 4 categorias conforme disposto na **Tabela 2**. Entretanto, não foi possível encontrar na literatura o IMC da população do DF. Com isso, ao invés de se calcular a Razão, efetuou-se o cálculo do Risco, dividindo-se cada categoria investigada pela categoria “baixo peso”. O resultado do teste do qui-quadrado para semelhantes proporções ($p < 0,0001$) indica que as divergências encontradas são estatisticamente relevantes, tendo as pessoas consideradas com “peso normal” (18,5-24,9 kg/m²) e com “pré-obesidade” (25-29,9 kg/m²) as maiores probabilidades de cometerem suicídio (riscos de 7,86 e 3,96, respectivamente).

As profissões das vítimas foram descritas em 54,1% das ocorrências investigadas e foram distribuídas de acordo com as profissões elencadas no PDAD (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios) 2015 (ver **Tabela 2**), a saber: “Comércio/profissionais liberais”, “Construção civil”, “Agropecuária”, “Administração pública”, “Serviços gerais”, “Aposentado” e “Desempregado”. Da mesma forma que para o IMC, calculou-se o risco dividindo-se todas as categorias pela categoria dos aposentados. A análise estatística ($p < 0,0001$) indicou que os comerciantes/profissionais liberais (Risco = 3,26), bem como os desempregados (Risco = 3,02), seguidos dos funcionários da Administração Pública (Risco = 2,02) são os profissionais que apresentaram associação positiva com o cometimento de suicídios.

Em 20,4% das ocorrências estudadas, os familiares responderam ao questionamento se a vítima já tinha (93,24%) ou não (6,76%) tentado suicídio outras vezes (ver **Tabela 2**). Se considerarmos que em todas as demais ocorrências investigadas, as quais essa informação não foi dada, a resposta fosse não, mesmo assim o resultado encontrado é preocupante, uma vez que em aproximadamente 20% das ocorrências de suicídio, a vítima já tinha tentado se suicidar anteriormente.

Outra pergunta respondida pelos familiares das vítimas (informação encontrada em 33% do total das ocorrências investigadas) foi se eles tinham observado alguma mudança no comportamento delas nos dias que antecederam o suicídio. A grande maioria (88,30%) respondeu que sim, que a vítima tinha mudado de alguma forma o seu comportamento em momentos anteriores ao cometimento do suicídio (ver **Tabela 2**). As respostas positivas foram organizadas em três categorias: a vítima tinha ficado depressiva, agressiva ou instável. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções indicou que a divergência entre os três comportamentos é significativa ($p < 0,0001$), tendo o comportamento agressivo dominado ($Risco = 3,49$, quando comparado com o comportamento instável da vítima).

A **Tabela 3** reúne os dados de suicídios em função das características dos eventos. Nesta tabela foram agrupadas informações, como as características do local do suicídio, o meio empregado para o ato, se a vítima se suicidou em casa ou no seu local de trabalho, qual seria o motivo do suicídio e, caso o meio empregado tenha sido com o uso de uma arma de fogo, estudou-se qual a região onde foi feito o disparo.

Em quase 70% dos eventos, a vítima se suicidou em uma residência (ver **Tabela 3**). Quando comparado o endereço da vítima com o endereço do fato, obteve-se que em quase 72% das ocorrências a vítima tinha suicidado em sua própria residência (dado encontrado em 94,9% das ocorrências investigadas). Ainda em relação à característica do local, poucos cometeram suicídio em seus locais de trabalho (apenas 35,64% das respostas encontradas em 9,3% das ocorrências que continham essa informação, ou seja, em apenas 36 eventos dos 1088 investigados).

Como forma para o cometimento do suicídio (ver **Tabela 3**), as vítimas, em sua maioria (53,13%), preferiram o enforcamento, seguido do uso de arma de fogo (16,36%), da ingestão de substâncias (13,60%) e da projeção de edificações (9,93%). O resultado do teste do qui-quadrado para semelhantes proporções ($p < 0,0001$) indica que as divergências encontradas são estatisticamente relevantes. Além disso, dos 178 casos em que foi empregada uma arma de fogo como meio para o cometimento do suicídio, a vítima preferiu disparar na região da cabeça (86,78%).

Os Boletins de Ocorrências trazem informações com relação ao(s) motivo(s) que levou(aram) a vítima a praticar o suicídio, conforme relato dos familiares. Esses dados foram encontrados em 75,0% das ocorrências pesquisadas e as respostas foram agrupadas em 8 padrões (ver **Tabela 3**): crime passional, problemas financeiros, doença mental, doença física, dependência de álcool e/ou drogas, outras dificuldades, encontrava-se preso e sem motivo

aparente. Os três motivos que se destacaram dos demais ($p < 0,0001$ no teste do qui-quadrado para semelhantes proporções) foram a dependência de álcool e/ou drogas da vítima, algum tipo de doença mental sofrido pela vítima e o crime passional com 29,32%, 27,52% e 24,65%, respectivamente.

Tabela 3. Dados de suicídios em função das características dos eventos.

Característica do local	%	Risco ⁽¹⁾	Suicidou em casa	% ^(a)	Risco ⁽⁴⁾
Residência	69,30	4,16	Sim	71,93	2,56
Estabelecimento	14,06	0,84	Não	28,07	1,0 ^r
Via pública	16,64	1,0 ^r			
Meio utilizado	%	Risco ⁽²⁾	Suicidou no trabalho	% ^(b)	Risco ⁽⁵⁾
Afogamento	0,92	0,07	Sim	35,64	1,0 ^r
Arma de fogo	16,36	1,20	Não	64,36	1,81
Fogo no corpo	2,94	0,22			
Enforcamento	53,13	3,91	Motivo	% ^(c)	Risco ⁽⁶⁾
Arma branca	2,76	0,20	Crime passional	24,65	5,68
Atropelamento	0,37	0,03	Problemas financeiros	3,03	0,70
Projeção	9,93	0,73	Doença mental	27,52	6,34
Ingestão de substância	13,60	1,0 ^r	Doença física	4,18	0,96
Local do disparo	%	Risco ⁽³⁾	Dependência álcool/droga	29,32	6,76
Região da cabeça	86,78	6,56	Outras dificuldades	5,41	1,25
Região toracoabdominal	13,22	1,0 ^r	Estava preso	1,56	0,36
			Sem motivo aparente	4,34	1,0 ^r

Nota: o “Risco” foi obtido dividindo o percentual da categoria analisada pela categoria de referência (^r Categoria de referência). Em alguns casos, os dados das ocorrências não continham todas as informações e a análise estatística foi feita com os dados disponíveis: ^(a) 94,9% do total, ^(b) 9,3% do total, ^(c) 75,0% do total. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi aplicado em cada parâmetro estudado e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ $p < 0,0001$; ⁽²⁾ $p < 0,0001$; ⁽³⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁴⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁵⁾ $p = 0,004$; ⁽⁶⁾ $p < 0,0001$.

A **Tabela 4** apresenta os dados de suicídios em função do uso ou não de drogas lícita e/ou ilícita. Os dados foram coletados das informações contidas nos Laudos de Exame de Corpo de Delito emitidos pelo IML da PCDF. Dessa forma, verificou-se se a vítima tinha utilizado ou não algum tipo de droga lícita e/ou ilícita em momentos anteriores ao cometimento do suicídio. Quando a resposta foi positiva para o uso de álcool, obteve-se a concentração de álcool no sangue (BAC), a qual foi categorizada em seis grupos: 0,1-0,49 g/l, 0,5-0,99 g/l, 1,0-1,49 g/l, 1,5-2,99 g/l, 3,0-3,99 g/l e superior à 4,0 g/l. De igual modo, quando o resultado foi positivo

para o uso de outras drogas, verificou-se os diferentes tipos de droga que cada vítima havia feito uso (classificadas em: 1; 2 ou mais), bem como os tipos de drogas, separadas em 4 grupos: cocaína, maconha, benzodiazepínico e outras.

Tabela 4. Dados de suicídios em função do uso ou não de álcool e outras drogas.

Uso de álcool	% ^(a)	Risco ⁽¹⁾	BAC (g/l)	%	Risco ⁽⁴⁾
Sim	31,85	1,0 ^r	0,1 – 0,49	14,46	1,0 ^r
Não	68,15	2,14	0,5 – 0,99	21,07	1,46
			1,0 – 1,49	20,66	1,43
			1,5 – 2,99	35,12	2,43
			3,0 – 3,99	6,61	0,46
			≥ 4,0	2,07	0,14
Uso de drogas	% ^(b)	Risco ⁽²⁾	Tipos de droga	%	Risco ⁽⁵⁾
Sim	25,18	1,0 ^r	Cocaína	55,71	10,63
Não	74,82	2,97	Maconha	19,05	3,64
			Benzodiazepínico	20,00	3,82
			Demais	5,24	1,0 ^r
Quantas drogas	%	Risco ⁽³⁾			
1	83,05	4,90			
2 ou mais	16,95	1,0 ^r			

Nota: o “Risco” foi obtido dividindo o percentual da categoria analisada pela categoria de referência (^r Categoria de referência). Em alguns casos, os dados das ocorrências não continham todas as informações e a análise estatística foi feita com os dados disponíveis: ^(a) 70,1% do total, ^(b) 65,0% do total. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi aplicado em cada parâmetro estudado e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ $p < 0,0001$; ⁽²⁾ $p < 0,0001$; ⁽³⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁴⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁵⁾ $p < 0,0001$. **BAC:** Concentração de álcool no sangue.

Com relação ao uso de álcool (ver **Tabela 4**), 31,85% das vítimas haviam feito uso momentos antes do ato (dado disponível em 70,1% do total das ocorrências investigadas). Desses, 35,12% apresentavam uma dosagem alcoólica entre 1,5 g/l e 2,99 g/l; 21,07% apresentavam uma dosagem alcoólica entre 0,5 g/l e 0,99 g/l; e 20,66% apresentavam uma dosagem alcoólica entre 1,0 g/l e 1,49 g/l. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções indicou que a divergência entre os níveis de álcool no sangue é significativa ($p < 0,0001$).

Com relação ao uso de outras drogas, exceto o álcool (ver **Tabela 4**), 25,18% das vítimas haviam feito uso (dado disponível em 65,0% do total das ocorrências investigadas). Desses, 83,05% havia consumido somente um tipo de droga e 16,95% havia consumido dois ou mais tipos diferentes. Além disso, o uso de cocaína foi o preferido das vítimas com 55,71%, seguido pelo uso dos benzodiazepínicos (20,00%) e da maconha (19,05%). O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções indicou que a divergência entre as variedades de droga utilizadas pelas vítimas é significativa ($p < 0,0001$).

Os dados de suicídios, como uso ou não de algum tipo de droga, incluindo o álcool, bem como o meio utilizado para o cometimento do suicídio, foram estratificados em função do sexo da vítima (Geral: Homem e Mulher) e estão dispostos na **Tabela 5**. O teste estatístico realizado para verificar se a diferença é ou não relevante, foi o teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5. Dados de suicídios estratificados por sexo.

	Fez uso	Geral	Homem	Mulher	p*
Outras drogas (exceto o álcool) (n = 707)	Sim	178 (25,2%)	145 (25,7%)	33 (23,2%)	0,552
	Não	529 (74,8%)	420 (74,3%)	109 (76,8%)	-
Maconha (n = 707)	Sim	40 (5,7%)	38 (6,7%)	2 (1,4%)	0,014
	Não	667 (94,3%)	527 (93,3%)	140 (98,6%)	-
Cocaína (n = 707)	Sim	117 (16,5%)	107 (18,9%)	10 (7,0%)	0,001
	Não	590 (83,5%)	458 (81,1%)	132 (93,0%)	-
Benzodiazepínico (n = 707)	Sim	42 (5,9%)	25 (4,4%)	17 (12,0%)	0,001
	Não	665 (94,1%)	540 (95,6%)	125 (88,0%)	-
Álcool (n = 763)	Sim	243 (31,8%)	213 (35,0%)	30 (19,5%)	< 0,0001
	Não	520 (68,2%)	396 (65,0%)	124 (80,5%)	-
Meio utilizado (n= 1088)	Arma de fogo	178 (16,4%)	149 (17,6%)	29 (12,0%)	
	Enforcamento ⁽¹⁾	578 (53,1%)	481 (56,9%)	97 (40,1%)	< 0,0001
	Ingestão de substância ⁽¹⁾	148 (13,6%)	89 (10,5%)	59 (24,4%)	< 0,0001
	Outras formas ⁽¹⁾	184 (16,9%)	127 (15,0%)	57 (23,6%)	< 0,0001

Nota: * o teste do qui-quadrado de Pearson foi aplicado em cada parâmetro estudado e o valor de p está disposto na tabela. Dentro os métodos empregados para o cometimento do suicídio, os que as proporções foram significativamente diferentes entre homens e mulheres ($p < 0,05$) estão acompanhados de ⁽¹⁾ junto ao nome do meio utilizado.

Como pode ser observado na **Tabela 5**, não há diferença relevante entre o percentual de uso de drogas de outras drogas entre homens e mulheres ($p = 0,552$). Entretanto, se as drogas forem categorizadas, as divergências do uso entre os sexos passam a ser estatisticamente significantes: $p = 0,014$ para maconha, sendo que o percentual de homens (6,7%) sob o efeito

da droga é significativamente maior do que nas mulheres (1,4%); $p = 0,001$ para cocaína, sendo que o percentual de homens (18,9%) sob o efeito da droga é significativamente maior do que nas mulheres (7,0%); e $p = 0,001$ para benzodiazepínico, sendo que o percentual de mulheres (18,9%) sob o efeito da droga é significativamente maior do que nos homens (7,0%), inverso do que foi obtido nas outras drogas. Com relação ao uso de álcool, o percentual de homens (35,0%) sob o efeito de álcool foi significativamente maior ($p < 0,001$) do que nas mulheres (19,5%).

Para se realizar o estudo estratificado do meio empregado para o suicídio em função do sexo, estes foram categorizados em somente 4 grupos: uso de arma de fogo, enforcamento, ingestão de substâncias e demais meios empregados. Como pode ser observado na **Tabela 5**, os homens (56,9%) se utilizam mais do enforcamento do que as mulheres (40,1%) e as mulheres (24,4%) se utilizam mais da ingestão de substâncias do que os homens (10,5%). As ocorrências por arma de fogo não diferiram significativamente entre homens e mulheres.

Tabela 6. Uso de drogas segundo a faixa etária das pessoas que cometeram suicídio.

		Geral	Outras drogas		p*
			Não	Sim	
	Jovem ⁽¹⁾	232 (32,8%)	155 (29,3%)	77 (43,3%)	< 0,001
Faixa etária	Adolescente	44 (6,2%)	36 (6,8%)	8 (4,5%)	
(n= 707)	Adulto	363 (51,3%)	277 (52,4%)	86 (48,3%)	
	Idoso ⁽¹⁾	68 (9,6%)	61 (11,5%)	7 (3,9%)	< 0,001

Nota: * o teste do qui-quadrado de Pearson foi aplicado em cada parâmetro estudado e o valor de p está disposto na tabela. Segundo a faixa etária para o cometimento do suicídio, os que as proporções foram significativamente diferentes entre uso e não de outras drogas ($p < 0,05$) estão acompanhados de ⁽¹⁾ junto à faixa etária.

A **Tabela 6** apresenta a estratificação dos dados de suicídios das vítimas que fizeram o uso de outras drogas em função das suas respectivas faixas etárias. O perfil das pessoas que cometeram suicídio (quanto à idade) é diferente entre os usuários e não usuários de outras drogas. O uso de drogas está significativamente associado com o suicídio dos jovens. Como pode ser visualizado na **Tabela 6**, a parcela dos jovens entre as pessoas que cometeram suicídio usuárias de drogas (43,3%) é significativamente maior do que a parcela dos jovens entre as pessoas que cometeram suicídio não usuárias de drogas (29,3%). Em contrapartida, a parcela dos idosos entre as pessoas que cometeram suicídio usuárias de drogas (3,9%) é significativamente menor do que a parcela dos idosos entre as pessoas que cometeram suicídio

não usuárias de drogas (11,5%). As outras duas faixas etárias (adolescentes e adultos) não apresentaram resultados relevantes estatisticamente ($p > 0,05$).

4.2.Resultados: tentativas de suicídios

Entre os anos de 2005 e 2014 foram registrados na Polícia Civil do Distrito Federal um total de 694 casos de tentativas de suicídio, distribuídos percentualmente (%) conforme o ano de ocorrência (observar **Tabela 7**). A razão calculada entre a porcentagem observada e a porcentagem esperada (10% para cada um dos 10 anos investigados) nos dá uma noção de quão próximos são ou não esses valores, uma vez que valores de razão próximos de 1 indicam uma proximidade da média; valores inferiores à unidade demonstram uma proporção inferior à média e, por outro lado, valores superiores à unidade indicam uma distribuição acima do valor esperado. O valor de p no teste do qui-quadrado para proporções específicas foi de 0,34, demonstrando que a variação encontrada não é estatisticamente significativa.

Entretanto, visando um melhor estudo dessa distribuição, calculamos a razão, por 100 mil habitantes na população da Capital do País, ano a ano, normalizando sempre pela população do ano investigado, já que a população do Distrito Federal não se manteve constante durante os anos investigados. Os valores obtidos estão dispostos na **Tabela 7 / Figura 2** e variam de 3,82 (para o ano de 2006) até 1,56 (para o ano de 2014) tentativas de suicídios por 100 mil indivíduos. A linha vermelha na **Figura 2** representa o ajuste dos pontos (quadrados azuis) utilizando-se um polinômio de grau 1. A equação da reta encontrada, juntamente com o R-quadrado obtido, também estão dispostos na **Figura 2**. Como pode ser observado, a curva tem uma tendência decrescente, diferentemente da curva encontrada para os suicídios, indicando que as taxas de tentativas de suicídio, por 100 mil habitantes, estão diminuindo com o passar do tempo na população da Capital Federal.

Além disso, a **Tabela 7** apresenta os dados de tentativas de suicídios em função da distribuição temporal. Em relação aos dias do mês, estes foram divididos em três períodos e, como pode ser visualizado, houve uma discreta variação na ocorrência de casos de tentativas de suicídio, com uma maior prevalência ocorrendo em meados do mês, entre os dias 11 e 20 de cada mês. Entretanto, o teste do χ^2 para proporções específicas nos retornou um valor de $p = 0,16$, indicando que essa variação não é estatisticamente relevante. Por outro lado, o valor de p encontrado quando se investigou os dias da semana foi de 0,02, indicando uma relevância estatística da diferente encontrada, com domínio dos dias de final de semana, em especial o domingo, com 19,02% das ocorrências.

Tabela 7. Dados de tentativas de suicídios em função da distribuição temporal.

Anos	%	% DF	Razão ⁽¹⁾	Razão por 100,000 indivíduos
2005	9,94	10,00	0,99	3,19
2006	12,25	10,00	1,22	3,82
2007	10,95	10,00	1,09	3,31
2008	10,95	10,00	1,09	3,22
2009	10,23	10,00	1,02	2,93
2010	10,52	10,00	1,05	2,93
2011	8,79	10,00	0,88	2,39
2012	9,65	10,00	0,96	2,56
2013	10,52	10,00	1,05	2,72
2014	6,20	10,00	0,62	1,56

Dias do mês	%	% DF	Razão ⁽²⁾
1 - 10	31,12	32,88	0,95
11 - 20	36,31	32,88	1,10
21 - 31	32,56	34,24	0,95

Meses do ano	%	% DF	Razão ⁽⁵⁾
Janeiro	9,08	8,49	1,07
Fevereiro	9,37	7,76	1,21
Março	7,93	8,49	0,93
Abril	6,92	8,21	0,84
Mai	7,93	8,49	0,93
Junho	7,20	8,21	0,88
Julho	9,94	8,49	1,17
Agosto	5,76	8,49	0,68
Setembro	10,37	8,21	1,26
Outubro	9,80	8,49	1,15
Novembro	8,07	8,21	0,98
Dezembro	7,64	8,49	0,90

Dias da semana	%	% DF	Razão ⁽³⁾
Domingo	19,02	14,29	1,33
Segunda	13,98	14,29	0,98
Terça	12,54	14,29	0,88
Quarta	13,11	14,29	0,92
Quinta	13,54	14,29	0,95
Sexta	12,68	14,29	0,89
Sábado	15,13	14,29	1,06

Períodos do dia	%	% DF	Razão ⁽⁴⁾
Madrugada	13,11	25,00	0,52
Manhã	20,61	25,00	0,82
Tarde	31,70	25,00	1,27
Noite	34,58	25,00	1,38

Estações do ano	%	% DF	Razão ⁽⁶⁾
Primavera	25,50	25,00	1,02
Verão	26,37	25,00	1,05
Outono	22,05	25,00	0,88
Inverno	26,08	25,00	1,04

Nota: “% DF” é a proporção específica de acordo com o conhecido sobre a distribuição temporal no Distrito Federal. “Razão” é a relação entre % e “% DF”. O teste do qui-quadrado para proporções específicas foi aplicado em cada parâmetro estudado e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ p = 0,34; ⁽²⁾ p = 0,16; ⁽³⁾ p = 0,02; ⁽⁴⁾ p < 0,0001; ⁽⁵⁾ p = 0,09; ⁽⁶⁾ p = 0,06.

Do mesmo modo, os dias foram divididos em 4 períodos: madrugada, manhã, tarde e noite, de modo a permitir uma análise estatística visando verificar se as pessoas que tentam contra sua própria vida possuem um horário preferencial. Conforme disposto na **Tabela 7**, o período da noite (entre 18h e 23h59) e o período da tarde (entre 12h e 17h59) são os preferidos, com 34,58% e 31,70%, respectivamente. A aplicação do teste do qui-quadrado para proporções

específicas mostrou que a diferença encontrada é estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Por outro lado, quando se analisou os meses do ano (ver **Tabela 7**), o resultado do teste ($p = 0,09$) indica que existe uma diferença entre os valores percentuais (setembro com maior ocorrência e agosto com a menor percentagem), contudo esta não é relevante do ponto de vista estatístico. Além disso, os meses do ano foram agrupados de modo a coincidir com as estações do ano (**Tabela 7**) e, mais uma vez, o teste foi aplicado. O resultado, $p = 0,06$, foi bem próximo do limite estatístico considerado aceito, entretanto a diferença não foi satisfatória.

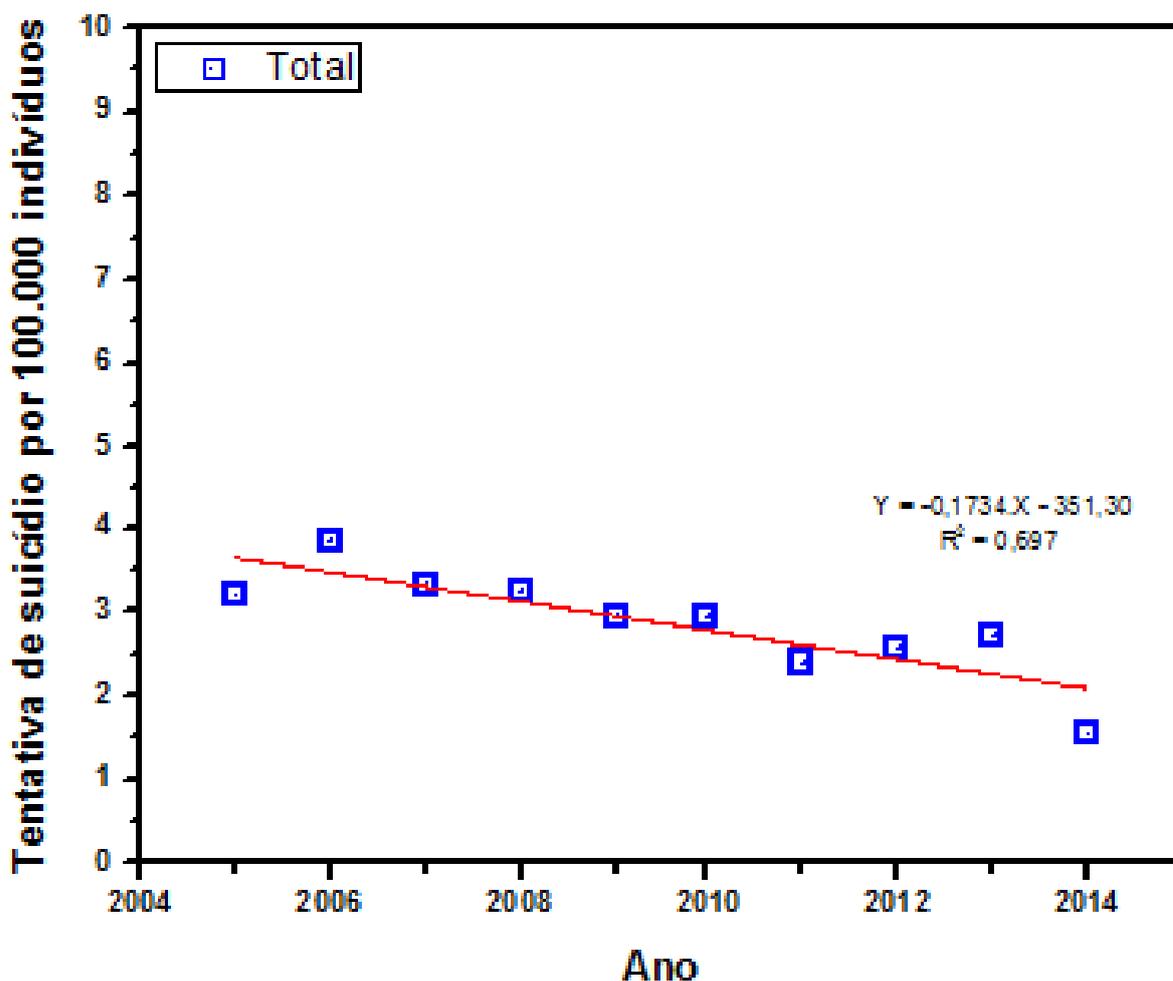


Figura 2. Taxa de tentativa de suicídio no Distrito Federal durante o período investigado.

A **Tabela 8** resume os dados de tentativas de suicídios em função das características das vítimas. Os homens são os que têm a maior probabilidade de tentar contra a própria vida (56,48%), mesmo sendo a menor parcela da população do DF (47,87%). A análise estatística

(χ^2 para proporções específicas) realizada com os dados disponíveis (99,0% do total de ocorrências) indicam que essa diferença é relevante estatisticamente ($p < 0,0001$).

Tabela 8. Dados de tentativas de suicídios em função das características das vítimas.

Sexo	%^(a)	% DF	Razão⁽¹⁾	Profissão	%^(f)	Risco⁽⁶⁾
Masculino	56,48	47,87	1,18	Comércio/profissionais liberais	26,22	5,37
Feminino	43,52	52,13	0,83	Construção civil	8,23	1,69
				Agropecuária	2,74	0,56
				Administração Pública	10,06	2,06
				Serviços gerais	35,98	7,37
				Aposentado	4,88	1,0 ^r
				Desempregado	11,89	2,44
Faixa etária (anos)	%^(b)	% DF	Razão⁽²⁾	Tentativa anterior	%^(g)	Risco⁽⁷⁾
Adolescente (12 – 17)	9,65	12,57	0,77	Sim	94,16	16,12
Jovem (18 – 29)	44,10	28,86	1,53	Não	5,84	1,0 ^r
Adulto (30 – 59)	43,03	49,14	0,88			
Idoso (≥ 60)	3,22	9,44	0,34			
Estado civil	%^(c)	% DF	Razão⁽³⁾	Mudou comportamento	%^(h)	Risco⁽⁸⁾
Casado	36,67	44,87	0,82	Sim	99,15	116,65
Solteiro	63,33	55,13	1,19	Não	0,85	1,0 ^r
Naturalidade	%^(d)	% DF	Razão⁽⁴⁾	Qual mudança	%	Risco⁽⁹⁾
Distrito Federal	49,74	48,92	1,02	Depressivo	37,66	1,74
Outros	50,26	51,08	0,98	Agressivo	40,69	1,88
				Instável	21,65	1,0 ^r
Grau de instrução	%^(e)	% DF	Razão⁽⁵⁾			
Analfabeto	1,94	11,91	0,16			
Ensino fundamental	47,29	33,03	1,43			
Ensino médio	29,84	28,68	1,04			
Ensino superior	20,93	26,37	0,79			

Nota: “% DF” é a proporção específica de acordo com o conhecido sobre as características da população do Distrito Federal. “Razão” é a relação entre % e “% DF”. Quando os valores de “% DF” não são conhecidos ou não são mensuráveis, foi calculado o risco relativo, isto é, o “Risco” foi obtido dividindo o percentual da categoria analisada pela categoria de referência (^r Categoria de referência). Em alguns casos, os dados das ocorrências não continham todas as informações e a análise estatística foi feita com os dados disponíveis: ^(a) 99,0% do total, ^(b) 94,1% do total, ^(c) 60,5% do total, ^(d) 83,1% do total, ^(e) 37,2% do total, ^(f) 47,3% do total, ^(g) 19,7% do total, ^(h) 33,7% do total. O teste do qui-quadrado para proporções específicas foi aplicado nos parâmetros “Sexo, Faixa etária, Estado civil, Naturalidade e Grau de Instrução” e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ $p < 0,0001$; ⁽²⁾ $p < 0,0001$; ⁽³⁾ $p = 0,0007$; ⁽⁴⁾ $p = 0,69$; ⁽⁵⁾ $p < 0,0001$. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi aplicado nos parâmetros “Profissão, Tentativa anterior, Mudou comportamento e Qual mudança” e os resultados obtidos foram: ⁽⁶⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁷⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁸⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁹⁾ $p = 0,0007$.

A população jovem (com idade entre 18 e 29 anos de idade) foi a faixa etária com maior ocorrência de tentativas (44,10%), sendo que a população do DF com essa faixa etária corresponde somente a 28,86% (ver **Tabela 8**). Com isso, a razão entre ambas as porcentagens resultou no valor de 1,53, ou seja, os jovens têm mais de 50% de chances de tentarem contra a própria vida (dado disponível em 94,1% das ocorrências investigadas). Por outro lado, os idosos apresentam a menor razão, 0,34, indicando que eles não apresentam um comportamento suicida. O valor de p no teste do qui-quadrado para proporções específicas foi inferior a 0,0001, demonstrando que a variação encontrada é estatisticamente significativa.

Em aproximadamente 60% das ocorrências constavam o estado civil das vítimas, sendo que os solteiros apresentaram uma razão de 1,19, indicando uma maior tendência de tentarem o suicídio ($p = 0,0007$ no teste do χ^2 para proporções específicas), conforme pode ser verificado na **Tabela 8**. Além disso, a **Tabela 8** apresenta os dados de naturalidade, constantes em 83,1% das ocorrências estudadas. Como pode ser verificado, as proporções dos que tentaram contra a própria vida são bem próximas das proporções da população do DF, resultado corroborado pela estatística, $p = 0,69$ no teste qui-quadrado para proporções específicas, confirmando que essa pequena diferença não é relevante do ponto de vista estatístico.

O grau de instrução, categorizado em quatro grupos (ver **Tabela 8**): analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior; foi relatado em 37,2% das ocorrências e investigado nessa dissertação. De um lado, temos a população analfabeta que praticamente não tentam o suicídio (Razão = 0,16); de outro lado, existe a população com ensino fundamental, os quais são os que mais tentam cometer o suicídio (Razão = 1,43). A diferença foi analisada estatisticamente (teste do qui-quadrado para proporções específicas) e o resultado de $p < 0,0001$ mostra que é significativa.

As profissões das vítimas foram descritas em 47,3% das ocorrências investigadas e foram distribuídas de acordo com as profissões elencadas no PDAD 2015 (ver **Tabela 8**), a saber: “Comércio/profissionais liberais”, “Construção civil”, “Agropecuária”, “Administração pública”, “Serviços gerais”, “Aposentado” e “Desempregado”. Como não foi possível encontrar na literatura esse dado para a população do DF, ao invés de se calcular a Razão, efetuou-se o cálculo do Risco, dividindo-se cada categoria investigada pela categoria dos aposentados (escolhida aleatoriamente). A análise estatística ($p < 0,0001$ no teste do qui-quadrado para semelhantes proporções) indicou que os profissionais do setor de serviços gerais (Risco = 7,37), bem como os comerciantes/profissionais liberais (Risco = 5,37), são as pessoas com maior tendência suicida.

Em somente 19,7% das ocorrências estudadas, os familiares/vítima responderam ao questionamento se além dessa tentativa, a vítima já tinha tentado alguma outra vez em momento anterior (ver **Tabela 8**). O resultado encontrado foi que aproximadamente 95% das vítimas já tinham atentado contra a própria vida outras vezes ($p < 0,0001$ no teste do χ^2 para semelhantes proporções).

Outra pergunta respondida pelos familiares das vítimas (informação encontrada em 33,7% do total das ocorrências investigadas), foi se eles tinham observado alguma mudança no comportamento da vítima nos dias que antecederam a tentativa do suicídio. Quase todos responderam que sim (99,15%), a vítima tinha mudado de alguma forma o seu comportamento em momentos anteriores à tentativa do suicídio (ver **Tabela 8**). As respostas positivas foram categorizadas em três categorias: a vítima tinha ficado depressiva, agressiva ou instável. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções indicou que a divergência entre os três comportamentos é significativa ($p = 0,0007$), tendo os comportamentos agressivo (40,69%) e depressivo (37,66%) sobressaído em relação ao comportamento instável (21,65%).

Por fim, a **Tabela 9** reúne os dados de tentativas de suicídios em função das características dos eventos. Uma residência foi o local preferido pelas vítimas para tentarem contra sua própria vida com 70,2%. Quando comparado o endereço da vítima, com o endereço do fato, obteve-se que em 73,68% das ocorrências a vítima tinha tentado suicídio em sua própria residência (dado encontrado em 93,1% das ocorrências investigadas). Essas informações corroboram o fato de que as vítimas preferem tentar o suicídio no seu próprio lar. Ainda em relação à característica do local, poucos atentaram contra a própria vida em seus locais de trabalho (51,61% das respostas encontradas em 4,5% das ocorrências que continham essa informação, ou seja, em apenas 16 eventos dos 694 investigados).

Os métodos mais comuns para a tentativa de suicídio (ver **Tab. 9**) foram os métodos mais brandos, tais como a ingestão de substâncias (40,35% dos casos) e o uso de arma branca (23,34% dos casos). O valor de p no teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi inferior a 0,0001, demonstrando que a variação encontrada é estatisticamente significativa. Quando o meio utilizado foi uma arma de fogo (6,20% do total), verificou-se em qual região do corpo a vítima disparou: se na região da cabeça (46,34%) ou na região toracoabdominal (53,66%). Entretanto, a diferença observada não é relevante estatisticamente, uma vez que o valor de p encontrado no teste do χ^2 para semelhantes proporções foi de 0,64.

Tabela 9. Dados de tentativas de suicídios em função das características dos eventos.

Característica do local	%	Risco⁽¹⁾	Tentou suicídio em casa	%^(a)	Risco⁽⁴⁾
Residência	70,32	5,42	Sim	73,68	2,80
Estabelecimento	16,71	1,29	Não	26,32	1,0 ^r
Via pública	12,97	1,0 ^r			
Meio utilizado	%	Risco⁽²⁾	Tentou suicídio no trabalho	%^(b)	Risco⁽⁵⁾
Afogamento	0,29	0,007	Sim	51,61	1,07
Arma de fogo	6,20	0,15	Não	48,39	1,0 ^r
Fogo no corpo	3,46	0,09			
Enforcamento	14,12	0,35	Motivo	%^(c)	Risco⁽⁶⁾
Arma branca	23,34	0,58	Crime passional	39,30	18,03
Atropelamento	2,45	0,06	Problemas financeiros	2,33	1,07
Projeção	9,80	0,24	Doença mental	23,87	10,95
Ingestão de substância	40,35	1,0 ^r	Doença física	2,18	1,00
Local do disparo	%	Risco⁽³⁾	Dependência álcool/droga	18,05	8,28
Região da cabeça	46,34	0,86	Outras dificuldades	3,78	1,73
Região toracoabdominal	53,66	1,0 ^r	Estava preso	8,30	3,81
			Sem motivo aparente	2,18	1,0 ^r

Nota: o “Risco” foi obtido dividindo o percentual da categoria analisada pela categoria de referência (^r Categoria de referência). Em alguns casos, os dados das ocorrências não continham todas as informações e a análise estatística foi feita com os dados disponíveis: ^(a) 93,1% do total, ^(b) 4,5% do total, ^(c) 73,5% do total. O teste do qui-quadrado para semelhantes proporções foi aplicado em cada parâmetro estudado e os resultados obtidos foram: ⁽¹⁾ $p < 0,0001$; ⁽²⁾ $p < 0,0001$; ⁽³⁾ $p = 0,64$; ⁽⁴⁾ $p < 0,0001$; ⁽⁵⁾ $p = 0,86$; ⁽⁶⁾ $p < 0,0001$.

Os principais motivos que levaram a vítima a cometer a tentativa de suicídio (ver **Tabela 9**), conforme relato dos familiares ou da própria vítima em 73,5% dos boletins de ocorrência investigados, foram os crimes passionais (39,30%), as doenças mentais (23,87%) e a dependência de álcool/drogas (18,05%). A divergência observada nos oito motivos elencados é relevante estatisticamente ($p < 0,0001$ no teste do χ^2 para semelhantes proporções).

5. DISCUSSÃO

No documento “Prevenção do Suicídio” da OPAS/MS (2006), podemos elencar alguns pontos nesta discussão:

- A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo;
- A cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida;
- O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre as pessoas com idade entre 15-35 anos.
- Cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos seis outras pessoas;
- Depressão é o diagnóstico mais comum em suicídios consumados. Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam.
- Um terço dos casos estão relacionados à dependência de álcool; 5 a 10% das pessoas que fazem uso problemático de álcool cometem suicídio.
- 10% dos pacientes com esquizofrenia cometem suicídio.

O suicídio é considerado um desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores. Os fatores que concorrem para este fenômeno ocorrem em conjunto, entre eles destacam-se, tentativas prévias de suicídio, fatores genéticos, suporte social e familiar e psicopatologia (Chachamovich, 2009).

O presente estudo comprovou, conforme os valores obtidos e dispostos na **Tabela 1**, que os índices de suicídio variaram de 4,02 (para o ano de 2005) para 4,83 (para o ano de 2014) suicídios por 100 mil indivíduos, representando um aumento de aproximadamente 20% na década investigada. E como observado, as três curvas são crescentes (valores positivos para os coeficientes angulares nas equações), indicando que as taxas de suicídio, por 100 mil habitantes, estão aumentando com o passar do tempo nas populações investigadas (todos os indivíduos, somente homens e somente mulheres).

Os níveis das taxas de mortalidade por suicídio foram classificados de acordo com a norma de Diekstra e Gulbinat: taxas menores que 5 mortes / 100 mil habitantes foram consideradas baixas, entre 5 e 15 mortes por 100 mil consideradas médias, 15 -30 altas e 30 ou mais foram consideradas muito altas (Gonçalves, 2011). Os dados obtidos da Capital Federal permitem classificar o estudo na categoria 1: taxas consideradas baixas, porém já no limiar para taxas consideradas médias.

O suicídio em crianças (menores de 12 anos) é raro, mas pensamentos suicidas ocorrem com frequência. No Brasil e no mundo, a mortalidade por suicídio em adolescentes e adultos jovens tem aumentado significativamente, podendo estar associado a questões

socioeconômicas, como dificuldade de emprego e o aumento do uso de drogas (Shaffer; Greenberg, 2003). O presente estudo demonstrou o aumento significativo de suicídios e tentativas nos jovens, o que está de acordo com a tendência mundial.

Os sábados e domingos demonstraram ser os dias preferenciais pelos indivíduos para se suicidarem na Capital Federal.

No que se refere ao gênero, a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação as aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, buscando ajuda em momentos de crise e participando das redes de apoio social (Gonçalves, 2011).

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi et al., 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006 Laurenti et al., 2005; Luck et al., 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al., 2002; Brasil, 2009).

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino.

A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al., 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Comportamentos que predispõem ao suicídio, como competitividade, impulsividade, e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo são mais comuns no universo masculino.

Os resultados evidenciaram também alguns fatores mais relacionados a homens sofrendo de depressão: procuram menos ajuda, menos frequente são diagnosticados como

deprimidos e recebem menos tratamentos para depressão, além de aderir também menos a estes tratamentos (Chachamovich, 2009).

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005). Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, outras drogas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica (Política Integral de Saúde do Homem, Brasil, 2009).

No presente estudo foi significativa a associação entre o desemprego e o suicídio.

A associação entre suicídio e desemprego é descrita há muito tempo, com risco três vezes maior de suicídio em homens desempregados por até dois anos (Kposowa, 2001), pois o trabalho é rico de sentido individual e social. É o meio de produção da vida de cada um, criando sentidos existenciais ou contribuindo na estruturação da personalidade e da identidade (Borges e Tamayo, 2001).

Vasconcelos e Oliveira (2004) enfatizam ainda que o trabalho ao produzir no homem um sentido de inclusão social, revela quanto a sociedade dá importância àquele que está produzindo. Como destacam Guattari e Rolink (1986), o ambiente de trabalho pode ser uma fonte de reconhecimento e troca de afeto.

As incertezas geradas pela desenfreada globalização e quanto ao futuro profissional (Castel, 1998) podem fazer com que o indivíduo desempregado torne-se alvo de discriminações e exclusões. O distanciamento do meio social torna-se inerente, uma vez que ocorrem rupturas dos laços de sociabilidade que foram constituídos no mundo do trabalho.

A perda do emprego e suas consequências são objeto de estudo desde os anos 30. Contudo, Estramiana (1992) afirma que não há uma profunda continuidade nos estudos, evidenciando certo atraso frente ao sujeito desempregado. Os estudos até então desenvolvidos demonstram que as consequências do desemprego não se limitam apenas aos fatores econômicos (Blanch, 2001). O desemprego trás no seu bojo questões mais específicas da clínica, que se estendem desde o prejuízo na auto-estima (Sarriera, 1993) até os casos relacionados com suicídio (Gunnell et al., 1993).

Ferrara, Acebal e Paganini (1976) definem a saúde mental como a expressão de luta do ser humano perante os seus conflitos, procurando enfrentá-los, abrindo assim a perspectiva de um novo diálogo. Codo, Soratto e Menezes (2004) propõem uma leitura da saúde mental fazendo um contraponto com Freud, de maneira a incluir no conceito o amar e trabalhar. Ou seja, os distúrbios mentais instauram-se pela incapacidade de amar e de trabalhar, sendo que um retroalimenta e produz o outro. Para tanto, a saúde mental encontrar-se-ia situada na capacidade humana de construir-se a si próprio.

Dejours (1994) aponta que o sofrimento no trabalho começa quando o trabalhador não mais satisfaz as imposições da organização do trabalho, gerando pressão no ambiente de trabalho. Há, portanto, um desafio aqui exposto: como transformar de forma criativa, sem adoecimento, a situação do desemprego? Já que o indivíduo sofre igualmente com a perda do emprego ou se permanece numa organização rígida, sem possibilidade de criação. A evolução no processo de adoecimento psíquico do desempregado pode ser pensada em quatro fases propostas por Lira e Weisntein (1985, citados por Seligmann, 1994b). No primeiro momento ocorre a reação do indivíduo que busca soluções para seu desemprego. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental, contudo, ele já demonstra alguns sintomas, como mudança de humor e insônia. A segunda fase caracteriza-se pela transição, na qual presencia-se desânimo, tristeza e o início de um processo de isolamento. A adaptação patológica frente à situação é a terceira fase, sendo que pode ocorrer o alcoolismo. O último momento caracteriza-se pelo embotamento afetivo e a deterioração da autoimagem, acentuando o desalento.

A relação existente entre o desemprego e os transtornos mentais ainda não está totalmente compreendido. Contudo, alguns autores (Ezzy, 1993; Graetz, 1993) destacam a existência de certos tipos de desemprego, como, por exemplo, a saída de um emprego monótono e repetitivo, limitador das habilidades do indivíduo, como fonte de consequências positivas, da mesma forma que certos empregos têm efeitos negativos sobre a saúde mental.

Silva (2006) aponta que a perda do vínculo com o emprego formal pode conduzir o indivíduo a manifestar o surgimento de gastrites, úlceras, desenvolvimento de cânceres, estresse, fadiga, entre outros. A autora sinaliza que as manifestações podem ocorrer também no desenvolvimento de problemas emocionais, como neuroses, psicoses, síndrome de pânico, depressão, fobia social, ansiedade e outros.

Em 20,4% das ocorrências estudadas, os familiares responderam ao questionamento se a vítima já tinha (93,24%) ou não (6,76%) tentado suicídio outras vezes.

Em relação às tentativas, esses dados conformam uma espécie de iceberg, pois apenas uma pequena proporção do chamado “comportamento suicida” chega ao conhecimento dos serviços tanto de saúde quanto de notificação.

Uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização. Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (Owens, Horrocks, & House, 2002).

Os resultados do presente trabalho demonstram que as principais mudanças de comportamento prévias identificadas foram o humor deprimido nos suicídios e a agressividade nas tentativas.

A depressão se destaca dentre os diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio. Traços psicopatológicos de agressão e impulsividade parecem exercer papel relevante no desencadeamento de atos suicidas (Chachamovich, 2009).

Existe a possibilidade de um transtorno mental estar presente na maioria dos casos. Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Vários fatores de ordem psicossocial levam o indivíduo a cometer suicídio e um dos catalisadores é o consumo excessivo de álcool e intoxicação alcoólica aguda.

O consumo excessivo de álcool e/ou abuso de outras drogas estão intimamente ligados a tentativa ou consumação de suicídios: de acordo com o presente estudo, no qual foi detectado alcoolemia positiva em 31,85 % dos suicídios.

Quanto ao alcoolismo e tabagismo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2009), cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo. O uso abusivo do álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Na América Latina, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso abusivo dessa substância. Este índice é quatro vezes maior do que a média mundial e torna o problema da prevenção e do tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool, um grande problema de saúde pública. A magnitude deste problema estigmatiza e promove exclusão social. No Brasil, há cerca de 6 milhões de pessoas nesta situação.

Homens e mulheres bebem com frequências diferentes. Este fenômeno também se observa na América Latina, conforme Relatório do Banco Mundial (2002). Mas há certas características a serem observadas: os homens iniciam precocemente o consumo de álcool, tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres. No Brasil,

as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais, enquanto os homens apresentaram um percentual de 20%. Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento.

A embriaguez prejudica o juízo crítico e o autocontrole e as pessoas tendem a perder a inibição tornando-se mais impulsivas e irresponsáveis, podendo chegar a autolesão e desencadear o comportamento suicida nos indivíduos com predisposição para tal, sendo amplamente conhecido que indivíduos com históricos de abuso de substâncias psicoativas estão sobrerrepresentados nas estatísticas de mortalidade (Gonçalves,2015).

Embora o suicídio seja muitas vezes considerado como uma questão primordialmente de saúde mental, relacionando-se com os transtornos afetivos em particular, estudos tem mostrado consistentemente que o suicídio e o comportamento suicida também são fortemente relacionados com o uso problemático de álcool e outras drogas. Estimou-se que o risco de suicídio é em média 10 vezes maior entre as pessoas com dependência química, sendo observado em um estudo um histórico de tentativa de suicídio em 43% dos pacientes internados para tratamento de dependência alcoólica e, em outro estudo, observou-se que a ideação suicida aumentou mais de três vezes e o risco de tentativas de suicídio mais quatro vezes em mulheres jovens com dependência alcoólica (Gonçalves, 2015).

O que corrobora com uma sequência de dois estudos (Kaplan, 2013; Kaplan, 2015) buscou verificar a influência do álcool e da economia nos suicídios. Os resultados encontrados sugerem que a intoxicação alcoólica aguda em suicídio interage com as condições econômicas, tornando-se mais prevalente durante as crises.

O álcool é considerado um importante fator de risco para acidentes de trânsito, suicídios, homicídios e outras causas de lesões, sendo a droga mais consumida pela população, pois seu uso é lícito, o acesso é fácil e o preço é baixo. Dentre os 153 países, o Brasil ocupa o 63º lugar do uso per capita de álcool na faixa etária de 15 anos (Gonçalves,2015).

Na Turquia foi observada alcoolemia positiva em 12% das vítimas por enforcamento, segundo estudos anteriores, o etanol foi a substancia psicoativa mais comumente encontrada em amostras de sangue das pessoas que cometeram suicídio por enforcamento e intoxicação por outras substancias, sendo observado que 62% dos casos de intoxicações e 66% dos

enforcamentos a alcoolemia excedia 1,0 g/l, sugerindo que as vítimas estavam embriagadas quando de sua morte (Gonçalves, 2015).

Dessa forma, segundo estudos analisados, observa-se uma relação dose-resposta, na qual: quanto maior o consumo de álcool, maior a prevalência de comportamentos suicidas, sendo que o alcoolismo está bastante relacionado com o suicídio, considerando que as pessoas que fazem uso problemático de álcool têm de 60 a 120 vezes mais probabilidade de cometerem suicídio do que a população abstêmia. Por outro lado, observou-se também que a redução do consumo de álcool em alguns países estava associada à queda no número de suicídios, enquanto, em outros, o alto consumo de álcool associava-se a taxas altas de suicídio (Gonçalves, 2015).

As substâncias psicoativas agem alterando as comunicações entre os neurônios, podendo produzir diversos efeitos de acordo com o neurotransmissor envolvido e a forma como a droga atua. A ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante (euforia, desinibição, loquacidade) e outra depressora (falta de coordenação, descontrole, sono e até coma).

Os benzodiazepínicos são ansiolíticos que produzem depressão do sistema nervoso central, caracterizado por: 1) diminuição da ansiedade; 2) indução do sono; 3) relaxamento muscular; 4) redução do estado de alerta; até depressão do centro respiratório.

A cocaína acentua a ação principalmente da dopamina e da noradrenalina que são neurotransmissores excitatórios com estimulação do SNC, produzindo euforia, ansiedade, estado de alerta, mas também vasoconstrição a microinfartos.

A maconha, sua ação no SNC, dependerá da quantidade e da qualidade da maconha fumada e da sensibilidade do indivíduo que a fuma. Os efeitos são predominantemente de delírios e alucinação.

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%) (Lovisi et al., 2009).

No presente estudo, como forma para o cometimento do suicídio (ver **Tabela 3**), as vítimas, em sua maioria (53,13%), preferiram o enforcamento, seguido do uso de arma de fogo (16,36%), da ingestão de substâncias (13,60%) e da projeção de edificações (9,93%), dados estes que corroboram com a literatura, onde; os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (Lovisi et al., 2009).

As taxas de suicídio ao redor do mundo variam de acordo com os aspectos culturais, regionais e sociodemográficos, e também de acordo com a maneira como estas mortes são registradas.

Dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações constantes de atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (sub-notificação) (IBGE, 2006). Além de sub-registro e de sub-notificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (Gotsens et al., 2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como diferencial realizar a análise dos casos de suicídio e tentativas de suicídio em uma série histórica de 10 anos – 2005 a 2014 – composta por 1088 ocorrências de suicídio e 694 ocorrências de tentativa de suicídio, registradas pela Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF). Além dos Boletins de Ocorrência, foram utilizados os registros constantes nos Laudos de Perícia Criminal (relatórios elaborados pelo Instituto de Criminalística da PCDF) e nos Laudos de Exame de Corpo de Delito (documentos emitidos pelo Instituto de Medicina Legal da PCDF), referentes às ocorrências investigadas, porém não foram contrapostos outros sistemas de informações do DF ou do Brasil na análise dos dados.

Sendo assim, o conjunto de dados epidemiológicos aqui resumidos confirma a magnitude desse fenômeno humano. Além do impacto emocional desse tipo de morte, há o impacto dos números para a sociedade e para o Estado.

A tentativa de suicídio deve ser encarada com seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos. Dar especial atenção a uma pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio.

Estudar o fenômeno do suicídio é pensar, a princípio, na interrupção do ciclo vital da pessoa humana de forma auto-inflingida, pois o suicídio burla a ordem natural da vida em escala abrangente.

A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

Freud (1910) assim disse:

"... não se pode esquecer que o suicídio não é nada mais que uma saída, uma ação, um término de conflitos psíquicos".

Nossas propostas futuras quanto ao estudo do suicídio incluem desde análises mais específicas, correlacionando os dados já catalogados, assim como a proposição de uma escala de risco, utilizando o perfil da vítima aqui estudado afim de propor medidas de prevenção efetivas.

7. REFERÊNCIAS

- Baptista M.N.;Borges,A.Suicídio: Aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia***22(4)**, 425-431,2005.
- Bardin,L.*Análise do conteúdo*. Ed. 70. Lisboa, 1979.
- Bostwick J.M.; Pankratz V.S. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am. J. Psychiatry*, **157**, 1925-1932, 2000.
- Botega, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP***25(32)**, 2014.
- Brandão, A.K. Psicopatologia: Suicídio. *Sinergia***3(2)**, 127-132, 2002.
- Brasil, Portaria 1876/2006 Estratégia GM, 2006.
- Brasil, Portaria 1944/2009 GM, 2009.
- Brasil, Portaria 1271/2014 GM, 2014.
- Cassorla, R.M.S.*O que é suicídio*. Coleção Primeiros Passos. Ed. Brasiliense. 1984
- Chachamovich, E.;Cools. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psqui.*, 2009.
- Cheung, Y.T.D.; Spittal, M.J.; Pirkis, J.; Yip, P.S.F. Spatial analysis of suicide mortality in Australia: investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories. *Social Science & Medicine*, **75(8)**, 1460-1468, 2012.
- Durkheim E.*O suicídio*. Martin Claret, São Paulo, Brasil, 2003.
- Gohn, A. *O Estudo das Políticas de saúde: implicações e fatos*. In: Campos, G.et al Tratado de Saúde Coletiva, 2012.

- Gonçalves, L.R.C; Gonçalves,E.; Oliveira, L.B.J.Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*.**21(2)** 281-316, 2011.
- Gonçalves, E.M.G.; Ponce J.C.; Leyton, V. Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça***20(1)**, 9-14, 2015.
- Hassamal, S.; Keyser-Marcus, L.; Breden, E.C.; Hobron, K.; Bhattachan, A.; Pandurangi, A. A Brief Analysis of Suicide Methods and Trends in Virginia from 2003 to 2012. *BioMed Research International***104036**, 2015.
- Hofling,E. *Estado e políticas (públicas) sociais*. Cadernos CEDES, ano XXI, no. 55.
- Kaplan, M.S.; McFarland, B.H.; Huguet, N.; Conner, K.; Caetano, R.; Giesbrecht, N.; Nolte, K.B. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury Prevention : Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, **19(1)**, 38-43, 2013.
- Kaplan, M.S.; Huguet, N.; Caetano, R.; Giesbrecht, N.; Kerr, W.C.; McFarland, B.H. Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev*.**21(1)**, 35-41, 2015.
- Kim, S.; Ha, J.H.; Yu, J.; Park, D.H.; Ryu, S.H. Path analysis of suicide ideation in older people. *International Psychogeriatrics***26**, 509-515, 2014.
- Márin-Leon, L.;Barros,M.B.A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioecoômico.*Rev. Saúde Pública***37(3)**, 357-363, 2003.
- Masson, C. *Direito Penal esquematizado: parte geral*.Vol. 1, 11ª ed., Editora Forense. Rio de Janeiro, 2017.
- Mattos,R.; Baptista,T. Caminhos para a análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro, ENSP, IMS, FAPERJ.

- Meleiro, A.M.A.S.; Mello-Santos, C.; Wang, Y-P. *Suicídio e tentativa de suicídio*. Psiquiatria Básica. 2ª. Edição. Editora Artmed. Porto Alegre. 2007/2011.
- Minayo, M.C.; Deslandes, S.F.; Gomes, R. *Pesquisa Social Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes, 29 ed. 2010.
- Ngui, A.N.; Apparicio, P.; Moltchanova, E.; Vasiliadis, H.M. Spatial analysis of suicide mortality in Québec: spatial clustering and area factor correlates. *Psychiatry Research* **220(1-2)**, 20-30, 2014.
- Niederkrötenhaler, T.; Floderus, B.; Alexanderson, K.; Rasmussen, F.; Mittendorfer-Rutz, E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *J. Epidemiol. Community Health* **66**, 233-239, 2012a.
- Niederkrötenhaler, T.; Fu, K.W.; Yip, P.S.F.; Fong, D.Y.T.; Stack, S. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J. Epidemiol. Community Health* **66**, 1037-1042, 2012b.
- Nordström, P.; Samuelsson, M.; Åsberg, M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **91**, 336-340, 1995.
- Nordt, C.; Warnke, I.; Seifritz, E.; Kawohl, W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *The Lancet Psychiatry* **2(3)**, 239-245, 2015.
- Paim, J. et al. *O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios*. Saúde no Brasil. The Lancet, 2011.
- Pinheiro, L.R.S.; Monteiro, J.K. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho* **10(2)**, 35-45, 2007.

Quental, I.A. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção, um desafio para o SUS. UFRGS. Porto Alegre, 2008.

REBRAPS, www.rebraps.com.br.

Santos S.A., Legay, L.F., Lovisi, G.M.; Santos, J.F.C.; Lima, L.A. Suicídios e tentativas de suicídio por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, **16(2)**, 376-87, 2013.

Santos S.A.; Legay, L.F.; Aguiar, F.P.; Lovisi, G.M.; Abelha, L.; Oliveira, S.P. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública* **30(5)**, 1057-1066, 2014.

Schmitt, R.; Lang, M.G.; Quevedo, J.; Colombo, T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* **30(2)**, 115-123, 2008.

Schneider, S.; Schmitt, C. O uso do método comparativo nas ciências sociais. *Cadernos de Sociologia* **9**, 1998.

Santos, S.A.; Legay, L.F.; Lovisi, G.M.; Santos, J.F.C.; Lima, L.A. Suicídios e tentativas de suicídio por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. *Revista Brasileira de Epidemiologia* **16(2)**, 376-87, 2013.

Santos, S.A.; Legay, L.F.; Aguiar, F.P.; Lovisi, G.M.; Abelha, L.; Oliveira, S.P. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública* **30(5)**, 1057-1066, 2014.

Schmitt, R.; Lang, M.G.; Quevedo, J.; Colombo, T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* **30(2)**, 115-123, 2008.

Schneider, S;Schimitt, C. O uso do método comparativo nas ciências sociais. *Cadernos de Sociologia* **9**, 1998.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/sinan, 2014.

Waiselfisz, J.J.. *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Flacso Brasil, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

WHO - World Health Organization. *World Health Statistics 2013: a wealth of information on global public health*. Genebra, Switzerland, 2013.