

Caracterização dos suicídios atendidos por um Posto de Criminalística do Sul do Brasil

Tiago Santos Carvalho ^{a,b}*, Victória Haas Horn ^b

^a Instituto Geral de Perícias (RS), Brasil

^b Universidade Feevale, Novo Hamburgo (RS), Brasil

*Endereço de e-mail para correspondência: tiagocarvalho@feevale.br. Tel.: +55-51-981778085.

Recebido em 05/07/2018; Revisado em 07/01/2021; Aceito em 22/07/2021

Resumo

O suicídio consiste no ato intencional de tirar a própria vida. É um problema de saúde pública que está entre as três maiores causas de morte no mundo, sendo responsável por um milhão de mortes por ano, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2014. Estes dados não incluem as tentativas de suicídio, que são de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si. O desfecho deste evento está comumente associado a transtornos mentais e é resultado de uma interação multifatorial. O presente trabalho apresenta a frequência de suicídios ocorridos na Região do Vale dos Sinos, Vale do Caí, Vale do Taquari e Região das Hortênsias entre os anos de 2012 e 2016. O índice de suicídios da região analisada atingiu valores semelhantes ao nacional. Os resultados mostraram que homens cometem mais suicídios do que as mulheres, sendo a maioria na faixa dos 41 aos 60 anos de idade e predominando o enforcamento como método utilizado em ambos os sexos.

Palavras-Chave: Suicídio; Comportamento Suicida; Epidemiologia; Perícia Criminal.

Abstract

The suicide consists of intentionally taking your own life. It's a public's health problem, which is among the three major causes of death worldwide, being responsible for one million deaths a year, according to World's Health Organization's (WHO) data of 2014. These data don't include suicide attempts, which are 10 to 20 times more often than the suicide itself. This outcome is commonly associated with mental disorders and is result of a multifactorial interaction. This review will present the frequency of suicides occurred in Vale dos Sinos, Vale do Cai, Vale do Taquari and Região das Hortênsias, between 2012 and 2016. The suicide rate on the analyzed area reached similar values as the national mean. The results showed that men commit suicide more often than women, the majority among the ages 41 and 60 and predominating hanging as the method used on both genders.

Keywords: Suicide; Suicidal Behavior; Epidemiology; Forensic Science

1. INTRODUÇÃO

Considera-se suicídio a morte intencional e auto infligida, ou seja, quando a própria vítima decide tirar sua vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número total de mortes por suicídio já é maior do que as de morte em todos os conflitos mundiais, representando cerca de 3 mil pessoas por dia em todo o mundo que tiram

a própria vida, o que resulta em uma morte a cada 40 segundos. No caso de tentativas de suicídio, as estatísticas são ainda mais graves. Em uma perspectiva mundial, estes números podem representar um valor superior em até 20 vezes [1, 3-4]. O levantamento mais recente realizado pela OMS, no ano de 2016, coloca o Brasil como 113º país com maior índice de suicídios no mundo, alcançando uma média de 6.5 suicídios por 100.000 habitantes por ano [2].

O enforcamento, a ingestão de organofosforados e o uso de arma de fogo estão entre as formas mais frequentes de suicídio em nível mundial [4]. Outros métodos utilizados incluem a asfixia por constrição das vias aéreas superiores ou inalação de gás, precipitação em queda livre e o uso de arma branca por esgorja (corte na face anterior do pescoço) e/ou cortes nos pulsos [1, 5].

Mesmo havendo uma grande divergência nos dados epidemiológicos entre os países, o coeficiente do Brasil se encontra abaixo da média mundial, que está entre 10 e 20 suicídios/100.000 habitantes por ano [6]. No entanto, na região Sul do Brasil, especificamente no estado do Rio Grande do Sul, o coeficiente é quase duas vezes maior que a média nacional (9,88 suicídios/100.000 habitantes por ano, contra 5,7/100.000 habitantes por ano no país). No ano de 2007, 1.099 pessoas tiraram a vida, sendo elas 878 do sexo masculino e 221 do sexo feminino, desse total, 911 fizeram uso de métodos violentos (enforcamento e armas de fogo) [7].

O objetivo deste estudo é relatar a frequência de suicídios ocorridos na região de atendimento do Posto de Criminalística de Novo Hamburgo/DC/IGP-RS, a qual engloba a área que corresponde às cidades das Regiões do Vale dos Sinos, Vale do Caí, Vale do Taquari e Região das Hortênsias no Estado do Rio Grande do Sul.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O Posto de Criminalística de Novo Hamburgo está vinculado ao Departamento de Criminalística do Instituto-Geral de Perícias do Rio Grande do Sul e é responsável pelo pronto atendimento dos locais de morte decorrentes de causas violentas ou suspeitas ocorridas na sua respectiva região de atendimento.

A área de atendimento do Posto de Criminalística engloba 49 cidades, equivalente a um total de 1.311.322 habitantes e uma área territorial de 5.414.166 Km², de acordo com dados do IBGE de 2016.

Foram coletados os dados de suicídios ocorridos na região de atendimento PCNH/DC/IGP-RS a partir do Sistema Informatizado Protocolo Geral de Perícias (PGP), do ano de 2012 a 2016, discriminando por sexo, idade e método utilizado para o acometimento do mesmo, subdivididos entre arma branca, asfixia, enforcamento, disparo de arma de fogo (DAF), intoxicação (por medicamentos ou drogas de abuso) e precipitação.

A identidade das vítimas foi mantida em absoluto sigilo, fazendo uso apenas de informações estritamente necessárias para a realização do estudo, respeitando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

Foi utilizado o teste de qui-quadrado para analisar as frequências das variáveis estudadas, através do software SPSS versão 24. A inferência estatística foi realizada considerando-se um nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Análise descritiva

No período compreendido entre os anos de 2012 a 2016, o Posto de Criminalística de Novo Hamburgo/DC/IGP-RS registrou 330 atendimentos de locais de suicídios, assim expostos na Tabela 1. No período analisado foi observado um coeficiente de 5,0 suicídios/100.000 habitantes por ano, colocando-se próximo da média nacional. Deve-se ressaltar que um coeficiente nacional de mortes por suicídio acoberta significativas diferenças entre as regiões. Em alguns grupos populacionais como, por exemplo, indígenas do Centro-Oeste e Norte, e lavradores do interior do Rio Grande do Sul, estes valores se aproximam dos coeficientes apresentados em países do Leste Europeu e Escandinávia, que ficam entre 15 e 30 suicídios/100.000 habitantes por ano [8]. Já no estado de Santa Catarina, estudos revelam um coeficiente em torno de 7,0 suicídios/100.000 habitantes por ano, constituindo um dos maiores coeficientes nacionais [9].

Estes valores, quando comparados com outros países, podem ser considerados baixos. O coeficiente médio de mortalidade por suicídio no ano de 2015 entre países como Estados Unidos, França, Coreia do Sul e Sri Lanka, conforme dados da Organização Mundial da Saúde, foi de 14,3, 16,9, 32 e 35,3 suicídios por 100.000 habitantes por ano, respectivamente.

Além disso, existe uma grande incidência de mortes por suicídio em pacientes internados. Há uma estimativa de que estes casos sejam de 3 a 5 vezes mais frequente nos hospitais do que na população em geral [6].

Outrossim, os índices de suicídios ocorridos dentro das casas prisionais costumam ser maiores do que os da população em geral. De acordo com dados levantados pela Organização Mundial da Saúde, em 2000, a taxa média de suicídio nas penitenciárias onde se encontram presos já sentenciados é três vezes maior que a da população em geral, e, em ambientes prisionais que abrigam detentos por curto prazo, esses números são até dez vezes maiores do que a taxa da população em geral [13].

Estudo realizado por Negrelli (2006) visou determinar as causas das mortes dos apenados no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) ocorridas entre os anos 1995 e 2005. O suicídio foi a terceira causa da morte mais frequente, resultando, proporcionalmente com a população carcerária, uma relação média de 30,76 casos para cada 100 mil habitantes, perdendo apenas para doenças infecciosas e homicídio [14].

Tabela 1. Frequência das vítimas distribuídas por ano.

Período	Valor Absoluto	Valor Relativo (%)
2012	49	14,8
2013	61	18,5
2014	65	19,7
2015	74	22,4
2016	81	24,5
Total	330	100,0

O número total de vítimas do sexo masculino mostrou-se superior ao de vítimas do sexo feminino, apresentando uma fração de 83,9% do total, contra 15,5% de vítimas femininas e 0,6% de vítimas não identificadas no momento da perícia, como demonstra na Tabela 2. Conforme revisão realizada por Bilsker e White (2011), dentre todos os países com esses registros (exceto China e Índia) os homens apresentam um índice de suicídio de 3,0 a 7,5 vezes maior que as mulheres. No Canadá, o índice masculino é 3 vezes maior que o feminino [10]. Alguns autores citados por Schlosser (2014) levantam a hipótese de que o papel masculino na sociedade possa ter alguma relação com esse desfecho, uma vez que questões como dificuldades econômicas (como empobrecimento e/ou desemprego) são fatores de estresse que afetam mais os homens, tendo em vista que estão incluídos em uma sociedade patriarcal e esses fatores podem comprometer seu status de provedor [11].

Quanto à idade das vítimas, variou entre 14 e 88 anos, apresentando uma média de idade de 48 anos. Subdividiu-se em quatro faixas: até 20 (faixa 1); de 21 a 40 (faixa 2); de 41 a 60 (faixa 3) e acima de 61 anos de idade (faixa 4). O teste resultou em $p=0,03$, demonstrando que não há distribuição proporcional entre as idades, sendo que 37,6% das vítimas se enquadram na faixa 3, enquanto as faixas 1, 2 e 4 representam 4,2%, 27,9% e 23,9% do total, respectivamente, excluindo as vítimas sem identificação, que representam 6,4% do total, conforme mostra a Tabela 3. Estudos realizados na cidade de Jequié/BA mostraram que houve uma concentração de casos de suicídio na faixa etária acima dos 40 anos [12]. No Canadá, o predomínio foi na faixa dos 45 a 50 anos, com índices próximos de 29 suicídios/100.000 habitantes, seguido da faixa dos 85 a 90 anos, com índices de aproximadamente 27 suicídios/100.000 habitantes [10].

Tabela 2. Frequência das vítimas de acordo com o gênero.

Gênero	Valor Absoluto	Valor Relativo (%)
Sem ID	2	0,6
F	51	15,5
M	277	83,9
Total	330	100,0

Tabela 3. Frequência das vítimas de acordo com a faixa etária.

Faixa etária	Valor Absoluto	Valor Relativo (%)
Até 20	14	4,2
De 21-40	92	27,9
De 41-60	124	37,6
Acima 60	79	23,9
Total	309	93,6
Sem ID	21	6,4
Total	330	100,0

O enforcamento mostrou ser o método prevalente, constituindo 80,9% do total das vítimas femininas e masculinas, como mostra a Tabela 4. Os métodos, quando comparados entre países, são variáveis segundo a cultura e a facilidade de acesso que se tem a eles. Enquanto no Brasil o método predominante é o enforcamento, nos Estados Unidos predomina o uso de armas de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por organofosforados; na Inglaterra e Austrália, o enforcamento e intoxicação por gases [6].

Tabela 4. Frequência dos suicídios separada por método utilizado.

Método	Valor Absoluto	Valor Relativo (%)
Arma branca	6	1,8
Asfixia	2	0,6
DAF	42	12,7
Enforcamento	267	80,9
Intoxicação	7	2,1
Precipitação	6	1,8
Total	330	100,0

Conforme apresenta a Tabela 5, quando cruzados os dados discriminados por sexo e método utilizado, se obteve um $p=0,00$, o que demonstra que existe uma associação significativa entre esses dois parâmetros. As mortes por asfixia (2) e por uso de arma branca (6) ocorreram 100% em indivíduos do sexo masculino, representando 2,2% e 0,7% do total de morte entre os homens, respectivamente. O uso de arma de fogo também foi predominante nos homens, onde 92,9% do total de mortes por DAFs foi perpetrado por vítimas masculinas, contra 7,1% de vítimas femininas, totalizando 14,1% das mortes entre os homens e 5,9% entre as mulheres.

Já a ingestão de drogas e precipitação em queda livre foi prevalente no sexo feminino, acometendo 57,1% e 83,3%, das vítimas femininas, resultando em 7,8% e 9,8% do total de mortes entre estas, enquanto que nos homens esse resultado representa apenas 1,1% e 0,4% do total de

mortes do sexo masculino, tendo uma fração de 42,9% e 16,7% do total em cada parâmetro, respectivamente. As mortes por enforcamento, as quais representam a maior frequência de morte em ambos os sexos, somaram um

total de 85,3% nos homens e 14,7% nas mulheres, representando 81,6% do número absoluto de mortes do sexo masculino e 14,7% do sexo feminino.

Tabela 5. Frequência dos suicídios associando sexo e método utilizado.

		GÊNERO		Total	
		Feminino	Masculino		
MÉTODOS	Arma branca	Valor Absoluto	0	6	6
		Método %	0,0	100,0	100,0
		Sexo %	0,0	2,2	1,8
	Asfixia	Valor Absoluto	0	2	2
		Método %	0,0	100,0	100,0
		Sexo %	0,0	0,7	0,6
	DAF	Valor Absoluto	3	39	42
		Método %	7,1	92,9	100,0
		Sexo %	5,9	14,1	12,8
	Enforcamento	Valor Absoluto	39	226	265
		Método %	14,7	85,3	100,0
		Sexo %	76,5	81,6	80,8
	Intoxicação	Valor Absoluto	4	3	7
		Método %	57,1	42,9	100,0
		Sexo %	7,8	1,1	2,1
	Precipitação	Valor Absoluto	5	1	6
		Método %	83,3	16,7	100,0
		Sexo %	9,8	0,4	1,8
Total	Valor Absoluto	51	277	328	
	Método %	15,5	84,5	100,0	
	Sexo %	100,0	100,0	100,0	

4. CONCLUSÃO

O suicídio é resultante de uma interação multifatorial complexa, entre elementos genéticos, sociológicos, ambientais, culturais e psicológicos. Existe uma série de fatores frequentemente associados com o risco do acometimento de suicídio, incluindo fatores socioeconômicos, doenças psiquiátricas, as quais podem ter origem genética, e o uso abusivo de drogas e álcool.

As mortes por suicídio na região abordada ocorreram predominantemente em homens com idades entre 41 e 60 anos, tendo o enforcamento como método mais utilizado. Deve-se observar que um dos fatores de risco para o suicídio é a facilidade de acesso que se tem aos métodos. Em uma perspectiva mundial, predomina o uso de arma de fogo em países onde o seu uso é legalizado, como por exemplo, nos Estados Unidos; já em

regiões agrícolas, é comum a intoxicação por organofosforados.

Por fim, é importante ressaltar que, apesar dos índices observados na região estudada se aproximarem da média nacional, esses valores poderão estar subestimados, uma vez que foram contabilizados apenas os suicídios atendidos pela equipe pericial, desprezando os casos em que houve tentativa de socorro e remoção da vítima do local (*e. g.* encaminhamento ao hospital seguido de óbito), ou que a autoridade policial não julgou necessária a solicitação do exame, por motivo ignorado. Por esse motivo, enfatiza-se ainda mais a importância do conhecimento e da compreensão desse desfecho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] World Health Organization (*WHO*) (Ed.). Preventing suicide: A global imperative (2014). Retirado em 14/09/2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua.
- [2] World Health Organization (*WHO*). World Health Statistics data visualizations dashboard. Suicide (2016). Retirado em 31/07/2019, de <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
- [3] S. Santos et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, **9**: 2064-2074 (2009).
- [4] Organização das Nações Unidas (*ONU*). OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo (2016). Retirado em 17/10/2016, de <http://www.nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo>.
- [5] M. Macedo; B. Werlang. Tentativa de Suicídio: O Traumático Via Ato-Dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. **23**: 185-194 (2007).
- [6] N.J. Botega. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. **25**: 231-236 (2014).
- [7] J. Segal. **Aspectos Genéticos do Comportamento Suicida**. *Tese de Doutorado*, Curso de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (2009).
- [8] J.M. Bertolote et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry*. **5**: 382-383 (2003).
- [9] S. B. Sehnem; V. Palosqui. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. *Fractal, Rev. Psicol.* **26**: 365-378 (2014).
- [10] D. Bilsker; J. White. The silent epidemic of male suicide. *BC Medical Journal*. **53**: 529-534 (2011).
- [11] A. Schlosser et al. **Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital**. *Temas psicol.* **22**: 133-145 (2014).
- [12] V.S. Souza et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* **60**: 294-300 (2011).
- [13] World Health Organization (*WHO*). Preventing suicide: a resource for prison officers (2000).
- [14] A. M. Negrelli. **Suicídio no sistema carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul**. *Tese de Doutorado*, Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (2005).