**Caracterização dos Suicídios Atendidos por um Posto de Criminalística do Sul do Brasil**

Considera-se suicídio a morte intencional e auto infligida, ou seja, quando a própria vítima decide tirar sua vida. O número total de mortes por suicídio já é maior do que as de morte em todos os conflitos mundiais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 3 mil pessoas por dia em todo o mundo 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. O objetivo do presente estudo é relatar a frequência e caracterizar os suicídios ocorridos na região de atendimento do Posto de Criminalística de Novo Hamburgo/RS, o qual 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 atuação do referido posto engloba 49 cidades do Estado do Rio Grande do Sul, localizadas nas Regiões do Vale dos Sinos, Vale do Caí, Vale do Taquari e das Hortênsias, 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 do Posto de Criminalística de Novo Hamburgo, a partir do Sistema Informatizado, durante o período de 2012 a 2016, discriminando as variáveis por sexo, idade e método utilizado para o acometimento do mesmo, subdivididos entre arma branca, asfixia, enforcamento, disparo de arma de fogo, intoxicação e precipitação. No período analisado foram registrados 330 atendimentos de locais de suicídios. No mesmo período foi observado um coeficiente de 5,0 suicídios/100.000 habitantes por ano, valor próximo ao da média nacional (5,7 suicídios/100.000 habitantes por ano). 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, Coréia 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. 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. Revisão realizada por Bilsker e White, 2011, demonstrou que 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. 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 são fatores de estresse que afetam mais os homens, tendo em vista que estão incluídos em uma sociedade patriarcal. Quanto à idade das vítimas, variaram entre 14 e 88 anos, apresentando uma média de idade de 48 anos. Foi-se subdividido 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). Uma fração de 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. Estudos realizados na Bahia mostraram que houve uma concentração de casos de suicídio na faixa etária acima dos 40 anos. 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. O enforcamento mostrou ser o método prevalente, constituindo de 80,9% do total das vítimas femininas e masculinas. 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. As mortes por asfixia (n=2) e por uso de arma branca (n=6) ocorreram todas 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 disparo de arma de fogo foi perpetrado por vítimas masculinas, contra 7,1% de vítimas femininas, relatando 14,1% do total de mortes entre os homens e 5,9% entre as mulheres. Já a ingestão de drogas e precipitação em queda livre foi prevalecente no sexo feminino, acometendo 57,1% e 83,3% das mulheres, resultando em 7,8% e 9,8% do total de mortes entre as mesmas, 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. 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. Por fim, destaca-se que 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BILSKER, Dan e WHITE, Jennifer. The silent epidemic of male suicide. **BC Medical Journal**, Vancouver, v. 53, n. 10, p. 529-534 (2011).

2. BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

3. MELLO-SANTOS, Carolina et al. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, suppl.2, p. S87-S95 (2010).

4. SCHLOSSER, Adriano et al. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas Psicologia**. Ribeirão Preto, vol.22, n.1, p. 133-145 (2014).

5. SEGAL, Jair. **Aspectos Genéticos do Comportamento Suicida**. 2009. 69 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

6. SOUZA, Viviane dos Santos et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Jequié, vol. 60, n. 4, p. 294-300 (2011).

7. World Health Organization (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>.