

Suicídio em idosos residentes no Distrito Federal, Brasil, no período de 2011 - 2015

Suicide on elderly residents in Distrito Federal, Brazil, in the period 2011 - 2015

Marcia Cristina Barros e Silva dos Reis¹
 Maria Liz Cunha de Oliveira²
 Camila Barros e Silva dos Reis³

¹Mestrado em Ciências para a Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS/Fepecs. Endereço: Hospital Regional do Gama- Área Especial nº 01, St. Central - Gama, Brasília - DF, 72405-90.

²Doutorado em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Católica de Brasília- UCB.

³Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS- SMHN Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs - Asa Norte, Brasília - DF, 70710-907.

Correspondência

Marcia Cristina Barros e Silva dos Reis
 marciareis.med@gmail.com

Maria Liz Cunha de Oliveira
 lizcunhad@gmail.com

Camila Barros e Silva dos Reis
 camila.bsreis@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil da mortalidade por suicídio de idosos residentes no Distrito Federal entre 2011 e 2015.

Método: Estudo transversal de laudos cadavéricos do Instituto de Medicina Legal e de ocorrências policiais.

Resultados: Dos 62 suicídios, 51,6% foi por enforcamento, 54,8% na faixa etária de 60 a 69 anos, 80,6% homens, 40,3% casados, 85,5% cometidos em residências, pela manhã (45,2%). Alcoolemia positiva em 22% dos homens, em 95,5% dos exames toxicológicos realizados, negativos. Depressão relatada em 54% de 50 com informações disponíveis.

Conclusão: as taxas de suicídio em idosos são ascendentes, sendo necessário estratégias de enfrentamento nos grupos mais vulneráveis.

Palavras-chave: Suicídio; Idoso; Autopsia; Epidemiologia; Registros de mortalidade.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of suicide mortality among elderly residents in the Federal District between 2011 and 2015.

Method: Cross-sectional study of cadaveric reports from the Instituto de Medicina Legal and police reports.

Results: Of the 62 suicides, 51.6% were by hanging, 54.8% in the age group from 60 to 69 years, 80.6% men, 40.3% married, 85.5% committed in homes, in the morning (45.2%). Positive blood alcohol levels in 22% of men, in 95.5% of toxicological tests performed, negative. Depression reported in 54% of 50 with available information.

Conclusion: suicide rates in the elderly are rising, requiring coping strategies in the most vulnerable groups.

Keywords: Suicide; Old man; Autopsy; Epidemiology; Mortality records.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um tema complexo, pois sua etiologia é multicausal. Alguns indivíduos fazem tentativas ou cometem suicídio por impulso; outros praticam a autolesão perante situações de longo sofrimento psicológico e emocional, associado ou não a doenças orgânicas. O ato suicida afeta a família e a comunidade da qual o indivíduo faz parte, e a prevenção de sua ocorrência requer ações baseadas em Políticas Públicas específicas. Estratégias a serem traçadas para o enfrentamento do suicídio necessitam de um prévio conhecimento das características que envolvem sua ocorrência, relativas aos indivíduos e aos eventos lesivos.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, os comportamentos suicidas podem resultar da interação de fatores sociais, psicológicos e culturais. As estimativas globais de taxas de suicídios são provavelmente subestimadas, podendo ocorrer sub-registros por motivos legais e religiosos, ou mesmo devido à ineficiência no sistema de registro, quando a causa do óbito é classificada como desconhecida, indeterminada ou homicídio. Estima-se a ocorrência de 804.000 mortes por suicídio no mundo todo, no ano de 2012. Isto representa 1,4% de todas as mortes, tornando-se a 15ª causa de morte no mundo, e reflete uma taxa padronizada global de suicídio de 11,4 por 100 mil habitantes, sendo 15,0 para os homens e 8,0 para mulheres. Ressalta-se que essas estimativas devem ser analisadas com cautela, pois apenas 60 dos 172 estados-membros da OMS, para os quais foram estimadas as taxas de suicídio, têm uma boa qualidade de registro de dados.

O relatório menciona taxas de suicídios entre homens três vezes maiores do que entre as mulheres nos países mais ricos. Nos países de média e baixa renda, essa relação cai para 1,5. Quanto à idade, observaram-se taxas mais elevadas em pessoas com 70 anos ou mais, independentemente do sexo, em quase todas as regiões do mundo.

A depressão, em geral associada às perdas acumuladas ao longo da vida, constitui a principal causa de suicídio entre idosos². Estes geralmente não comunicam a intenção de cometer suicídio

e, em regra, a primeira tentativa é bem sucedida, devido a um planejamento mais cuidadoso e utilização de meios mais letais, sobretudo pelos homens. Portanto, é incomum a história de tentativa prévia no grupo geriátrico.

Em relação ao método, a ingestão de pesticidas, enforcamento e uso de armas de fogo foram mais comuns, considerando a população mundial, havendo variações com outros meios conforme o grupo populacional¹. O relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)³, que revelou dados acerca da mortalidade por suicídio nas Américas referentes ao período de 2005 a 2009, cita as asfixias, o envenenamento e o uso de armas de fogo como principais métodos de suicídio no Brasil, considerando ambos os sexos.

Os fatores de risco associados à vulnerabilidade ao comportamento suicida são vários e podem ser cumulativos: dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, disponibilidade facilitada dos meios para a prática de suicídio, veiculação inadequada de notícias de suicídio na mídia, estigmatização das pessoas que procuram ajuda motivadas por comportamentos suicidas, problemas de saúde mental, abuso de álcool e outras substâncias, guerras, desastres, estresse por aculturação (como exemplo, os indígenas), discriminação, abuso, violência, relações pessoais conflituosas, tentativa anterior de autoextermínio, dor crônica e história familiar de suicídio¹.

O óbito por causa externa (ou não natural) decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), independentemente do intervalo de tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente. As estatísticas vitais no Brasil, acessadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade⁴, revelaram 758.616 óbitos por causas externas de toda a população brasileira, no período de 2011 a 2015, sendo 135.053 casos (17,8%) representados pela população de 60 anos e mais.

O relatório da OMS¹ mostra que o Brasil ocupa a 8ª posição, dentre os 172 países-membros dessa Organização, com maior incidência de suicídios. Em 2012, ocorreram 11.821 suicídios no Brasil,

sendo a taxa bruta para todas as idades igual a 6,0 por 100 mil habitantes, porém, aumenta para 9,8 em pessoas de 70 anos e mais, de ambos os sexos. No entanto, considerando as taxas por sexo nesse grupo etário, há uma diferença significativa, sendo 3,3 para mulheres e 18,5 para homens. Destacase, nesse estudo, o aumento das taxas de suicídio padronizadas por idade, no período de 2000 a 2012: 10,4% em ambos os sexos. O aumento foi mais significativo entre as mulheres (17,8%) do que entre os homens (8,2%).

No âmbito do Distrito Federal (DF), a população total estimada em julho de 2015 era de 2.906.574 habitantes, sendo 15,4% composta por habitantes com 60 anos e mais⁵. Os óbitos por causas externas de toda a população do DF, entre 2011 e 2015, foram representados por 9.491 casos⁴. Quanto aos suicídios no DF, ocorreram 624 casos naquele período, sendo 466 óbitos masculinos e 158 femininos, com uma razão de 2,9 óbitos masculinos para cada óbito feminino⁴.

Apesar de o estudo de avaliação da tendência temporal da mortalidade brasileira por suicídio em pessoas de 60 anos ou mais, de 1980 a 2009⁶, ter evidenciado uma tendência à estabilidade no DF, dados mais recentes mostram uma evolução populacional acelerada nessa unidade federativa do Brasil, com aumento progressivo da proporção de idosos. Desse modo, é esperado um aumento do número absoluto de suicídios no grupo geriátrico. Em 2004, a proporção de idosos com 60 anos e mais era de 7,4% da população total, e saltou para 15,4% em 2015⁵.

Justifica-se a realização desta pesquisa em razão do suicídio ser uma causa de morte potencialmente evitável, com grande repercussão no âmbito familiar e na comunidade. De modo especial, a população geriátrica, cujas taxas proporcionais de suicídio são maiores quando comparadas à população mais jovem, apresenta crescimento acelerado, podendo ser esperado um aumento significativo das ocorrências de autoextermínio neste grupo e, conseqüentemente, na população como um todo. Portanto, conhecer o perfil dos idosos mais suscetíveis ao suicídio permite um melhor enfrentamento do problema por parte da família, comunidade e governo.

O objetivo é descrever o perfil da mortalidade por suicídio de idosos residentes no DF, Brasil, no período de 2011 - 2015, com a finalidade de subsidiar futuros estudos acerca do suicídio no grupo

geriátrico e permitir a elaboração de estratégias de seu enfrentamento.

MÉTODOS

Este estudo é analítico observacional transversal, com dados secundários obtidos de todos os laudos cadavéricos e boletins de ocorrência policial referentes a óbitos de idosos com 60 anos e mais, residentes no DF, decorrentes de suicídios e necropsiados no Instituto de Medicina Legal (IML), no período de 2011 a 2015. O ponto de corte estabelecido em 2015, quanto ao período do estudo, deve-se ao fato de haver conclusões pendentes em diversos laudos cadavéricos de 2016, assim como algumas ocorrências policiais na condição de “em apuração”. Considerou-se idoso o indivíduo com 60 anos de idade e mais, de acordo com o conceito da OMS⁷ para países em desenvolvimento.

Os registros de dados desta pesquisa foram obtidos pelo cruzamento das informações extraídas dos laudos periciais e ocorrências policiais. Apesar de os óbitos de idosos por suicídio não apresentarem um número elevado em termos absolutos, tornam-se relevantes em termos relativos, tendo em vista a tendência de crescimento acelerado da população geriátrica, a qual corresponde a 15,4% da população total⁵.

As causas externas de mortalidade foram analisadas e classificadas conforme os grupos constantes na Classificação Internacional de Doenças, em sua 10^a revisão (CID-10)⁸. Foram selecionados os dados referentes a idosos que morreram em decorrência de lesões autoprovocadas intencionalmente, abrangendo os códigos de X60 a X84.

Além do termo “suicídio”, foram utilizados os termos ou expressões “autoextermínio”, “autolesão fatal” e “óbito por lesão autoprovocada intencionalmente”, conforme descrições observadas na literatura e nas descrições das fontes de dados.

As variáveis utilizadas no estudo foram referentes ao indivíduo (sexo, estado civil, residência com localidade no DF, ingestão de álcool, uso de substância entorpecente ou psicotrópica e idade) e ao evento da autolesão (mês, dia da semana, período do dia, se houve atendimento hospitalar, método empregado para a prática de suicídio e a localidade, no DF, de ocorrência do evento lesivo).

As faixas etárias foram divididas em 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 anos e mais. A divisão das faixas etárias foi baseada na pirâmide etária do Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹, e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁴, sendo agrupados a cada 10 anos a partir de 60 anos, e todos com 90 anos e mais. Considerou-se “casado” o indivíduo com “união estável” ou “convivente”, conforme descrito nas fontes de dados. Os indivíduos declarados “separados” foram considerados “divorciados”.

Os locais onde ocorreram os suicídios foram classificados em residência, via pública, estabelecimento público e instituição de longa permanência para idosos. Pesquisaram-se, ainda, os meios utilizados para concretizar o suicídio.

Durante a coleta de dados, realizou-se um diário de campo, sendo extraídas informações referentes a tentativas prévias de autoextermínio, aviso prévio (verbal ou escrito), história de depressão, transtorno mental, câncer e uso de medicamentos antidepressivos.

A variável dependente deste estudo foi a taxa de mortalidade por suicídios, representada pela Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP). Para os cálculos das taxas, foram utilizados o número de óbitos ocorridos no período de 2011 a 2015. As demais

variáveis, consideradas para fins de análise, foram sexo, idade, estado civil, local de ocorrência, período do dia, dia da semana e mês.

Utilizou-se o Programa *Microsoft Excel*, versão 2013, para o processamento das variáveis (nominais ou categóricas) e descrição em termos de porcentagens e proporções. Os resultados foram dispostos de forma descritiva e por meio de tabelas de frequência.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o número (CAAE): 54757216.6.0000.5553.

RESULTADOS

Considerando todos os óbitos de idosos residentes no DF, por causas externas, ocorreram 670 casos no período de 2011 a 2015, sendo 529 (78,8%) por acidentes, 79 (11,7%) por homicídios e 62 (9,2%) por suicídios.

A Tabela 1 demonstra características pessoais dos idosos e referentes ao local, dia da semana, período do dia e mês de residentes no DF que cometeram suicídios entre 2011 e 2015. A maior frequência de suicídios foi observada no grupo etário de 60 a 69 anos 34 (54,8%), com predominância no sexo masculino 50 (80,6%).

Tabela 1.

Características dos Casos de Suicídio Ocorridos no Distrito Federal - Período de 2011 a 2015. Brasília-DF, 2015

Características	Masc.		Fem.		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária						
60 a 69	29	46,80%	5	8,10%	34	54,80%
70 a 79	14	22,60%	6	9,70%	20	32,30%
80 a 89	7	11,30%	1	1,60%	8	12,90%
≥ 90	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Estado Civil						
Casado(a)	21	33,90%	4	6,50%	25	40,30%
Divorciado(a)	15	24,20%	2	3,20%	17	27,40%
Solteiro(a)	9	14,50%	3	4,80%	15	19,40%
Viúvo	5	8,10%	3	4,80%	8	12,90%
Local do Evento						
Residência	42	67,70%	11	17,70%	53	85,50%
Via Pública	7	11,30%	1	1,60%	8	12,90%

Sem Inf.	1	1,60%	0	0,00%	1	1,60%
Dia da Semana						
Domingo	9	14,50%	1	1,60%	10	16,10%
Segunda	7	11,30%	2	3,20%	9	14,50%
Terça	6	9,70%	2	3,20%	8	12,90%
Quarta	8	12,90%	1	1,60%	9	14,50%
Quinta	8	12,90%	3	4,80%	11	17,70%
Sexta	6	9,70%	2	3,20%	8	12,90%
Sábado	5	8,10%	0	0,00%	5	8,10%
Sem Inf.	1	1,60%	1	1,60%	2	3,20%
Período do Dia						
Manhã	22	35,50%	6	9,70%	28	45,20%
Tarde	16	25,80%	2	3,20%	18	29,00%
Noite	6	9,70%	1	1,60%	7	11,30%
Madrugada	2	3,20%	2	3,20%	4	6,50%
Sem Inf	4	6,50%	1	1,60%	5	8,10%
Mês do Evento						
Janeiro	3	4,80%	0	0,00%	3	4,80%
Fevereiro	3	4,80%	1	1,60%	4	6,50%
Março	5	8,10%	1	1,60%	6	9,70%
Abril	5	8,10%	2	3,20%	7	11,30%
Mai	2	3,20%	0	0,00%	2	3,20%
Junho	4	6,50%	1	1,60%	5	8,10%
Julho	5	8,10%	0	0,00%	5	8,10%
Agosto	4	6,50%	1	1,60%	5	8,10%
Setembro	9	14,50%	2	3,20%	11	17,70%
Outubro	5	8,10%	1	1,60%	6	9,70%
Novembro	2	3,20%	1	1,60%	3	4,80%
Dezembro	2	3,20%	2	3,20%	4	6,50%
Sem inf.	1	1,60%	0	0,00%	1	1,60%

Fonte: IML/DF.

Considerando o estado civil, os suicídios foram mais frequentes no grupo dos indivíduos casados 25 (40,3%) e menos comuns entre os viúvos 8 (12,9%). O local mais frequente escolhido para a prática do suicídio foi a própria residência 53 (85,5%), sendo observado, de forma geral, maior número de suicídios às quintas-feiras 11 (17,7%) e aos domingos 10 (16,1%). Quase metade dos eventos ocorreu no período da manhã 28 (45,2%).

O mês de setembro liderou o número absoluto de suicídios 11 (17,7%), seguido do mês de abril 7 (11,3%), considerando ambos os sexos.

O estado toxicológico dos idosos suicidas foi demonstrado na Tabela 2. A ingestão prévia de álcool foi detectada apenas no grupo masculino. Exames laboratoriais (dosagem de álcool ou exame toxicológico) não são realizados nos indivíduos que receberam tratamento médico-hospitalar, pois a administração de líquidos e medicamentos interfere no resultado dos testes laboratoriais. A positividade dos exames toxicológicos (pesquisa de substância entorpecente ou psicotrópica) foi baixa em todo o grupo estudado (4,4% dos exames realizados), sendo detectado o uso de benzodiazepínicos em dois casos.

Tabela 2.**Características do Estado Toxicológico do Suicida Distrito Federal – Período de 2011 a 2015. Brasília-DF, 2015.**

Características	Total (N)			Percentual		
	Geral	Masc.	Fem.	Geral	Masc.	Fem.
Alcoolemia						
Negativo	41	31	10	66,1%	50,0%	16,1%
Positivo	9	9	0	14,5%	14,5%	0,0%
Não Realizado	12	10	2	19,4%	16,1%	3,2%
Toxicologia (substâncias entorpecentes ou psicotrópicas)						
Negativo	43	34	9	69,4%	54,8%	14,5%
Positivo	2	1	1	3,2%	1,6%	1,6%
Não Realizado	17	15	2	27,4%	24,2%	3,2%

Fonte: IML/DF.

Quanto à hospitalização do indivíduo antes do óbito, foi realizada em apenas 12 casos (19,3%), e os outros 50 óbitos ocorreram no local da prática da autolesão (80,6%).

Os métodos empregados para cometer o suicídio estão expostos na Tabela 3, conforme os

códigos padronizados na CID-10⁸. Os meios mais observados em ambos os sexos foram o enforcamento 32 (51,6%), seguido de precipitação de lugar elevado 9 (14,52%) e uso de arma de fogo de mão 8 (12,9%).

Tabela 3.**Meio utilizado para a prática do suicídio ocorridos no Distrito Federal – Período de 2011 a 2015. Brasília-DF, 2015**

Características	Masc.		Fem.		Geral	
		%		%		%
Código CID-10						
X68 - Exposição, intencional, a pesticidas	1	1,6	2	3,2	3	4,8
X69 - Exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	2	3,2	0	0	2	3,2
X70 - Enforcamento, estrangulamento e sufocação	28	45,2	4	6,5	32	51
X72 - Disparo de arma de fogo de mão	7	11,3	1	1,6	8	13
X76 - Lesão por fumaça, pelo fogo e por chamas	5	8,1	1	1,6	6	9,7
X78 - Objeto cortante ou penetrante	1	1,6	0	0	1	1,6
X79 - Objeto contundente	1	1,6	0	0	1	1,6
X80 - Precipitação de um lugar elevado	5	8,1	4	6,5	9	15

Fonte: IML/DF.

As características de localidade estão expostas na Tabela 4. Quanto à localidade de residência dos idosos suicidas de ambos os sexos, a Asa Norte 8 (12,9%), Ceilândia 8 (12,9%) e Taguatinga 5 (8,1%)

apresentaram os maiores percentuais. Também a Asa Norte 9 (14,5%) e Ceilândia 8(12,9%) exibiram os maiores percentuais de locais com ocorrências de suicídios, seguidos por Brazlândia 5 (8%).

Tabela 4.

Características de Localidade dos Casos de Suicídio Ocorridos no Distrito Federal – Período de 2011 a 2015. Brasília-DF, 2015

Características	Residência		Evento	
	Localidade	Total (N)	Percentual	Total (N)
Águas Claras	4	6,5%	4	6,5%
Asa Norte	8	12,9%	9	14,5%
Asa Sul	4	6,5%	4	6,5%
Brazlândia	4	6,5%	5	8,1%
Ceilândia	8	12,9%	8	12,9%
Cruzeiro	2	3,2%	1	1,6%
Gama	1	1,6%	1	1,6%
Guará	2	3,2%	2	3,2%
Lago Norte	1	1,6%	1	1,6%
Lago Sul	1	1,6%	1	1,6%
Núcleo Bandeirante	1	1,6%	1	1,6%
Paranoá	1	1,6%	0	0,0%
Park Way	2	3,2%	2	3,2%
Planaltina	2	3,2%	3	4,8%
Recanto das Emas	2	3,2%	2	3,2%
Riacho Fundo	0	0,0%	1	1,6%
Riacho Fundo II	1	1,6%	0	0,0%
Samambaia	4	6,5%	4	6,5%
Santa Maria	1	1,6%	1	1,6%
São Sebastião	2	3,2%	2	3,2%
Sobradinho	2	3,2%	2	3,2%
Sobradinho II	1	1,6%	1	1,6%
Sudoeste/Octogonal	1	1,6%	1	1,6%
Taguatinga	5	8,1%	3	4,8%
Vicente Pires	2	3,2%	2	3,2%
Sem Informação	0	0,0%	1	1,6%

Fonte: IML/DF.

O diário de campo revelou, dentre os 62 históricos de suicídios, 49 casos com informações pessoais acerca dos indivíduos, relatado por familiares, amigos e relatórios médicos, sendo 39 homens e 10 mulheres. Dentre estes 49 casos, havia relato de uma ou mais tentativas prévias de suicídio 7 (14%), comunicação da intenção de cometer suicídio (verbalmente ou por escrito) 11 (22%), depressão 27 (54%), transtorno mental 5 (10%), câncer 5 (10%), uso de medicação antidepressiva 10

(20%) e ausência de todos os relatos anteriores em 13 casos (26%).

DISCUSSÃO

Os resultados permitem observar a ocorrência de 9.487 óbitos por causas externas no DF, no período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2015, sendo 624 suicídios, conforme as

Informações Epidemiológicas e de Morbidade do Ministério da Saúde⁴. Cerca de um décimo dos casos foi praticado por idosos residentes no DF 62 (9,93%), de acordo com o resultado deste estudo. Esse número representa todos os casos de suicídios de idosos ocorridos no DF, pois todas as pessoas que faleceram por causas externas ou suspeitas devem ser submetidas a necropsia por médicos legistas, em localidades como o IML. Muitos estudos são baseados apenas nos registros das declarações de óbitos, cuja completude dos dados apresenta frequentes limitações.

A avaliação da mortalidade por suicídio da população adulta e idosa no Brasil, de 1980 a 2006¹⁰, mostrou um crescimento das taxas decorrente do aumento de suicídios na população masculina de todas as idades, no entanto, o maior acréscimo foi no grupo de homens maiores de 60 anos.

Os resultados mostraram ainda uma razão de suicídios masculinos/femininos de 4,1, superior à proporção dos valores globais, pois, de forma geral os homens cometem três vezes mais suicídios do que as mulheres¹. Este fenômeno é observado nos países de alta renda, tendo sido descrita, em 2012, uma proporção de homens para mulheres de 3,5. Um estudo descritivo acerca da mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros, de 1996 a 2007, mostrou uma razão média de óbitos homem/mulher igual a 2,8¹¹.

Segundo Azevedo (2018)¹², a cultura de que o homem deve ser sempre forte e ser o provedor da sua família gera um determinismo social e condiciona o homem velho e aposentado a acreditar que já não possui mais utilidade enquanto “pai de família” e trabalhador.

A maior proporção de suicídios entre os homens no DF também chama atenção devido ao fato de a população geriátrica feminina ser superior à masculina, e esta diferença é maior do que na população mais jovem, na qual o sexo feminino também é predominante. Em 2011, as mulheres correspondiam a 56% e os homens a 44% da população geriátrica¹³.

O planejamento do ato suicida no grupo masculino é mais frequente e a escolha dos métodos possui maior letalidade. Sugere-se, por isso, uma maior taxa de suicídio nesse gênero, uma vez que metade das tentativas de suicídio tem desfecho de morte, dado já comprovado no Ocidente¹⁴.

As razões potenciais para explicar diferentes taxas de suicídio entre homens e mulheres podem ser questões de igualdade de gênero, diferenças de métodos socialmente aceitáveis, estresse, conflitos entre homens e mulheres, disponibilidade e preferência por meios distintos de suicídio, disponibilidade e padrões de consumo de álcool e diferentes taxas de atenção para cuidados de transtornos mentais entre homens e mulheres¹. A contribuição da perspectiva de sexo para o estudo do suicídio foi abordada em um estudo de Minayo et al.(2017)¹⁰, no qual se verificou que tanto homens quanto mulheres foram afetados por desigualdades, estereótipos e vulnerabilidades de sexo.

Observou-se que, entre os indivíduos que tentaram suicídio, ocorreram mais mortes entre os casados, concordando com achados de Vidal et al.(2013)¹⁵ de que o casamento não exerceu um papel protetor contra o suicídio neste grupo. Infere-se que esse achado pode estar associado a fatores de ordem psicossocial, pois, é nessa idade que o padrão ativo do homem chega ao fim, ou é limitado com o processo de envelhecimento, e gera um impacto psíquico que conduz os idosos às possibilidades de ideação suicida, tentativas suicidas e suicídio¹².

Outra possível explicação para esse fato é a ocorrência de maior proporção de idosos mais jovens e casados em números absolutos no DF. Portanto, maior incidência de suicídios deve ser esperada no grupo mais numeroso. Em 2011, segundo o levantamento do perfil do idoso no DF¹³, 56,3% dos idosos se concentravam na faixa etária de 60 a 69 anos, e a grande maioria era de idosos casados (62,3%). Essa porcentagem sobe para 83,4% no sexo masculino. Por outro lado, naquele ano, a proporção de idosos de 80 anos e mais era de apenas 12,2%, sendo esperada maior taxa de viuvez neste grupo etário do que no grupo menos idoso; sendo este grupo etário menos populoso, poderia ser esperada menor ocorrência de suicídios nesta população.

Essas diferenças da frequência de suicídios, conforme o estado civil, foram observadas entre os homens, porém, os números absolutos foram semelhantes entre as mulheres casadas, solteiras e viúvas, e menores no grupo de idosas divorciadas. Tal aspecto foi observado em um estudo de Cavalcante e Minayo¹⁶. O mesmo padrão de prevalência entre casados foi verificado em outro estudo, que avaliou o suicídio de 40

homens idosos nas cinco regiões do país, de 2006 a 2009¹⁵, no qual 67,5% dos indivíduos eram casados, 17,5% divorciados e 15% viúvos, e não houve casos entre solteiros.

O domicílio foi o local predominante para a prática do suicídio em ambos os sexos, e tal resultado foi coincidente com outros estudos no Brasil¹⁶. Esses números indicam a maior disponibilidade de meios ou maior facilidade de execução dos métodos de suicídio no domicílio, dentre aqueles com maior frequência no grupo geriátrico. Com esse resultado, pode-se inferir que o domicílio é o espaço social mais comumente disponível às pessoas idosas, uma vez que é provável que, na maior parte do tempo, estão reclusas a esse espaço, o que torna a normalidade desse ambiente propício ao ato suicida. É no domicílio onde se encontram os instrumentos que podem servir na execução do ato suicida (cordas, armas de fogo, produtos químicos, medicações) e facilitar a execução do suicídio nesse ambiente¹².

Em estudo sobre o perfil de vítimas decorrentes de lesão autoprovocada, alguns autores encontraram poucos casos de idosos que chegaram a serviços de urgência e emergência, e supõem que isso seja decorrente de que na população idosa a consumação da morte autoprovocada é mais efetiva ou porque os casos são tratados em casa ou em instituições na quais estão inseridos¹⁷.

Os dias da semana com o maior número de suicídios praticados no DF foram as quintas-feiras. Pode-se inferir que a aproximação do final de semana talvez exerça uma influência negativa para alguns idosos, sob a perspectiva de solidão ou isolamento social. Pesquisa conduzida por em Mato Grosso, aponta os domingos como o dia de maior incidência de suicídios¹⁸.

No período da manhã, é observada a maior porcentagem de suicídios de forma geral. Chamou atenção o fato de o percentual de suicídios no sexo masculino ser elevado no período da tarde 16 (32%), respondendo por um terço dos suicídios entre os homens. Tal padrão não foi observado no sexo feminino, cuja frequência foi igual no período da tarde e da madrugada. A depressão sob a forma de “melancolia” é caracterizada por uma piora matinal e pelo despertar precoce pela manhã, associada a outros aspectos¹⁹. Tal característica pode ter sido importante em alguns suicídios cometidos, em razão da elevada incidência de de-

pressão relatada (54% de 50 casos com informações disponíveis).

Setembro foi o mês de destaque para os suicídios no DF, de modo geral e no sexo masculino (17,7% do total geral e 18% do total de homens). Coincidentemente, nesse mês é realizada uma campanha mundial de conscientização sobre a prevenção do suicídio, no Brasil denominada “Setembro Amarelo”. Ela foi iniciada no ano de 2014, e por isso não é possível afirmar se houve alguma influência positiva ou negativa na ocorrência de suicídios. Os meses com maiores frequências em números de suicídios (em geral e entre os homens) foram abril, seguidos de outubro ou março. No caso das mulheres, os meses de abril, setembro e dezembro foram os mais frequentes, com porcentagens iguais, porém, numericamente não muito distintos de outros meses. Este achado difere do estudo de Silva 2018 no Mato Grosso¹⁸, onde o mês de maior incidência de suicídio é o mês de abril.

Pode-se inferir que o retorno à rotina, após períodos de férias e outras datas festivas, longe da atenção e do convívio com parentes, pode exercer alguma influência no estado emocional e na ocorrência de suicídios de idosos. Soma-se, ainda, durante o mês de abril, a preocupação com a cobrança de impostos, sendo a condição financeira fator estressante para muitos indivíduos.

A etiologia do suicídio é multifatorial, e sofre influência de questões individuais, sociais, econômicas e culturais, doenças de caráter mental, como a depressão, ou qualquer outro fator isoladamente e suporte interpessoal, o isolamento social, a solidão e a ausência ou a deficiência de rede suporte social². Para as pessoas idosas, estas situações são altamente desvitalizantes.

A ingestão prévia de álcool foi pouco frequente, considerando toda a população idosa que cometeu suicídio, sendo o resultado da dosagem de álcool no sangue ou humor vítreo negativo. A literatura descreve o alcoolismo como fator de risco para o suicídio^{1,2}, e esta pesquisa demonstrou ser característica distinta entre os sexos nessa população, pois nenhuma mulher havia ingerido álcool antes da prática do suicídio.

Quanto ao uso de substâncias entorpecentes, sua positividade foi observada em apenas 4,4% do total de exames realizados em ambos os sexos. Os exames toxicológicos foram negativos em 43 indi-

vídios (95,5% dos exames realizados), no entanto, no diário de campo foi anotado que 10 idosos possuíam histórico de uso de antidepressivos, que podem ou não acusar positividade neste exame, dependendo da dose e tempo transcorrido entre a ingestão do medicamento e o óbito. Do total de suicídios, 12 casos não possuíam informações acerca do histórico de vida do suicida.

Lazari (2020)² aponta uma relação causal entre a prescrição de antidepressivos e o aumento do número de suicídios, com advertência específica sobre o aumento do risco de suicídio poucos meses após o início da terapia ou na mudança de doses. Associado a uma ativação ou estimulante *like* com os seguintes sintomas, ansiedade, agitação, ataques de pânico, insônia, irritabilidade, hostilidade, agressividade, impulsividade, acatisia (inquietação psicomotora), hipomaníaca e mania, os quais têm sido relatados em pacientes em tratamento com antidepressivos para transtorno depressivo, bem como para outras indicáveis, tanto psiquiátricas quanto não psiquiátricas.

Dos 50 casos restantes, 54% dos idosos, considerando ambos os sexos, possuíam história de depressão, convergindo com dados da literatura. Ressalta-se o fato de apenas 20% daqueles idosos utilizarem medicação antidepressiva, indicando um possível desinteresse pelo estado mental e emocional, ou irregularidade do tratamento nesse grupo populacional.

Esta pesquisa revelou que o percentual de tentativas prévias de suicídio foi maior no grupo feminino 2 (18%) do total de mulheres e do grupo masculino 5 (12%) do total de homens.

De acordo com um levantamento de literatura internacional realizada por Barrero (2012)²⁰, para cada idoso que comete suicídio, houve quatro tentativas no grupo geriátrico, enquanto que, na população geral, para cada suicídio, há de 15 a 20 tentativas.

Quanto ao método empregado para a prática do suicídio, esta pesquisa revelou que o meio preferido entre os idosos é o enforcamento, perfil semelhante ao encontrado em outros estudos realizados no mundo e no Brasil¹⁸. O estudo acerca do suicídio de idosos nos municípios brasileiros, de 1996 a 2007, mostrou que o principal meio empregado se enquadra na categoria X70 do CID-10 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação)¹¹. A

tendência de mortalidade por suicídios na população brasileira, estudada no período de 1980 a 2006, revelou que o enforcamento liderou os métodos escolhidos para a prática de suicídio, sendo relevante o uso de arma de fogo pelos homens e uso de fumaça, fogo e chamas, ou precipitação de altura, pelas mulheres¹⁰.

Quanto às regiões do DF com maior número de suicídio, a Asa Norte liderou a ocorrência de suicídios, assim como o maior número de idosos suicidas residentes nesta localidade, seguida por Ceilândia. Nessas duas localidades, ocorreram 27,4% dos suicídios. Tal situação chama a atenção pelo fato da densidade populacional total de Ceilândia ser maior que o dobro da Asa Norte (479.713 e 210.067 habitantes, respectivamente)⁵. Apesar da participação relativa de idosos na população total diferir nas regiões administrativas do DF, ambas as regiões citadas possuíam, cada uma, cerca de 14% da população idosa. Portanto, a maior proporção de idosos residentes na Asa Norte e a maior densidade populacional geral em Ceilândia explicam a semelhança dos valores numéricos encontrados.

Quanto às limitações do estudo, pode-se mencionar o uso de fontes secundárias de dados e a incompletude de registros de algumas variáveis do estudo. Nesse sentido, para garantir a qualidade das informações para futuras pesquisas, é necessário que os órgãos envolvidos com a informação das vítimas de autoextermínio criem estratégias para catalogar a maior quantidade de informações sobre a sua ocorrência. O tema “mortalidade de idosos por suicídio” pode ser explorado em futuros estudos, abrangendo a população idosa de outras localidades, de modo a vislumbrar um panorama nacional.

CONCLUSÃO

Ocorreram 62 suicídios, sobretudo na faixa etária de 60 a 69 anos (54,8%), no sexo masculino (80,6%), casados (40,3%), e o enforcamento foi o principal meio (51,6%). A maioria dos casos aconteceu em residências (85,5%), no período da manhã (45,2%), aos domingos no grupo masculino (18%) e às quintas-feiras no sexo feminino (25%). O mês de setembro se destacou, principalmente entre os homens (18%).

Os vários fatores direta e indiretamente relacionados à questão do autoextermínio do idoso,

como as enfermidades psicológicas e psiquiátricas, o etilismo, dentre muitos outros, devem ser combatidos, enquanto forma de prevenção a essa questão social.

Assim, esta pesquisa contribui no sentido de apontar o panorama da mortalidade por autoexterminio para futuros estudos, especialmente diante das novas perspectivas na legislação de controle de agrotóxicos e de porte de arma no Brasil. Além disso, pode colaborar para a tomada de decisões

por parte dos órgãos competentes no enfrentamento dessa problemática, bem como estimular e ampliar a discussão do tema.

No contexto local, os dados alertam os profissionais de saúde sobre a prevenção do suicídio e a necessidade de um olhar mais atento sobre os idosos, auxiliando na detecção precoce e na promoção da saúde mental nesse momento da vida. Ainda, é imprescindível a educação permanente com o intuito de conhecer e reconhecer os sinais de ideação e planos de suicídio nesse grupo etário.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014 [acesso em maio 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. ACG Lazari. O perfil de utilização de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos no âmbito do Exército Brasileiro: no controle e prevenção do suicídio. [S. l.]. Trabalho de Conclusão de Curso [Curso de Aperfeiçoamento Militar/Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais Médicos] - Escola de Saúde do Exército; 2020
3. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las américas. Informe regional. Washington, DC: OPS; 2014 [acesso em 15 maio 2017]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27709&Itemid=270&lang=es
4. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Brasília: DATASUS; [201-] [acesso em 10 abr 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>
5. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão; 2015 [acesso em 20 abr 2017]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/295-pesquisa-distrital-por-amostra-de-domicilios.html>
6. Pinto LW, Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. Ciênc. saúde coletiva. 2012 Aug;17(8):1973-1981. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800008>
7. World Health Organization. Health statistics and health information systems: definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2 mar 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing-defnolder/en/>
8. Organização Mundial de Saúde. Cid-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. [S. l.]: Edusp; 2017.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 10 abr 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=530010>
10. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 out [acesso em

- 01 jun 2017];17(10):2665-2674. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000016&lng=en
11. Pinto LW, Assis SG, Pires TO. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 ago;17(8):1963-1972. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007>
 12. Azevedo UN. Perfil da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil: uma análise das diferenças entre os gêneros. Natal. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]- Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018 [acesso em 22 jul 2020]; Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26885/1/UliceliaNascimento-DeAzevedo DISSERT.pdf>
 13. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Perfil dos idosos no Distrito Federal, segundo as regiões administrativas. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013 [acesso em 12 fev 2017]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/codeplan/pdf/pesquisas%20socioecon%20c3%b4micas/2013/perfil%20do%20idoso%20no%20df.pdf>
 14. Pedrosa B, Duque R, Martins R. Suicídio no Idoso: O Antecipar da Morte. *PsiLogos*. 2016;14(1):50-56. <https://doi.org/10.25752/psi.7409>
 15. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 jan [acesso em 22 jul 2020];29(1):175-187. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>
 16. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 ago;17(8):1943-1954. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002>
 17. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(9):2841-2850. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
 18. Silva ES, Marques Junior J, Suchara EA. Perfil de suicídios no município da Amazônia Legal. *Cafajeste. Saúde colet*. [Internet]. 2018 mar [acesso em 22 jul 2020];26(1):84-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000100084&lng=en <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800010135>
 19. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1999 maio;21(suppl 1):06-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
 20. Barrero SAP. Suicide risk factors among the elderly. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Aug;17(8):2011-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800012>.