

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUIZA ROSA BEZERRA LEÃO

**SUICÍDIO ENTRE IDOSOS: UM RECORTE DE DADOS DO BRASIL E
DO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2014**

Brasília

2019

LUIZA ROSA BEZERRA LEÃO

**SUICÍDIO ENTRE IDOSOS: UM RECORTE DE DADOS DO BRASIL E
DO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2000 E 2014**

Projeto Técnico-científico Aplicável como trabalho de
Conclusão do Curso de Especialização em Saúde
Coletiva da Escola Fiocruz

Orientador: Ms. Ana Júlia Tomasini

**Brasília
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L687s

Leão, Luiza Rosa Bezerra.

Suicídio entre idosos do Distrito Federal: linha do tempo de 2010 a 2014 / Luiza Rosa Bezerra Leão. – 2019.

29 f.: il.

Orientadora: Prof. Ms. Ana Júlia Tomasini.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Gerência Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas de Saúde, Curso de Especialização em Saúde Coletiva, 2019.

1.Suicídio. 2.Idoso. 3. Saúde mental. 4.Epidemiologia.

I. Título.

CDU 616.89

Bibliotecário responsável:

Jônathas Rafael Camacho Teixeira dos Santos (CRB-1/2951)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora e mais nova amiga, Ana Julia Tomasini, pelas orientações, conselhos e os muitos “vai dar tudo certo” que me permitiram acreditar que daria mesmo.

A todas as colegas de sala da 3ª turma do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília pelas diversas mensagens de apoio e troca de afetos. Foi um privilégio auxiliar e ser auxiliada no processo de formação de sanitaristas de cada uma de vocês.

A bibliotecária, Vanessa, pelas indicações de livros, mas também pelas risadas, conversas e pela disposição de nos receber sempre de braços e coração abertos na biblioteca da EFG.

A minha família, amigos e namorado, que estiveram junto comigo em toda essa jornada. Mesmo que muitas vezes os tivesse negligenciado em tempo, vocês não negligenciaram a mim apoio e carinho.

“Estou vivendo dias tão
felizes quanto os que Deus
proporciona aos seus santos.
Se eu morrer amanhã, pouco
importa. Já gozei as mais
puras alegrias da vida.”
Os sofrimentos do jovem
(GOETHE, 1774).

RESUMO

Objetivo: O presente Projeto Tecnocientífico Aplicável objetiva apresentar a realidade do suicídio entre pessoas idosas no Distrito Federal em comparação com o Brasil. **Metodologia:** análise de dados secundárias do SIM-DATASUS e de dados obtidos por meio de base de dados da Polícia Civil do Distrito Federal. **Resultados e Discussão:** o suicídio entre idosos do DF, assim como do Brasil, é masculino, associado a métodos violentos e altamente letais, especialmente enforcamento, frequentemente ocorrendo no lar do sujeito suicida, que é, casado, pardo. Suicídio, entretanto, é fenômeno que abrange todas as classes sociais indiscriminadamente. **Conclusão:** o presente estudo se propôs a ser o mais ampliado estudo realizado no Distrito Federal atualmente, mas a necessidade de mais trabalhos quanto ao assunto continua a se fazer urgente.

Palavras-chave: Suicídio. Idoso. Saúde Mental. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: This final paper aims at introducing the reality of suicide among older adults in the Brazilian Federal District (DF) compared to the rest of the country. **Method:** The methodology used is the secondary data analysis based on SIM-DATASUS (the national healthcare system's mortality information) and on the local civilian police's database. **Results and Discussion:** The research found that suicide among older adults in DF, as in Brazil, is mostly male, related to violent and highly lethal methods, especially hanging, and frequently happens at the suicidal's home, who is usually married and pardo (mixed race). Suicide, though, is something that encompasses all social classes indiscriminately.

Conclusion: This study aimed at being the broadest one in DF until its releasing, but the need of more research on the issue remains urgent.

Keywords: Suicide. Aged. Mental Health. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** Linha do tempo dos suicídios entre idosos de 2000 a 2014 por faixa etária.no Distrito Federal.....16
- Figura 2:** Estado Civil dos homens idosos que cometeram suicídio no DF de 2000 a 2014.. 18
- Figura 3:** Estado Civil das mulheres idosas que cometeram suicídio no DF de 2000 a 2014 18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos casos de suicídio entre idosos por sexo e por estados do Brasil...	12
Tabela 2 - Comparativo: campo “sexo” nas duas bases de dados.....	13
Tabela 3: Local e ano dos óbitos por suicídios entre idosos durante período de 2000 a 2014.....	15
Tabela 4: Número de suicídios de brancos, pretos, pardos e amarelos no DF de 2006 a 2014 a cada ano.....	17
Tabela 5: Cor das pessoas que cometeram suicídio no Brasil de 2000 a 2014,	17
Tabela 6: Causa da mortalidade dos idosos por sexo.....	19
Tabela 7: Local do óbito dos idosos.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

RAs – Regiões Administrativas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIM-DATASUS – Sistema Nacional de Mortalidade do SUS

MS – Ministério da Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde

DO – Declaração de Óbito

CID – Classificação Internacional de Doenças

PCDF – Polícia Civil do Distrito Federal

LAI – Lesões Autoprovocadas Intencionalmente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.4 OBJETIVOS	3
1.4.1 Objetivo Geral.....	3
1.4.2 Objetivos Específicos	3
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIOESPACIAL DO ENVELHECIMENTO NO MUNDO, NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL	5
2.2 PANORAMA DO FENÔMENO DO SUICÍDIO NO MUNDO, NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL 7	
2.3 AGEÍSMO E IMAGINÁRIO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO	8
3. METODOLOGIA.....	9
3.1 A ESCOLHA DOS DADOS UTILIZADOS NA CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	9
3.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	14
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
4.1 SUICÍDIO: FENÔMENO RECORRENTE ENTRE HOMENS IDOSOS	15
4.2 ESTADOS BRASILEIROS E RAS DO DF DE MAIOR PREVALÊNCIA	16
4.3 IDADE.....	19
4.4 COR.....	19
4.6 MEIO UTILIZADO.....	22
4.7 LOCAL DO ÓBITO	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O ato de exterminar a própria vida é algo premente em todas as culturas e em todas as épocas humanas. Suicidar-se, que para algumas culturas humanas do extremo oriente poderia significar manutenção da honra do indivíduo e, conseqüentemente, garantia de respeito à memória dele; para outras, significa protesto, discordância com um presente externamente imposto. Nessa lógica da manutenção da honra acima da manutenção da vida nasceu o ritual do *harakiri* japonês (1).

Para muitas pessoas vindas do continente africano em situação de escravidão, praticar o banzo era a morte voluntária, acolhida como alternativa melhor que a vida que se aproximava conforme os navios negreiros desembarcavam no Brasil e em tantos outros países. O estado de pesar passivo, segundo relatos, era capaz de mitigar até a vida dos mais fortes homens em questão de poucos dias. Banzo é a saudade que mata (2).

Para o mundo contemporâneo, ocidental, o suicídio adquiriu voltagem de sofrimento, angústia interior associado ou não a causas exteriores. Durante o período intitulado *romantismo* o suicídio significava “morrer de amor” e, portanto, ter vivido plenamente. A obra de Goethe intitulada *Os sofrimentos do jovem Werther* foi o expoente máximo desse período da história do romantismo europeu, sendo tal obra influenciadora para suicídios em massa de jovens por toda europa e, por isso mesmo, até banida de vários países. Até hoje há o temor de que noticiar casos de suicídio possa influenciar novos casos. O chamado *Efeito Werther* até hoje é temido por estudiosos de suicídio ao redor do mundo (3).

Veiculados em noticiários ou não, o fato é que os suicídios continuam ocorrendo, mas recentemente ganharam o *status* de problema de saúde pública em escala de pandemia (4). Falar de suicídio se faz urgente e muito já tem sido feito nesse sentido. A pergunta atual é: já é suficiente? Todas as vertentes do suicídio já foram estudadas exaustivamente?

A proposta do presente Projeto Tecnocientífico Aplicável é estudar suicídio, tema pouco explorado *per si*, aliando ele a uma de suas vertentes mais negligenciadas: o suicídio entre pessoas idosas, realidade presente, recorrente, urgente na realidade brasileira, mas, mesmo assim, absurdamente invisibilizada.

A aplicabilidade deste, além da óbvia e urgente necessidade de pesquisas com a temática do atual trabalho, será também auxiliar em estudo posterior em nível de mestrado da autora sob um dos sinais e sintomas que antecipam o suicídio: o isolamento social entre pessoas idosas.

1.4 OBJETIVOS

O presente título tem o seguinte objetivo:

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar diacronicamente a dinâmica do suicídio na população idosa entre o período de 2000 a 2014 no Brasil e no Distrito Federal.

1.4.2 Objetivos Específicos

- 1) Caracterizar o suicídio de 2000 a 2014 na população idosa no Brasil.
- 2) Caracterizar o suicídio de 2000 a 2014 na população idosa no Distrito Federal.
- 3) Analisar o suicídio de 2000 a 2014 na população idosa do Distrito Federal e do Brasil segundo critérios socioeconômicos, local do suicídio e método utilizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIOESPACIAL DO ENVELHECIMENTO NO MUNDO, NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL

O mundo envelheceu. A expectativa de vida humana tem aumentado de forma inédita, sendo as condições desse envelhecer serem absolutamente heterogêneas (5). A mudança na estrutura demográfica nos diversos países desenvolvidos e, mais recentemente, dos países em desenvolvimento, é marcada pela associação entre diminuição das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida através de melhorias no acesso a ações e serviços de saúde integrais e resolutivos, além de investimentos em infraestrutura, saneamento básico, acesso a educação e estímulo a maior escolarização, dentre outros Determinantes Sociais e em Saúde (DSS) (6,7).

Ao se estudar o processo de envelhecimento nos diversos países do mundo, pode-se observar, em termos gerais, que os países desenvolvidos contaram com a vantagem de terem crescido economicamente. A qualidade de vida da população melhorou, aparatos de proteção social foram criados e, quando a população realizou a transição demográfica e envelheceu, os países desenvolvidos já estavam prontos para suas novas realidades (8).

A América Latina e o Caribe, entretanto, estão primeiramente envelhecendo rapidamente sem terem melhorado fatores de crescimento econômico e de desenvolvimento. Ao contrário dos países desenvolvidos, estas nações latinoamericanas tem usufruído da revolução das tecnologias médicas e do desenvolvimento da saúde pública no período pós II Guerra Mundial, mas sem de fato contarem com melhoria no gerenciamento dos DSS nacionais. Economias frágeis, com índices alarmantes de desigualdade social são cenário comum nos países latinoamericanos, que gera limitações para construção de mecanismos de proteção social, em especial, da população idosa (6,8,9).

O Brasil não se diferencia tanto dos países de língua hispânica do continente americano: avançou e continuará avançando rapidamente na transição demográfica. A criação de um Sistema Único de Saúde público, acessível a toda pessoa em território brasileiro e integral em termos de abrangência de ações foi um dos fatores catalisadores da intensa transição demográfica, além da queda das taxas de fertilidade. Enquanto em 1980 havia 8 milhões de idosos brasileiros, em 2000 o número saltou para 14,5 milhões, o que representou aumento de 47,8% em apenas 20 anos. Aspectos de avaliação de desenvolvimento social, como

desigualdade social e crescimento econômico sustentável, contudo, acompanham as tendências dos demais países latinoamericanos (8,10,11).

Segundo o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), é considerada idosa toda e qualquer pessoa com 60 anos ou mais (12). As projeções apontam que em 2050, o Brasil se consolidará como o sexto país mais envelhecido do mundo, com 32 milhões de brasileiros acima de 60 anos, sendo que destes, serão mais de 14 milhões de idosos com mais de 80 anos. Em 2050, portanto o Brasil, superará, em números absolutos, o quantitativo de idosos europeus (8,13).

Envelhecer no Distrito Federal progride de forma semelhante ao restante do Brasil: dos aproximadamente 3 milhões de habitantes da capital, 326 mil pessoas tem 60 anos ou mais, constituindo 12,8% da população total, ou seja: acima da média nacional atual (11%). Essas pessoas se distribuem nas mais diversas Regiões Administrativas (RAs), sendo mais prevalentes nas RAs: Lago Sul (30,1%), Plano Piloto (21,9%), Lago Norte (19,8%), Gama (18,5%) e Taguatinga (18,3%), ou seja: é perceptível a maior concentração deles em RAs mais antigas e com população de maior poder aquisitivo, sendo que este último componente é diretamente proporcional ao número de idosos (13,14)

A pessoa idosa do Distrito Federal tem entre 60 e 70,9 anos (87,7%), é mulher (56%) segundo a classificação binária por sexos típica de estudos de população, entretanto elas em geral têm menor escolaridade e renda do que os homens idosos, sendo que, quanto maior o poder aquisitivo populacional da RA avaliada, maior essa disparidade entre os gêneros, podendo o valor alcançar o patamar de 96,2% (13,14). Ainda sobre gênero, no estudo citado não foram encontrados dados quanto à identidade ou à orientação sexual das pessoas entrevistadas.

Delineando-se um panorama geral, pode-se organizar as pessoas idosas do Distrito Federal em duas categorias socioeconômicas: aquelas que são aposentadas, casadas ou viúvas, moram nas RAs centrais, tem amplo acesso a serviços de saúde privados (84,9% a 90,7%), possuem escolarização em nível superior incompleto, a renda equivale a 5 salários mínimos ou mais. A outra categoria é daqueles que continuam trabalhando (muitos são aposentados, mas trabalham para complementar a renda); são viúvos (maioria) ou divorciados/ solteiros; moram em RAs periféricas, tem pouco acesso a serviços de saúde privados (1,5% a 36,6%); são analfabetos funcionais ou possuem ensino fundamental incompleto; a renda equivale a 1 ou 2 salários mínimos (13,14).

2.2 PANORAMA DO FENÔMENO DO SUICÍDIO NO MUNDO, NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL

Suicídio, essencialmente conceituado como “ato de exterminar a si próprio”, adquire significados diversos de acordo com e até mesmo internamente às várias culturas humanas e momentos históricos. Durkheim, em sua obra basilar do assunto, “O Suicídio”, o delinea como construto social (15,16). Dentre alguns dos principais fatores relacionados ao suicídio, cita-se tentativas anteriores, doenças mentais (especialmente depressão e abuso/ dependência de álcool e outras drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídios na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas como pobreza e desemprego (17).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é categórica em afirmar que suicídio é problema de saúde pública em escala de pandemia: as taxas médias de autoviolência na Europa, por exemplo, são de aproximadamente 29,3/100.000 habitantes na população com mais de 65 anos. A OMS acredita que até 2020 mais de 1,5 milhão de pessoas cometam suicídio (4,16).

Suicídio, no Brasil, representa um fenômeno complexo, multifatorial e negligenciado em nível de produção acadêmica. A diversidade brasileira impõe dificuldades extras para entender suicídio nos diversos contextos sociais como entre migrantes, indígenas, pequenos povoados atravessados por diversidades de dialetos e raízes culturais, etnias e diferenças de gêneros, além de aspectos socioeconômicos (4,16).

O Brasil está entre os 10 países com mais suicídios registrados no mundo, com 8 mil casos por ano em números absolutos. A taxa de mortalidade por suicídios, contudo, é considerada relativamente baixa: 5,6 mortes/ 100.000 habitantes, todavia, ela aumenta quando se isola a população de pessoas acima de 60 anos: 9/100.000 habitantes (16,18–20). Apenas entre homens idosos, as taxas variam entre as cinco regiões brasileiras entre 8,7 a 15,4/100.000 habitantes (17,18).

Acredita-se, no entanto, que os dados sobre suicídios sejam subestimados, haja vista a existência de muitos casos não registrados como suicídio, além das tentativas infrutíferas, que não são registradas (4,16,19,20). Considerando-se toda a população brasileira, há estudos que apontam para a ocorrência de, em média, 10 tentativas de suicídio para cada ato consumado. Restringindo-se apenas à população idosa, todavia, tal número aumenta para 4:1 (4,20).

Questiona-se a capacidade do país de acolher o processo de envelhecimento de sua população com toda sua complexidade, de modo integral e humanizado (10). Além de fatores externos, como instabilidade política e econômica, fatores internos ao indivíduo podem

dificultar o processo de envelhecimento, especialmente para pessoas com personalidades muito rígidas, ansiosas ou obsessivas (16). Ressalta-se a importância do sofrimento físico e da perda de capacidade funcional como fatores de risco para desenvolvimento de sofrimento mental e de suicídio (21).

Ainda não há muitos estudos sobre a realidade do suicídio no Distrito Federal. Em geral, tem-se pesquisas nacionais que citam Brasília ou o Distrito Federal como um todo (17).

2.3 AGEÍSMO E IMAGINÁRIO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO

A realidade brasileira é portadora de estigmas sociais, especialmente quando se trata de suicídio entre idosos (15).

Atribuído ao desenvolvimento capitalista e à sua lógica de validação social das pessoas por meio de sua capacidade de trabalhar e serem produtivas, o ageísmo é o nome que denomina discriminação social sistemática voltada especificamente contra as pessoas idosas (9).

Atribuem-se aspectos pejorativos, estereotípicos. Reconhecer a pluralidade de experiências de envelhecer associado a iniciativas individuais, comunitárias e governamentais de manutenção da inclusão social e combate ao isolamento social dos idosos são encorajadas a fim de evitar esse imaginário coletivo de miséria do processo de envelhecimento: algo repleto de doenças, de dependência e de passividade, devendo, portanto, ser evitado (9).

Ainda há que se falar sobre gênero, ou melhor: sobre como os imaginários sociais hegemônicos de feminilidade e especialmente de masculinidade interferem na alta letalidade de suicídios entre homens idosos. Nesse entendimento, a masculinidade e a sexualidade masculinas são construídas e mantidas ou atualizadas por meio do corpo, por meio da capacidade de realizar tarefas de liderança e de supremacia (19).

Vergonha para muitos homens nesse construto social de masculinidade, portanto, está relacionado à incapacidade física de realização do potencial dominador e solucionador por meio do corpo. O homem pode vir a sofrer na sua própria identidade masculina ao envelhecer e perder controle de funções fisiológicas, de vigor físico, do desempenho sexual (19,22).

Some-se ainda a aposentadoria, acompanhada ou não de perda significativa de potencial econômico familiar e talvez estejamos mais próximos de entender de forma ainda limitada porquê os números de homens que cometerem suicídio nos vinte primeiros anos da velhice (19,22).

3. METODOLOGIA

A metodologia da presente pesquisa quali-quantitativa envolve técnicas metodológicas qualitativas como a análise hermenêutica dialética da literatura, bem como a análise quantitativa de dados extraídos de banco de dados públicos sobre saúde no Brasil juntamente com pesquisa documental dos dados obtidos pela Polícia Civil (PCDF) referente a suicídio na população idosa de 2000 a 2014 no Distrito Federal.

A hermenêutica dialética de Minayo¹, sugere que entender um texto é também entender o outro, mais que isso é entender-se no outro e para isso se desconstruir e se construir com outro olhar. O conceito de Minayo, sobre as pesquisas qualitativas em saúde na qual a realidade é retratada pela história, relações, subjetividade dos significados, crenças e valores fazem parte da metodologia do presente trabalho juntamente com a análise de dados selecionados.

3.1 A ESCOLHA DOS DADOS UTILIZADOS NA CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Os dados utilizados na presente pesquisa foram retirados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)² que foi desenvolvido e implementado no Brasil por meio do Ministério da Saúde (MS) em 1975. O SIM é operacionalizado por meio da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS)³.

Assim, a partir da criação do SIM foi efetivada a coleta de dados sobre mortalidade de forma nacional. Com base nesses dados é possível realizar análises de situação de quadro da saúde, como também o planejamento e avaliação das ações e programas na área. Os dados são padronizados pela metodologia utilizada que começa desde a Declaração de Óbito (DO), que é padronizada e disseminada em três vias, para o território Nacional pelo Ministério da Saúde e secretarias de saúde dos estados. O documento deve ser preenchido pelo médico ou por duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte, as DOs são coletadas pela Secretaria de Saúde do Município ou do Estado no Estabelecimento de Saúde e os dados são inseridos no sistema pelos servidores.

As principais variáveis da DO são: certificado de óbito: número e tipo de óbito (fetal/não fetal). O local de nascimento data de nascimento, idade, sexo, raça/cor, estado civil,

¹ Minayo, M.C.S. (2002). *Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social*. In M. S. S., Minayo MCS, & Deslandes, S. (Orgs.). *Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz.

² <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>

³ Referências: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf

escolaridade, ocupação, distrito e município de residência. Causa primária da morte, causas secundárias e prováveis circunstâncias de morte não natural, todas codificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª. revisão (CID). A época em que ocorre a coleta é mensalmente para os municípios e os estados e o anual no nível federal. A divulgação nacional dos resultados é realizada anualmente. Uma importante ressalva é que a divulgação é nacional, com detalhamento no nível estadual e municipal. No Caso do Distrito Federal não há a publicização dos dados por Região Administrativa no sistema, visto que tem a particularidade de um distrito.

Nesta pesquisa, os dados são referentes ao CID-10, que em seu Capítulo XX, classifica como “causas externas de morbidade e mortalidade” as mortes por violência. Diferentemente das chamadas causas naturais, indicativas de deterioração do organismo ou da saúde devido a doenças e/ou ao envelhecimento, a CID-10 é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) data do ano de 1992 e tem o objetivo de padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10. Quando um óbito devido a causas externas é registrado, descreve-se tanto a natureza da lesão quanto as circunstâncias que a originaram. Para o uso deste presente trabalho, o código que representa X60-X84 são as Lesões Autoprovocadas Intencionalmente - LAI, nela está incluso lesões ou envenenamento autoinfligidos intencionalmente, os suicídios. Abaixo os significados dos códigos.

X60.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiláceos, como: pirazolona, 4-animofenol e drogas antiinflamatórias não esteroides salicatos

X61.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, Inclui: antidepressivos, barbitúricos, derivados da hidantoína, iminostilbenos, metaqualona e seus derivados: neurolépticos, psicoestimulantes, succimidias e oxazolidina-diona, tranquilizantes.

X62.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte. Inclui: cannabis (derivados da), cocaína, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio (alcaloides).

X63.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo Inclui: parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos, parassimpaticomiméticos [colinérgicos], simpaticolíticos [antiadrenérgicos], simpaticomiméticos [adrenérgicos]

X64.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas. Inclui: anestésicos (gerais) (locais), antibióticos sistêmicos e outros medicamentos anti-infecciosos, gases terapêuticos, hormônios e seus substitutos sintéticos, medicamentos de ação sobre o aparelho: cardiovascular, gastrointestinal, medicamentos e drogas de ação sobre o metabolismo da água, dos sais minerais e do ácido úrico medicamentos sistêmicos e hematológicos preparações de uso tópico produtos que atuam sobre os músculos lisos e esqueléticos e sobre o aparelho respiratório vacinas

X65.- Autointoxicação voluntária por álcool. Inclui álcool: SOE-butílico [1- butanol]; etílico [etanol]; isopropílico [2-propanol]; metílico [metanol]; propílico [1- propanol]; fusel [óleo fusel];

X66.- Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores. Inclui: benzeno e seus homólogos, clorofluorcarbonos, petróleo (derivados) tetracloreto de carbono [tetraclorometano]

X67.- Autointoxicação intencional por outros gases e vapores. Inclui: dióxido de enxofre, gás (de): · escapamento de um veículo a motor, iluminação lacrimogêneo, monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio, Exclui: emanções e vapores de metal.

X68.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas. Inclui: desinfetantes por fumigação (fumigantes), fungicidas, herbicidas, inseticidas, produtos usados na proteção de florestas, raticidas. Exclui: adubos e fertilizantes

X69.- Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas. Inclui: adubos e fertilizantes, aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos, colas e adesivos metais, incluindo suas emanções e vapores, plantas e estâncias alimentares venenosas sabões e detergentes, tintas e corantes

X70.- Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.

X71.- Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.

X72.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.

X73.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.

X74.- Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.

X75.- Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos.

X76.- Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.

X77.- Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes.

X78.- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.

X79.- Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.

X80.- Lesão autoprovocada intencionalmente por de um lugar elevado. Inclui: queda intencional de um nível a outro.

X81.- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.

X82.- Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor. Inclui: colisão intencional com: bonde (carro elétrico), trem (comboio), veículo a motor. Exclui: queda de aeronave.

X83.- Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados. Inclui: lesão autoprovocada intencionalmente por: eletrocussão, queda de aeronave, substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento).

X84.- Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Além dessa divisão tem também os locais de ocorrência, que são os lugares em que são consumados o suicídio, abaixo o código para o local de ocorrência

. 0. Residência: Apartamento, Casa (residência), Casa de cômodos, Casa da fazenda, Dependências residenciais, Caminho, Estrada, Garagem, residência particular, jardim, Pátio, Imóvel residencial (não institucional), Pensão familiar, Piscina em residência ou jardim particular, Reboque [“trailer”] residencial. Exclui: casa abandonada, instituição residencial ou habitação coletiva, residência em construção ainda não ocupada.

.1 Habitação coletiva: Acampamento militar, Asilo de idosos, Cadeia, Casa de repouso, Caserna, Hospício, Lar de criança, Lar de inválidos, Orfanato, Penitenciária, Prisão, Reformatório

.2 Escolas, outras instituições e áreas de administração pública: Edifícios (inclusive áreas adjacentes) utilizado pelo público em geral ou por um grupo particular de pessoas, tais como: associação de jovens, biblioteca, campus (universitário), cinema, clube, colégio, correio, creche, danceteria, discoteca, escola (estadual) (privada) (pública), hospital, igreja, instituição de ensino superior, jardim de infância, museu, palácio da justiça, sala de: concertos, exposições,

reuniões, salão (de): danças, público, teatro, tribunal, universidade. Exclui: áreas para esportes e atletismo, edifício em construção, instituição residencial.

.3 Área para a prática de esportes e atletismo: Campo de: atletismo, beisebol, críquete, futebol, golfe, Escola de equitação, Estádio, Ginásio, Piscina pública, Pista de atletismo, Quadra (campo) de: bola ao cesto, hóquei, “squash”, tênis, Ringue de patinação. Exclui: piscina ou quadra de tênis em residência ou jardim particular.

.4 Rua e estrada: Calçada, Passeio, Rodovia

.5 Áreas de comércio e de serviços: Aeroporto, Armazém, Banco, Boutique, Café, Cassino, Centro comercial (Shopping Center), Edifício de escritórios, Entrepasto, Estação (de): ferroviária, rádio ou televisão, rodoviária, Garagem (comercial), Hotel, Loja (comercial), Loja de departamentos, Mercado, Posto de serviços para veículos a motor, Restaurante, Supermercado. Exclui: garagem em residência

.6 Áreas industriais e em construção: Central elétrica (a carvão) (a óleo diesel) (nuclear), Dependências industriais, Dique (doca) seco(a), Edifício [qualquer]: em construção, industrial, Estaleiro, Jazida (areia) (carvão) (cascalho), Mina, Plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, Túnel em construção, Usina de gás

.7 Fazenda: Benfeitorias, Edificações, da fazenda, Terra cultivada. Exclui: casa e dependências residenciais da fazenda

.8 Outros locais especificados: Açude ou lagoa, Área de acampamento, Área de estacionamento, Beira-mar, Bosque, Campo de treinamento militar, Canal, Colina, Casa abandonada, Córrego, Curso d'água, Deserto, Doca SOE, Floresta, Lago, Linha férrea, Local (de): caravanas SOE, público SOE, Mar, Montanha, Pântano, Parque (de diversões) (público) Ponto de estacionamento, Porto, Prados, Praia, Reservatório ou represa (de água), Rio, Zoológico

.9 Local não especificado Assim, os códigos sempre são representados por três números, como, por exemplo, X800 que as duas primeiras causas vão representar o primeiro código - X80.- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado. Inclui: queda intencional de um nível a outro e o último número o local de ocorrência.

Desta forma, os dados escolhidos pelo SIM para essa pesquisa foram os dados de mortalidade por causas externas, por ocorrência dos anos de 2000-2014 com o fato de idade 60 anos para mais seguindo as seguintes variáveis: Sexo, Cor, Idade, Localidade e Causa da morte segundo CID-10.

Outra fonte de dados analisados na presente pesquisa foi obtida pela Polícia Civil do Distrito Federal PCDF- pelo Departamento de Gestão da Informação, Divisão de Apoio

Técnico e Estratégico - DATE – Seção de Estatística Criminal – SEC por meio da CODEPLAM. Nessa base de dados foi contemplado o período de 2000-2016, foram escolhidos os anos de 2000-2014. Os dados sobre os suicídios ocorridos nesse período trazem informações como: Regiões Administrativas em que ocorreram os suicídios quanto idade, cor, meio (causa morte), local, ano de ocorrência e ocupação/cargo, além das quadras que ocorreram os fatos. A tentativa de suicídio é considerada pela polícia como uma crise, um atentado contra a vida, e dessa forma, tanto na tentativa de suicídio quanto na ocorrência de óbito, é feito um boletim de ocorrência. Esse boletim serve para a averiguação se de fato a morte foi cometida por um suicídio, bem como para a construção de ações afirmativas para diminuir o risco de morte por suicídios, além de servir de suporte para outras pesquisas.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram trabalhados a partir das planilhas de software *Excel*® geradas pelos próprios bancos de dados da PCDF e do SIM-DATASUS. Após a obtenção de tais planilhas, construíram-se novas planilhas e delas se produziu gráficos e tabelas para serem analisados juntamente com a literatura sobre a temática.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão trazem uma abordagem sobre o comparativo e análise dos dados utilizados na presente pesquisa.

4.1 SUICÍDIO: FENÔMENO RECORRENTE ENTRE HOMENS IDOSOS

Durante o período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2014, no Brasil, segundo dados do SIM-DATASUS foram 19.806 idosos que tiraram a própria vida, sendo 16.135 homens e 3.670, ou seja: aproximadamente 81,46% e 18,52% respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos casos de suicídios entre idosos por sexo e estados do Brasil

Grupo CID-10: Lesões autoprovocadas intencionalmente				
Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais				
Período:2000-2014				
Unidade da Federação	Masc	Fem	Ign	Total
11 Rondônia	79	10	-	89
12 Acre	26	3	-	29
13 Amazonas	78	18	-	96
14 Roraima	18	5	-	23
15 Pará	204	34	-	238
16 Amapá	22	2	-	24
17 Tocantins	125	25	-	150
21 Maranhão	224	47	1	272
22 Piauí	326	96	-	422
23 Ceará	799	172	-	971
24 Rio Grande do Norte	291	74	-	365
25 Paraíba	284	65	-	349
26 Pernambuco	545	144	-	689
27 Alagoas	145	33	-	178
28 Sergipe	150	46	-	196
29 Bahia	716	116	-	832
31 Minas Gerais	1578	354	-	1932
32 Espírito Santo	246	54	-	300
33 Rio de Janeiro	871	247	-	1118
35 São Paulo	2880	740	-	3620
41 Paraná	1094	192	-	1286
42 Santa Catarina	1097	257	-	1354
43 Rio Grande do Sul	3052	701	-	3753
50 Mato Grosso do Sul	277	54	-	331
51 Mato Grosso	257	41	-	298
52 Goiás	614	102	-	716

53 Distrito Federal	137	38	-	175
Total	16135	3670	1	19806
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM				

No Distrito Federal, foram registrados (segundo dados da Polícia Civil) 137 suicídios de pessoas idosas no Distrito Federal, sendo ao total 29 mulheres e 108 homens. Em termos percentuais, aproximadamente 21,16% de suicídios de mulheres enquanto que os homens representaram aproximadamente 78,83%.

Durante o mesmo período, o SIM-DATASUS afirma que houve 175 casos no Distrito Federal, sendo 137 casos entre mulheres. Há, claramente, a necessidade de se averiguar as diferenças de dados encontrados entre Ministério da Saúde e Polícia Civil de Brasília, indicando possível ausência de comunicação entre os sistemas de dados de ambas as instituições (Tabela 2)

Tabela 2 - Comparativo: campo “sexo” nas duas bases de dados

	Masc	Fem	Ign	Total	Fonte
Distrito Federal	137	38	0	175	SIM-DATASUS
	108	29	0	137	PCDF

Os dados encontrados concordam com os achados de diversos autores afirmando a vertiginosa quantidade de homens idosos que cometem suicídio. Já vem sendo estudado há algum tempo a relação entre perda de sentido da vida para os homens que atingem a idade adulta e interrelações com suicídio. Pesquisas anteriores tratam de questões ligadas à masculinidade associada à capacidade funcional, ao trabalho e à provisão financeira da família. Envelhecer, portanto, faz com que muitos dos homens idosos brasileiros se sintam privados de várias das funções sociais que os caracterizavam como homens (16,19,22).

Há que se mencionar também a falta de estatísticas quanto à identidade de gênero e orientação sexual desses homens e dessas mulheres idosos, sendo a única menção a isso o terceiro campo “indefinido”, além do “masculino” e “feminino”. Há ainda poucos estudos referentes à sexualidade na terceira idade. Trabalhos que abordem sexualidade LGBT são ainda mais escassos e muitas vezes restritos em termos de acesso. Desde 1960 no mundo e desde 2004 no Brasil, há todo um subcampo da gerontologia dedicado aos estudos LGBT justamente como proposta de compensar essa invisibilidade (23).

4.2 ESTADOS BRASILEIROS E RAS DO DF DE MAIOR PREVALÊNCIA

Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com maior número de óbitos, com 3.753 casos, seguido de São Paulo (3.620 óbitos), Minas Gerais (1.932 óbitos) Santa Catarina (1.354 óbitos) e Paraná (1.286 óbitos). Os menores números de casos foram em Roraima (23 óbitos), Amapá (24 óbitos), Rondônia (89 óbitos) e Amazonas (96 óbitos).

Esses números baixos, entretanto, podem tanto indicar que realmente poucos idosos cometem suicídio na região Norte do país, quanto podem ser fruto de dificuldades geográficas próprias da região para coletar com real acurácia os números reais, haja vista as grandes distâncias, as muitas localidades de difícil acesso e o isolamento em que muitas comunidades se encontram, tanto geográfico quanto cultural. Corrobora com essa suspeita as informações do altíssimo número de suicídios registrados entre a população indígena brasileira, pessoas estas presentes em grande quantidade na região Amazônica brasileira (17 óbitos).

No DF, as principais RAs com histórico de suicídios no período avaliado foram Brasília (31 óbitos), Taguatinga (13 óbitos) e Ceilândia (12 óbitos). Cruzeiro, Jardim Botânico e Santa Maria registraram os menores números. Pode-se relacionar as altas prevalências de suicídios nas três primeiras RAs avaliadas com o fato de serem RAs antigas, com alta população de pessoas idosas em relação às demais faixas etárias e também possuem grande movimentação de pessoas ao longo de todo o dia, não sendo cidades-dormitório.

A Tabela 1, na próxima página, possui informações mais completas sobre localidade x ano de cada óbito. Nela é possível constatar que os anos que registraram os maiores números de óbitos em todo o DF foram 2004, 2009, 2010, 2012, 2013 e 2014. Os três últimos anos correspondem a período de crise financeira no país, fato constatado por alguns autores como relacionado ao aumento do número de suicídios (17).

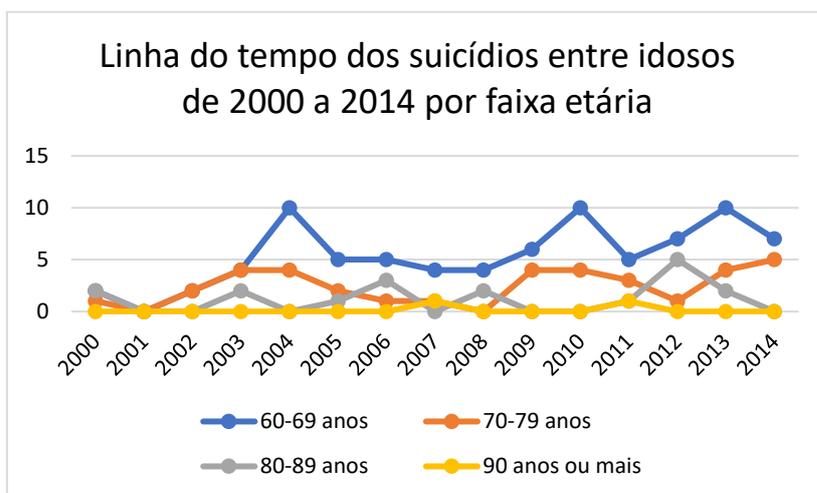
Tabela 3: Local e ano dos óbitos por suicídios entre idosos durante período de 2000 a 2014 no Distrito Federal

Local	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 Total	
Brasília	0	0	3	2	6	1	1	1	0	2	3	2	3	6	1	31
Lago Norte	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3
Lago Sul	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5
Sudoeste	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
Cruzeiro	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Jardim Botânico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Águas Claras	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2	1	1	8
Taguatinga	1	0	0	2	1	1	1	1	0	2	0	1	0	1	2	13
Samambaia	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	5
Ceilandia	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	2	0	2	2	0	12
Vicente Pires	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Park Way	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Gama	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	6
Santa Maria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Guará	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Núcleo Bandeir	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
São Sebastião	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	5
Paranoá	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Recanto das Err	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Brazlândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	5
Sobradinho	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	5
Planaltina	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0

4.3 IDADE

A majoritária parcela dos idosos que cometeram suicídio no Distrito Federal tinham idades variando entre 60 e 69 anos, segundo SIM-DATASUS (Anexo B). Detalhando-se o número de óbitos ocorridos anualmente entre as faixas etárias, notam-se pequenas flutuações na faixa etária de 80 a 89 anos, sendo estas proporcionalmente maiores entre idosos de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos.

Figura 1: Linha do tempo dos suicídios entre idosos de 2000 a 2014 por faixa etária.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Estudos anteriores, ao analisar idade de pessoas que cometeram suicídio, obtiveram achados semelhantes quanto à alta prevalência de suicídios entre pessoas de 60 a 79 anos (17).

Perda de papéis sociais anteriormente assumidos é o marco distintivo desse período da vida: a pessoa, se aposenta, os filhos saem de casa e muitas vezes, quando retornam, vem no papel de cuidador ou até mesmo de tutor dos pais, agora idosos. Há grande importância de pressão econômica, que leva muitos idosos que cometeram suicídio a sentirem-se culpados ou “pesos” e “fardos” para a família (18).

4.4 COR

Diversos dos autores que estudam cor, raça e etnia concordam que o termo “raça” é um produto cultural e histórico, ou seja: totalmente não relacionado a quaisquer aspectos genéticos, haja vista toda pertencer à espécie *homo sapiens sapiens*. Mais intensamente utilizadas nas últimas três décadas em Saúde Coletiva, o termo “raça”, contudo, vem sendo amplamente utilizado para tratar de características fenotípicas do indivíduo, especialmente quanto ao critério

cor da pele. Além dele, citam-se cor e textura capilar e tamanho e formato nasais e labiais (24,25).

Desde 2006, introduziu-se o critério “cor” no banco de dados da PCDF e no SIM-DATAUSUS (26). Segundo a primeira base de dados, 50 idosos eram da cor parda, 14 idosos da cor branca e apenas um idoso de cada uma das cores amarela e vermelha. Quanto à cor, o banco de dados da PCDF admite o preenchimento como “não informado”. O equivalente a isso no SIM-DATASUS é o termo “indefinido”.

Tabela 4: Número de suicídios de brancos, pretos, pardos e amarelos no DF de 2006 a 2014 a cada ano. Unidade da Federação: Distrito Federal
Grupo CID-10: Lesões autoprovocadas intencionalmente
Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais
Período:2006-2014

Ano	Branca	Preta	Amarela	Parda	Não informado	Total
2006	1	0	1	3	4	9
2007	1	0	0	5	0	6
2008	2	0	0	4	0	6
2009	2	0	0	7	1	10
2010	2	0	0	9	3	14
2011	3	0	0	5	2	10
2012	2	0	0	7	4	13
2013	1	1	0	9	5	16
2014	0	0	0	1	11	12

Fonte: PCDF

Na tabela extraída do SIM-DATASUS, o maior percentual de pessoas que cometeram suicídio no Brasil de 2000 a 2014 é de pessoas de cor branca, o que suponho que possa ser explicado pelo alto número de suicídios na região Sudeste do país, que concentra mais pessoas que se declaram de cor “branca”.

Tabela 5: Cor das pessoas que cometeram suicídio no Brasil de 2000 a 2014

Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Ocorrênc por Cor/raça e Capítulo CID-10

Grupo CID-10: Lesões autoprovocadas intencionalmente

Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais

Período:2000-2014

Cor/raça	Cap XX	Total			
Branca	13103	13103			
Preta	688	688			
Amarela	193	193			
Parda	4901	4901			

Indígena	30	30			
Ignorado	891	891			
Total	19806	19806			

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

É amplamente aceito que categorias étnicas/raciais são imprecisas. Há pouca padronização de na coleta de tais categorias em estudos de saúde, sendo esse fenômeno facilmente observável ao se comparar informações obtidas por meio das duas bases de dados estudadas (24).

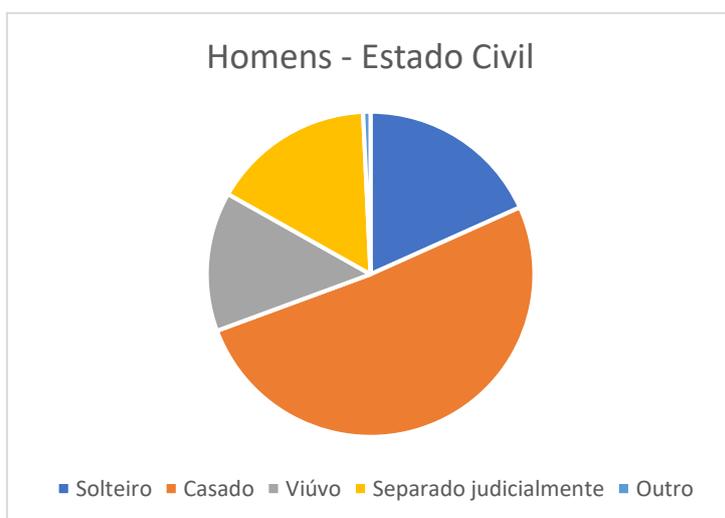
4.5 ESTADO CIVIL

A maioria dos homens idosos eram casados (51%), seguidos de solteiros (18%) e separados judicialmente (16%), sendo os viúvos a minoria (13%). No caso das mulheres, a maioria das mulheres eram viúvas (42%), apresentando empate entre solteiras e casadas (23%).

Estudos anteriores comprovam a relação entre estado civil e suicídio de mulheres idosas: os índices de fato sobem entre mulheres sem companheiro(a), sejam elas viúvas, solteiras ou divorciadas (18,22)

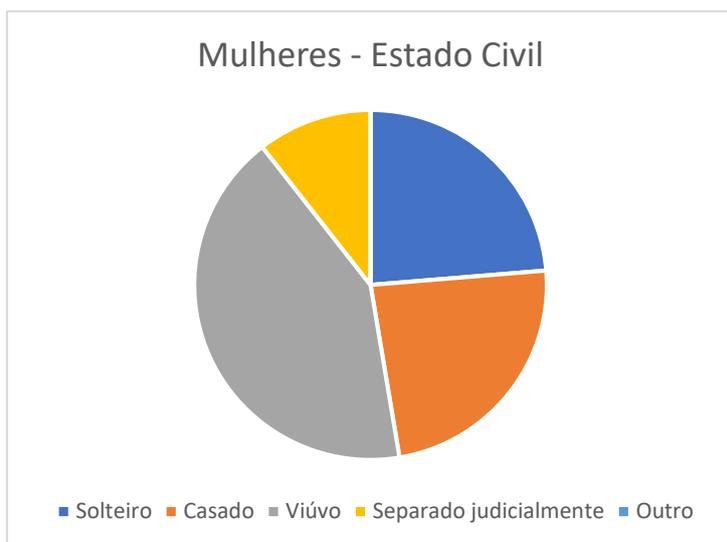
Abaixo há gráficos tipo pizza ilustrando o estado civil da amostra de idosos estudados.

Figura 2: Estado Civil dos homens idosos que cometeram suicídio no DF de 2000 a 2014.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Figura 3: Estado Civil das mulheres idosas que cometeram suicídio no DF de 2000 a 2014.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de

Informações sobre Mortalidade - SIM

É interessante constatar como o casamento pode ser fator de redução de risco de suicídio entre as mulheres idosas, enquanto que entre os homens, não.

Em estudo sobre papéis de gênero entre idosos, concluiu-se que, da mesma forma que o homem corre risco de entrar em uma crise de identidade ao se aposentar e, portanto, sentir que concluiu seu papel de provedor, a mulher idosa, frequentemente ensinada que a feminilidade está associada ao papel de cuidadora da família, enfrenta crise de identidade semelhante ao perder o cônjuge, por morte ou por divórcio. Algumas mulheres idosas relataram sentirem “ter cumprido seu papel” após o casamento dos filhos(22).

4.6 MEIO UTILIZADO

Segundo SIM-DATASUS, dentre os meios utilizados para cometer suicídio, o enforcamento se repete no DF, assim como o é em quase todos os estudos no país, como o método favorito, especialmente entre os homens. Após ele vem em ordem de preferência, respectivamente, autointoxicação por pesticidas, disparo de arma de fogo e pular de lugares altos.

O referencial teórico aponta a preferência masculina por métodos mais violentos e mais potencialmente fatais para prática do autoextermínio, como o são o enforcamento e o uso de armas de fogo (17,19,22).

Tabela 6: Causa da mortalidade dos idosos por sexo

Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Ocorrência por Categoria CID-10 e Sexo			
Unidade da Federação: Distrito Federal			
Grupo CID-10: Lesões autoprovocadas intencionalmente			
Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais			
Período:2000-2014			
Categoria CID-10	Masc	Fem	Total
X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	4	1	5
X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	2	-	2
X65 Auto-intox voluntaria p/alcool	1	-	1
X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores	1	-	1
X68 Auto-intox intenc a pesticidas	18	10	28
X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	6	3	9
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	55	8	63
X71 Lesao autoprov intenc p/afogamento submersao	1	-	1
X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	19	1	20
X73 Les autoprov int disp arm fog maior calibre	-	1	1
X74 Lesao autopr intenc disp outr arma fogo e NE	4	1	5
X76 Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas	7	6	13
X78 Lesao autoprov intenc obj cortante penetr	5	-	5
X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	13	7	20
X83 Lesao autoprov intenc p/outr meios espec	1	-	1
Total	137	38	175
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			

No caso das mulheres, os mesmos referenciais teóricos apontaram a preferência por envenenamento, uso de medicamentos e outros métodos menos violentos e potencialmente menos letais (17). Tal preferência, além de o universo de idosos que cometem suicídio ser dominado pelos homens, explica a maior mortalidade masculina, haja vista as mulheres optarem por métodos com maior possibilidade de reversão em ambiente hospitalar caso a assistência à crise ocorra no momento e com as técnicas adequadas.

4.7 LOCAL DO ÓBITO

Ainda segundo SIM-DATASUS, os locais com maiores números de suicídios registrados foram, primeiramente o próprio domicílio, assim como nos dados da PCDF, mas o segundo local de maior ocorrência no SIM-DATASUS foram hospitais, o que não se repete na base de dados da PCDF.

Óbitos p/Ocorrênc por Local ocorrência e Sexo			
Unidade da Federação: Distrito Federal			
Grupo CID-10: Lesões autoprovocadas intencionalmente			
Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais			
Período:2000-2014			
Local ocorrência	Masc	Fem	Total
Hospital	51	15	66
Outro estabelecimento de saúde	1	-	1
Domicílio	64	15	79
Via pública	9	2	11
Outros	12	6	18
Total	137	38	175
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			

Aqui pode-se, novamente, frisar a aparente não-comunicação entre ambas as bases de dados, que geram tais discordâncias dos dados apresentados. Considero, contudo, que, haja vista o SIM ser um sistema de amplo uso em unidades de saúde e suicídio ser fato de notificação compulsória, ambas as realidades demonstradas, tanto pelo SIM-DATASUS quanto pela PCDF se constituam em partes de um cenário total maior. Sugere-se maior comunicação entre as duas instituições a fim de que pesquisadores no futuro possam traçar cenário mais real da situação atual a eles.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em consideração suicídio ser um fenômeno extremamente subnotificado, presume-se que o número real de idosos que cometeram autoextermínio no Brasil e no DF seja ainda maior. Este estudo se caracteriza como de natureza exploratória quanto à realidade do DF, não excluindo a necessidade de mais estudos.

O fato de existirem dois bancos de dados que não se comunicam entre eles em termos de informações coletadas geram vulnerabilidades. Os números totais de idosos que cometeram suicídio no DF de 2000 a 2014 divergem entre ambos os estudos. Optei por utilizar ambos, consciente da dificuldade de lidar com fontes de dados divergentes, a fim de a pesquisa se aproximar ao máximo da realidade.

Dentre as diversas conclusões e novos aprendizados que obtive com este trabalho, considero um dos mais relevantes a percepção de como papéis de gênero interferem na vida, e conseqüentemente na morte, de tantas e tantas pessoas idosas. Uma possível aplicação para este Projeto Tecnocientífico, portanto, seria a capacidade que ele possui de fundamentar mais pesquisas na área aqui em Brasília.

Em textos que li para compor o referencial teórico, percebi que gênero é o pano de fundo que constitui a essência da identidade do idoso, assim como a de todos nós. Talvez o fato de estar imersa numa cultura extremamente ageísta, que tende a infantilizar o idoso, encarando-o como um ser assexuado, seja necessário inclusive para mim, enfermeira e estudiosa do campo da gerontologia, me lembrar do quanto nossa percepção de nós mesmos influencia nossa forma de encarar o mundo e o quão intrinsecamente ligado a isso está a visão de gênero.

Valorização da identidade é fundamental tanto para homens, que precisam se sentirem fortes, independentes e provedores financeiramente para se sentirem homens; quanto para as mulheres, que precisam sentir que suas vidas devotadas ao cuidado do outro são reconhecidas e valorizadas. Para elas, encarar o divórcio ou o adultério do conjugue como o fracasso feminino máximo e um dos maiores fatores para risco de suicídio entre mulheres idosas já é uma extrema violência contra cada uma dessas mulheres que se sente culpada de escolhas assumidas por outras pessoas.

Ainda falando de fatos potencialmente motivadores do suicídio entre idosos, é curioso como o mesmo fato pode gerar sensação de sucesso e de vazio ao mesmo tempo, como no caso da aposentadoria. Se em um primeiro momento, a aposentadoria é encarada como descanso

justo após vida dedicada ao trabalho e, num segundo momento, como aspecto que justificaria uma não-necessidade de continuar existindo após ela. Como se a vida humana se justificasse apenas pela capacidade de ser produtivo.

Reforço também a dificuldade de averiguar com precisão a quantidade de tentativas de suicídio para cada uma tentativa concluída, informação absolutamente relevante para acurácia do grau de sofrimento mental e de letalidade em que os indivíduos se encontram.

Aqui julgo importante ressaltar a violência dos métodos utilizados majoritariamente pelos homens para praticar suicídio. Como se na violenta despedida desse mundo eles encontrassem uma catarse para questões há muito reprimidas.

Em síntese, o suicídio entre pessoas idosas é grave questão de saúde pública, mas ainda pouco explorado em termos de políticas públicas e de produção acadêmica. Pode-se problematizar o suicídio como mais um dos sintomas da falha de diversas sociedades humanas pautadas pelo utilitarismo, pela produtividade, sejam quais as formas assumidas. Acredito, entretanto, que nem tal problematização atinja a complexidade do fenômeno do autoextermínio.

Pesquisadores da área do suicídio também são pessoas, portanto revestidas de afetividades e formas de lidar com o fenômeno do suicídio de formas absolutamente singulares, assim como são únicas as vivências daqueles que partiram e dos sobreviventes.

O impacto de ver cada número e pensar em cada pessoa idosa que partiu foi algo que influenciou fortemente no andamento do trabalho. Por diversos momentos foi necessário interromper o processo de pesquisa para lidar com a carga emocional gerada.

Como pessoa que vivenciou o suicídio de entes queridos de forma tão próxima, me seria impossível trabalhar sobre um assunto tabu sem lidar com minhas próprias questões internas.

Fazer ciência sem ser afetado é esquecer que somos e falamos de vidas humanas. Agradeço à oportunidade de pesquisar mais a fundo o fenômeno do suicídio. Não ousaria afirmar que alcançaria Goethe na qualidade do texto produzido, mas alcancei, ao fim desse Projeto Tecnocientífico, meu próprio processo redentivo.

REFERÊNCIAS

1. Moriani S, Cecchi R, Cipolloni L. Suicide by sharp instruments: A case of harakiri. *Int J Legal Med.* 1996;108(4):219–20.
2. Oda AMGR. Escravidão e nostalgia no Brasil: o banzo. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2008;11(4 suppl):735–61.
3. Thorson J, Öberg PA. Was there a suicide epidemic after Goethe's Werther? *Arch Suicide Res.* 2003;7(1):69–72.
4. Minayo MC de S, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica.* 2011;44(4):750–7.
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra; 2015.
6. José M, Marin S, Clivelaro V, Panes B. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE POPULATION ' S AGEING AND THE PUBLIC HEALTH POLICIES. *Rev do Inst Políticas Públicas Marília.* 2015;26–34.
7. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MF de S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate.* 2015;39(106):841–54.
8. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva.* 2007;4(17):135–40.
9. Formiga dos Santos N, Maria do Rosário de Fátima Silva B. AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA OU REPRIVATIZAÇÃO DA VELHICE PUBLIC POLICIES DIRECTED TO THE ELDERLY: IMPROVED QUALITY OF LIFE OR PRIVATIZATION OF OLD AGE. *Abr ISSN [Internet].* 2013;20(2):358–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.12819/2013.10.2.20>

10. Rinco, Michelle; Lopes, Andrea; Domingues MA. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Kairós Gerontol.* 2013;15(0):79–95.
11. Fleury, Sonia; Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lotabo, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho AI de., editor. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 1ª. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. p. 1–42.
12. Brasil; Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso 3ª edição 2ª reimpressão*. 2013 [Internet]. 2003; Available from: www.saude.gov.br/editora
13. Leão LRB, Ferreira VHS, Faustino AM, Cruz KCT SC. ARTIGO ORIGINAL CAPACIDADE FUNCIONAL E RESILIÊNCIA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS FUNCTIONAL CAPACITY AND RESILIENCE IN HOSPITALIZED OLDER ADULTS CAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN PERSONAS MAYORES. *J Nurs.* 2018;12(6):1500–6.
14. CODEPLAN. *Perfil da População Idosa do Distrito Federal*. 2012.
15. Tomasini AJ. Padrão espacial do suicídio no Distrito Federal [Internet]. 2016. Available from: <https://www.infodesign.org.br/infodesign/article/view/355%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/731%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/269%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/106>
16. de Sousa GS, da Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MC de S, Vieira LJE de S. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface Commun Heal Educ.* 2014;18(49):389–402.
17. Marcos G, Simone L, Santos A, Legays L, Abelhas L, Valencia E, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. 2006;31(Supl ii):86–94.
18. Cavalcante FG, Minayo MC de S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2012;17(8):1943–54.

19. MINAYO MC de S, MENEGHEL SN, CAVALCANTE FG. Suicídio de homens idosos no Brasil Suicide of elderly men in Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(10):2665–74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/16.pdf>
20. Soares A. Elderly Suicide Incidence At Distrito Federal. 2016;55–60.
21. Cavalcante FG. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos Different aspects of depression in suicide among the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2985–94.
22. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM da, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet*. 2012;17(8):1983–92.
23. Henning CE. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT.” *Horizontes Antropológicos*. 2017;23(47):283–323.
24. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos: Sobre populações brasileiras: Revisão sistemática na base PubMed. *Physis*. 2012;22(3):895–918.
25. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública*. 2004;20(3):660–78.
26. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Secr Espec Políticas Promoção da Igual Racial - SEPPIR*. 2007;60.