



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

**BÁRBARA ESTEFANIA LÓPEZ**

**Suicídio em Botucatu: Um estudo descritivo dos  
casos ocorridos em 2009**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

**Botucatu**  
**2015**

**Bárbara Estefania López**

**Suicídio em Botucatu: Um estudo descritivo dos  
casos ocorridos em 2009**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

**BOTUCATU  
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

López, Bárbara Estefania.

Suicídio em Botucatu : um estudo descritivo dos casos ocorridos em 2009 / Bárbara Estefania López. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: José Manoel Bertolote

Capes: 40602001

1. Suicídio. 2. Pesquisa psicológica. 3. Autópsia psicológica. 4. Saúde pública.

Palavras-chave: Autópsia psicológica; Estudo descritivo; Suicídio.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Autora:** Bárbara Estefania López

**Título:** Suicídio em Botucatu: Um estudo descritivo dos casos ocorridos em 2009

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

**Orientador**

---

Prof. Dr. José Manoel Bertolote  
Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

**Comissão examinadora**

---

Prof. Dr. Neury José Botega  
Instituição: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

---

Profa. Dra. Ione Morita  
Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

**Botucatu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

# *Dedicatória*

---

## DEDICATÓRIA

*À minha mãe, de quem sou apenas extensão.*

# *Agradecimentos*

---

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Manoel Bertolote, por sua paciência interminável e pela serenidade com a qual sempre compartilhou seu vasto conhecimento.

Ao Prof. Dr. Lupércio Cortez, grande incentivador deste trabalho e de meu aprimoramento profissional.

À Profa. Dra. Ivete Dalben (*in memoriam*), por sua compreensão ao permitir que eu equilibrasse minhas horas de labor com minhas horas de estudo.

Ao Prof. Dr. Luís Carlos Giarola, à Profa. Dra. Elen Castanheira, à Profa. Dra. Luana Carandina, à Profa. Dra. Ione Morita e a todos os professores do Departamento de Saúde Pública, por acreditarem na minha formação durante e após a residência.

À Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima, por seu grande apoio ao início desta dissertação.

A Wagner Barboza, Rosangela Giarola e a todos os funcionários do Departamento de Saúde Pública, por estarem sempre tão prontos, tão dispostos.

Aos funcionários da Biblioteca do Câmpus, por não permitirem que eu fique sem respostas.

A todos os meus amigos, que encurtam distâncias, diminuem problemas e conservam o humor, mesmo durante as adversidades. Especialmente às amigas Ludmila Braga e Renata Iyomasa, por nunca hesitarem após um chamado.

Aos meus 32 dentes, especialmente aos incisivos, que me permitiram “digitar” esta dissertação.

A Cristóbal e Elaine, por me presentarem com as duas melhores perspectivas futuras.

Ao meu pai, por ter priorizado aquilo que, algum dia, salvaria minha sanidade.

À minha mãe, por me trazer à vida todos os dias.

*Epígrafe*

---

*“Talvez una estrella invisible  
será el cielo de los suicidas?”*

*Pablo Neruda*

# *Resumo e Abstract*

---

## RESUMO

LÓPEZ, B.E. **Suicídio em Botucatu: um estudo descritivo dos casos ocorridos em 2009**. 113f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

**Objetivo:** Identificar características sociodemográficas e psicológicas associadas aos casos de suicídio registrados em Botucatu no ano de 2009, a partir da análise secundária de dados obtidos por entrevistas semiestruturadas com familiares ou pessoas próximas aos falecidos para constituição da autópsia psicológica dos casos.

**Metodologia:** Estudo descritivo de todos os casos de suicídio registrados no município de Botucatu, SP, em 2009. As entrevistas foram coordenadas pela Equipe de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Botucatu e realizadas entre 2 a 11 meses após os suicídios, por profissionais de saúde especialmente capacitados para esse tipo de entrevista. **Resultados:** Tanto as características sociodemográficas dos 21 casos, registrados em 2009, quanto os fatores relacionados aos 14 casos, nos quais foi possível realizar autópsias psicológicas, não discrepam dos dados encontrados na literatura nacional e internacional. Índícios de depressão, tratamento na área de saúde mental e uso de álcool estavam entre os fatores relacionados. A maioria dos casos demonstrou intenção ou desejo de morrer no ano anterior ao suicídio e houve uma elevada procura dos serviços de saúde no mês anterior ao suicídio. **Conclusões:** Estratégias de prevenção utilizadas em outros locais poderiam ter sua efetividade demonstrada no município de Botucatu.

Palavras-chave: suicídio, autópsia psicológica, estudo descritivo.

**ABSTRACT**

LÓPEZ, B.E. **Suicide in Botucatu, Brazil: a descriptive study of cases that took place in 2009.**113f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

**Objective:** To identify sociodemographic and psychological characteristics associated to cases of suicide recorded in Botucatu during 2009, from a secondary analysis of data obtained through semi-structured interviews with relatives or significant others in order to obtain a psychological autopsy of each case.

**Methodology:** A descriptive study of all cases of suicide recorded in Botucatu County, Brazil, during 2009. Interviews took place between 2 and 11 months after the suicide, coordinated by the County Department of Health Mental Health, and conducted by mental health professional specially trained to this end. **Results:** Sociodemographic characteristics of the 21 cases of suicide recorded in 2009 as well as factors associated to the 14 cases in which it was possible to perform a psychological autopsy did not differ from data found in the national and international literature. Indication of depression, of mental health treatment and alcohol use were among the abovementioned factors. Most cases had given previous indications of their intention or wish to die in the year before their deaths, with a high demand for health care services in the month previous to the suicide. **Conclusion:** Suicide prevention strategies that have demonstrated effectiveness elsewhere could also do so in Botucatu.

Key words: suicide, psychological autopsy, descriptive study

# *Lista de Tabelas e Abreviaturas*

---

**LISTA DE TABELAS**

|             |                                                                                                                                                              |    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 –  | Distribuição da ocorrência dos casos de suicídio por mês e por dia da semana. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009 .....                                        | 43 |
| Tabela 2 –  | Características sociodemográficas dos indivíduos que cometeram suicídio. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009.....                                              | 44 |
| Tabela 3 –  | Vínculo dos informantes das autópsias psicológicas com os indivíduos que cometeram suicídio. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009 .....                         | 45 |
| Tabela 4 –  | Características sociodemográficas dos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009 .....                           | 46 |
| Tabela 5 –  | Natureza de eventos vitais adversos nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009 .....                         | 47 |
| Tabela 6 –  | Sinais de disfunção somática nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009.....                                 | 48 |
| Tabela 7 –  | Uso de álcool e outras drogas nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009.....                                | 48 |
| Tabela 8 –  | Características de personalidade nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009.....                             | 49 |
| Tabela 9 –  | Procura de assistência profissional ou de serviços de saúde nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009 ..... | 50 |
| Tabela 10 – | Evidência de intenção ou desejo de morrer nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009 .....                   | 51 |
| Tabela 11 – | Planejamento para morrer nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009.....                                     | 52 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|            |                                                   |
|------------|---------------------------------------------------|
| CAIS       | Centro de Atenção Integral à Saúde                |
| CAPS       | Centro de Atenção Psicossocial                    |
| CAPS ad    | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas    |
| EUA        | Estados Unidos Da América                         |
| FMB        | Faculdade de Medicina de Botucatu                 |
| IBGE       | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística   |
| OMS        | Organização Mundial de Saúde                      |
| SEADE      | Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados     |
| SRQ        | Self Reporting Questionnaire                      |
| SUPRE-MISS | Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior |
| SUS        | Sistema Único De Saúde                            |
| UTI        | Unidade de Terapia Intensiva                      |
| WHO        | World Health Organization                         |

# *Sumário*

---

---

**SUMÁRIO**

|          |                                                 |            |
|----------|-------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>                               | <b>21</b>  |
| 1.1      | Definição                                       | 22         |
| 1.2      | Epidemiologia                                   | 23         |
| 1.3      | Consequências                                   | 25         |
| 1.4      | Causalidade                                     | 26         |
| 1.5      | A Autópsia Psicológica                          | 30         |
| 1.6      | A Autópsia Psicológica desenvolvida por Werlang | 32         |
| 1.7      | Estudos com Autópsia Psicológica no Brasil      | 33         |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b>                                | <b>35</b>  |
| 2.1      | Objetivo geral                                  | 35         |
| 2.2      | Objetivos específicos                           | 35         |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA</b>                              | <b>37</b>  |
| 3.1      | Desenho                                         | 37         |
| 3.2      | Local da pesquisa                               | 37         |
| 3.3      | Universo da pesquisa                            | 38         |
| 3.4      | Instrumento                                     | 38         |
| 3.5      | Procedimentos                                   | 39         |
| 3.6      | Análise dos dados                               | 41         |
| 3.7      | Considerações Éticas                            | 41         |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS</b>                               | <b>43</b>  |
| <b>5</b> | <b>DISCUSSÃO</b>                                | <b>54</b>  |
| <b>6</b> | <b>CONCLUSÃO</b>                                | <b>85</b>  |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>                              | <b>87</b>  |
|          | <b>ANEXO</b>                                    | <b>98</b>  |
|          | <b>APÊNDICE</b>                                 | <b>105</b> |

# *Trajetória do Estudo*

---

## TRAJETÓRIA DO ESTUDO

Até o ano de 2008, a média anual de suicídios em Botucatu aproximava-se de 7 por 100.000 habitantes. Entretanto, em 2009, foram registrados 21 óbitos por suicídio em Botucatu, um aumento que corresponde a uma taxa de 18,2 por 100.000 habitantes, mais de três vezes acima da média nacional e mais elevada do que a média mundial.

O aumento da taxa de suicídio em Botucatu, no ano de 2009, mobilizou a Secretaria de Saúde de Botucatu a colocar em campo sua Equipe de Saúde Mental para investigar o fenômeno. Esta investigação não tinha como objetivo a análise estatística, mas a compreensão retrospectiva dos casos, visando encontrar características pessoais e fatores contributivos para tais eventos. Para isso, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas com familiares ou pessoas próximas aos falecidos para constituição da autópsia psicológica dos casos.

A Coordenadora da Equipe de Saúde Mental na ocasião (Terapeuta Ocupacional Marli dos Santos Ribeiro), também aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), organizou o trabalho de campo de acordo com o seu projeto de pesquisa para tese de doutorado.

Desafortunadamente, logo após a conclusão das entrevistas, Marli veio a falecer.

Em 2013 acreditamos que as informações adquiridas através das entrevistas não poderiam ser negligenciadas, motivando a elaboração desta dissertação. Ainda durante sua elaboração, Dra. Blanca Werlang, autora do roteiro de entrevista para autópsia psicológica utilizado neste trabalho, também faleceu, privando-nos de sua inestimável contribuição.

Este trabalho pretende resgatar a valiosa informação coligida naquela época, fazendo jus ao esforço despendido por todos os profissionais e pesquisadores envolvidos, assim como de todos os familiares que concordaram em partilhar detalhes de suas vidas, mesmo após experienciarem o luto.

# *Introdução*

---

## 1 INTRODUÇÃO

A primeira utilização do termo suicídio, derivado do latim “sui” (si mesmo) e “caedere” (matar), ocorreu somente no século XVII. Em 1643, o médico e filósofo inglês Sir Thomas Browne foi o primeiro a cunhar o termo suicídio, que logo seria firmado em praticamente todas as línguas ocidentais e difundido por todo o mundo (DE LEO et al., 2004; BERTOLETE, 2012). Entretanto a morte autoinfligida é descrita desde a antiguidade e está presente em grande parte dos livros sagrados e das crenças mitológicas de povos antigos (BERTOLETE, 2012).

Ora como ato heroico, ora como ato condenável e passível de punição, até o século XVII, a morte voluntária era primordialmente tema de interesse teológico, jurídico e filosófico (DE LEO et al., 2004; BERTOLETE, 2012).

É apenas naquele século que o suicídio começa a ser considerado tema de interesse médico, adquirindo caráter patológico em meados do século XVIII. Já no século XIX, Philippe Pinel, Esquirol e Sigmund Freud consolidam o suicídio como fenômeno de interesse psiquiátrico, colocando-o na esfera dos transtornos mentais (BERTOLETE, 2012).

No fim do século XIX, Émile Durkheim apresenta um estudo pioneiro dedicado ao tema e coloca “O suicídio” (1897) como obra fundamental para a sociologia, ampliando mais uma vez o campo da suicidologia (DE LEO et al., 2004, BERTOLETE, 2012).

Já no século XX, o suicídio, considerado primordialmente, até então, um fenômeno social, passa a ser novamente objeto de estudo médico, no qual se incluem os avanços no campo da genética e da bioquímica cerebral, e filosófico, graças à contribuição de Albert Camus, que indaga em “O mito de Sísifo”, se a vida vale ou não a pena ser vivida e recoloca o suicídio como o mais importante tema da filosofia (BOTEGA et al., 2004; BERTOLETE, 2012).

Entre o final do século XX e o início do século XXI, houve a apropriação da abordagem do suicídio pela saúde pública, enfatizando estratégias de prevenção e recebendo colaboração de inúmeras áreas do conhecimento que, hoje, compõem o vasto campo da suicidologia (BERTOLETE, 2012).

## 1.1 Definição

A definição de suicídio vem sendo modificada e aperfeiçoada ao longo do tempo por estudiosos da suicidologia, que ainda fomentam debates quanto à terminologia utilizada em relação ao comportamento suicida (DE LEO et al., 2004).

Ao considerar o suicídio como toda “morte de si mesmo”, a amplitude desta definição inclui as mortes que são fruto de uma exposição a condutas de risco, como, por exemplo, as intoxicações que resultam em overdoses e as mortes decorrentes de comportamentos inconscientes (CASSORLA, 2004).

Desta forma, convencionou-se atribuir ao suicídio caráter voluntário e consciente, em que o indivíduo executa um ato ou adota um comportamento que acredita determinar sua morte. Ainda assim, a voluntariedade do ato é questionável, uma vez que o suicídio é ambivalente, pois ao mesmo tempo que se quer morrer, não se quer morrer. Quanto a ser um ato consciente, em que o indivíduo tem noção clara das consequências de seu ato, isso nem sempre ocorre naqueles que sofrem de perturbações do pensamento e de afeto ou que estão sob o efeito de substâncias psicoativas (CASSORLA, 2004).

O primeiro elemento, encontrado em todas as definições de suicídio, é o seu desfecho fatal, ou seja, é preciso que o comportamento suicida resulte na morte do indivíduo. Este aspecto exclui outros comportamentos suicidas em que o desfecho não é fatal, como nas tentativas de suicídio (MAYO, 1992; DE LEO et al., 2004).

Outro elemento chave nas definições refere-se ao agente que desencadeia o ato, ou seja, o indivíduo deve ser aquele que instiga e conduz o ato suicida, mas não necessariamente sozinho, o que não exclui a possibilidade de receber ajuda para alcançar a morte (MAYO, 1992; DE LEO et al., 2004).

O ato suicida ainda pode ser considerado ativo, quando o indivíduo é quem promove a ação que resulta em sua morte, como apertar o gatilho, ou passivo, quando a falta de ação leva ao suicídio, como deitar-se nos trilhos de um trem (MAYO, 1992; DE LEO et al., 2004).

O elemento que mais suscita debates quanto à definição de suicídio é a intencionalidade do ato. Se por um lado, a intenção do indivíduo pode ajudar a esclarecer a natureza de algumas mortes em que não é possível distinguir se houve suicídio, homicídio ou acidente, por outro lado, nem todos que praticam

comportamentos autodestrutivos buscam necessariamente a morte (DE LEO et al., 2004).

Entre os aspectos contenciosos, a intencionalidade não é diretamente observável, mas permanece na mente do suicida. Desta forma, a avaliação da intenção passa pela interpretação e pelas perspectivas de outrem (DE LEO et al., 2004).

Considerando o ato suicida como intencional, talvez seja mais coerente avaliar a intenção do desfecho, ao invés da intenção de morrer. Isso porque nem todos os que sobreviveram a uma tentativa de suicídio desejavam viver, assim como nem todos que cometeram suicídio desejavam morrer (DE LEO et al., 2004).

Apesar de seu caráter multidimensional, em quase todos os casos, o suicídio é causado por uma dor, especificamente, a dor psíquica. E sendo a dor um sinal de alerta que nos mobiliza, sua natureza é de fazer-nos interrompê-la ou escapar dela. Desta forma, o suicídio seria a fuga da dor. E, se não há dor, não há suicídio (SHNEIDMAN, 1996).

Portanto, a intenção do suicídio não reflete necessariamente a intenção de morrer, mas de cessar um sofrimento insuportável, para o qual a morte aparece como melhor solução disponível no momento (DE LEO et al., 2004; WERLANG, 2010).

Considerando que a definição de suicídio deve ser livre de julgamentos morais e permanecer abrangente culturalmente, a *World Health Organization* (WHO) define suicídio como o “ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte e cujo desfecho fatal é esperado” (DE LEO et al., 2004; BERTOLETE, 2012).

O suicídio é um processo que se inicia no campo das ideias (ideação suicida) que, ao serem organizadas, podem fomentar a elaboração de um plano (plano suicida), culminando em um ato que pode resultar fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio) (BERTOLETE, 2012).

## 1.2 Epidemiologia

Segundo o relatório publicado pela WHO (2002), aproximadamente 1,6 milhões de pessoas morreram em todo mundo em decorrência da violência

autoinfligida, interpessoal ou coletiva. Destas, estimava-se que 815.000 cometeram suicídio, o que equivalia a 49,1% do total de mortes. Este número remetia a uma taxa geral (ajustada por idade) de 14,5 por 100.000 habitantes.

Contudo, na mais recente publicação da WHO, estima-se que 804.000 suicídios ocorreram ao redor do mundo em 2012, representando uma taxa ajustada para idade de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres) (WHO, 2014).

Ainda segundo o relatório da WHO (2002), mais de 60% dos suicídios correspondia a indivíduos do sexo masculino e mais da metade encontrava-se entre 15 e 44 anos de idade. Por outro lado, as taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade, para ambos os sexos, atingindo o número mais elevado no grupo acima dos 75 anos, correspondendo a aproximadamente o triplo das taxas observadas em jovens de 15 a 24 anos de idade. Mesmo sendo observada em ambos os sexos, esta tendência é mais expressiva entre os homens (WHO, 2002).

Apesar das taxas de suicídio serem mais elevadas entre pessoas idosas na maior parte do mundo, atualmente, em aproximadamente um terço dos países, observa-se que as taxas de suicídio entre aqueles com menos de 45 anos é maior do que naqueles com mais de 45 anos (WHO, 2002).

De modo geral, haveria cerca de 3 suicídios masculinos para cada suicídio feminino (WHO, 2002). Essa razão entre os gêneros apenas se inverte na China pelo alto número de suicídios entre mulheres jovens que vivem em regiões rurais (PHILLIPS et al., 2002).

Comparada com a média mundial, a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil (5,8 por 100.000 habitantes) é considerada baixa (BANDO et al., 2009; WHO, 2014). Entretanto, no ano de 2008, 9211 casos de suicídio foram registrados no país e segundo relatório de 1999, o Brasil já estava entre os 10 países com maior número absoluto de suicídios por ano (WHO, 1999, 2008).

Em 2012, os 11821 casos de suicídio registrados no ano colocavam o país no oitavo lugar (em números absolutos) e a respectiva taxa geral de 5,8/100.000 indicava um aumento de 10,4% em relação ao ano 2000 (WHO, 2014).

Mesmo considerando tais valores, é necessário reiterar que a subnotificação anuvia a real magnitude do suicídio. Dados sobre violência dependem de fontes, geralmente pouco fidedignas, como registros policiais e forenses, assim como de informações provenientes das famílias, nem sempre

dispostas a expor problemas interpessoais (MINAYO, 1998). Mesmo em países com registros confiáveis, os suicídios podem ser erroneamente classificados como acidentes ou outra causa de morte (WHO, 2014).

Muitos autores têm demonstrado que, assim como em outros países, as taxas de mortalidade no Brasil mostram importante variação geográfica (MACENTE; ZANDONADE, 2012) e demográfica (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2009; MARÍN-LEON, 2012). Desta forma, do ponto de vista epidemiológico, é aconselhável estimar tendências por regiões (BANDO et al., 2012), especialmente em países com dimensões continentais e heterogeneidade sociocultural.

O Brasil segue a tendência mundial de crescimento, com taxas mais elevadas entre os idosos, mas com aumento significativo entre jovens, principalmente do sexo masculino. Entre 1980 e 2000, a taxa de suicídio em jovens entre 15 e 24 anos foi de 0,4 para 4 por 100.000 habitantes (MELLO-SANTOS, 2005).

Acredita-se que para cada caso de morte por suicídio, registrado ao redor do mundo, existam outros 20 casos de tentativa de suicídio (WHO, 2014).

Em estudo realizado nos EUA entre 2001 e 2003, Kessler et al. (2005) encontraram taxas de 3,3% para ideação suicida, 1,0% para plano suicida e 0,6% para tentativa de suicídio.

Em Campinas, estudo de base populacional realizado em 2003 indicou que, ao longo da vida, as prevalências foram de 17,1% para ideação suicida; 4,8% para planos suicidas e 2,8% para tentativas de suicídio (BOTEGA et al., 2009).

Este estudo partiu de uma iniciativa da WHO em estimar a prevalência de comportamento suicida em países em desenvolvimento. O projeto intitulado *Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior* (SUPRE-MISS) investiga ideação, plano e tentativa de suicídio em cidades localizadas em oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã). As taxas encontradas para ideação suicida variaram entre 2,6 e 25,4%, para plano suicida variaram entre 1,1 e 15,6% e para tentativa de suicídio houve variação de 0,4 a 4,2% (BERTOLOTE et al., 2005).

### 1.3 Consequências

O suicídio é considerado uma tragédia pessoal que interrompe prematuramente a vida do indivíduo e afeta dramaticamente sua família, seus

amigos e sua comunidade (WHO, 2014).

Estima-se que cada uma destas mortes afeta diretamente, em média, de cinco a dez pessoas próximas àqueles que cometem suicídio. Mundialmente seriam de quatro a oito milhões de pessoas afetadas a cada ano (BERTOLOTE, 2012).

De modo geral, ainda existe um tabu quando o assunto remete ao ato suicida e familiares de pessoas que cometeram suicídio podem ter menos oportunidades de dividir suas aflições com outras pessoas (WHO, 2002). Para estes sobreviventes do suicídio, o sofrimento decorrente da perda pode perdurar por muitos anos ou mesmo para sempre (BERTOLOTE, 2012).

Já as tentativas de suicídio podem provocar uma ampla variedade de entidades nosológicas, resultando em casos nos quais a vítima sobrevive ao ato suicida, carregando consigo pouca ou nenhuma injúria, até casos com danos substanciais à própria saúde (MANN, 1998).

No ano de 2000, o Sistema Único de Saúde (SUS) notificou 9312 tentativas de suicídio em território nacional. Ou seja, foram 9312 pessoas que, em conjunto, necessitaram 36699 dias de internação para recuperar sua saúde, totalizando um gasto de R\$ 2.994.944,42 (BRASIL, 2005).

## **1.4 Causalidade**

O suicídio é um fenômeno complexo e de natureza multicausal, o que torna difícil determinar sua etiologia, uma vez que não haveria apenas um, mas vários fatores que contribuiriam para sua ocorrência (BERTOLOTE, 2012). Estes fatores podem ser biológicos, psiquiátricos, sociais, ambientais e individuais, como características pessoais e história de vida (WHO, 2002). Com isso, não seria suficiente explicar o suicídio pelo ponto de vista de uma única disciplina. Por ser um fenômeno multidimensional, o suicídio demanda uma abordagem multidisciplinar (SHNEIDMAN, 1993).

A WHO (2012) sugere três categorias entre os fatores de risco: individuais, socioculturais e situacionais. Estes fatores interagiriam amplamente entre si e devem ser observados como sinais potenciais para o comportamento suicida.

Entre os fatores de risco individuais envolvidos na causalidade do suicídio, os transtornos mentais são aqueles que demonstram maior associação até

o momento. De acordo com a literatura, mais de 90% dos suicídios têm pelo menos um diagnóstico de transtorno mental associado, sendo mais prevalentes os transtornos afetivos, seguido por uso indevido de substância (especialmente álcool) e esquizofrenia (BERTOLOTE et al., 2003; CAVANAGH et al., 2003; ERNST et al., 2004, HAWTON; HEERINGEN, 2009).

Em revisão sistemática, Cavanagh et al. (2003) apontam os transtornos mentais como a variável de maior associação com o suicídio, encontrando a depressão como diagnóstico mais prevalente. Em meta-análise, Arsenault-Lapierre et al. (2004) encontraram 87,3% de algum tipo de transtorno mental entre os casos de suicídio incluídos no estudo. Entre estes, 43,2% correspondiam a transtornos afetivos e 25,7% a transtornos por uso de substâncias, sendo mais frequentes a depressão e o uso de álcool.

Em artigo de 2004, Ernst et al. já sugeriam que, mesmo nos 10% de casos de suicídio em que não se identificava um transtorno psiquiátrico na autópsia psicológica, o perfil de tais indivíduos tem maior semelhança com aqueles com transtorno psiquiátrico do que com controles sem transtorno psiquiátrico. Esta minoria poderia apresentar transtornos de personalidade (nem sempre investigados), sugerindo maior prevalência de patologias psiquiátricas entre os suicidas.

Em uma revisão com 31 artigos publicados entre 1959 e 2001, Bertolote et al. (2004) sugerem que mais de 98% dos casos de suicídio estão associados a transtornos psiquiátricos. Entretanto, grande parte dos estudos utilizados nessa revisão são provenientes de países do hemisfério norte, sendo que artigos da Dinamarca, Grã-Bretanha e EUA correspondem a 80% do total.

Em meta-análise, conduzida por Harris e Barraclough (1997), estimou-se que o risco de suicídio seria 20 vezes maior em indivíduos diagnosticados com depressão maior, podendo alcançar risco 35 vezes maior quando ocorre em idosos. Já o risco de suicídio seria aproximadamente 6 vezes maior em dependentes de álcool e naqueles que fazem uso abusivo da substância, sendo 5 vezes maior entre as mulheres quando comparadas aos homens. Ao considerarmos isoladamente o uso de sedativos, o risco de suicídio seria 20 vezes maior em relação à população geral, 16 vezes maior se associado ao álcool e 44 vezes maior se associado com outra droga ilícita. Já o risco associado à maconha foi avaliado a partir de apenas um estudo, que encontrou um risco 4 vezes maior, entretanto os autores

consideraram improvável sua associação com o suicídio (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997).

Duberstein e Conwell (1997) sugerem que 30 a 40% daqueles que cometem suicídio apresentam algum tipo de transtorno de personalidade, sendo que o risco seria maior naqueles com transtorno de personalidade instável e antissocial, e possivelmente naqueles com esquizóide e de esquiva. Já entre os traços de personalidade, impulsividade e a agressividade estariam entre os mais associados ao comportamento suicida (MANN, 1998; TURECKI, 1999).

Entre indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade, o risco de suicídio seria sete vezes maior (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997). Entre os casos considerados na meta-análise de Arsenault-Lapierre et al. (2004), 16,2% correspondiam a transtornos de personalidade.

A WHO (2012) também aponta doenças crônicas (físicas) e incapacidades como fatores de risco individuais. Entre as patologias associadas encontram-se: câncer, HIV/aids, doença de Huntington, esclerose múltipla, epilepsia, lúpus eritematoso sistêmico, lesão medular, doença renal, úlcera péptica e dor crônica (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997; HAWTON; HEERINGEN, 2009).

Juurlink et al. (2004) encontraram 11 patologias que estariam associadas a um aumento no risco de suicídio de pessoas acima dos 65 anos, sendo o transtorno bipolar, a depressão e a dor crônica as condições com maior risco. Em comparação a pacientes sem doenças identificadas no momento do estudo, aqueles com 3 doenças teriam um aumento de 3 vezes no risco relativo estimado.

Outros fatores individuais relevantes incluem tentativa de suicídio anterior e história de suicídio na família (WHO, 2012).

Em recente revisão, que incluiu 72 artigos publicados, Beghi et al. (2013) apontam, entre os principais fatores de risco para cometer suicídio, forte ideação suicida e história de tentativa de suicídio. Além disso, indicam que, em cerca de 50% dos suicídios, houve pelo menos uma tentativa anterior (BEGHI et al., 2013).

Qin et al. (2003) conduziram estudo envolvendo 21169 pessoas que cometeram suicídio, entre 1981 e 1997, na Dinamarca. Encontraram um risco de suicídio significativamente maior tanto naqueles com história de suicídio na família quanto de doença psiquiátrica na família.

A WHO ainda sugere, como fatores de risco individuais, desespero, sensação de isolamento, falta de apoio social, história de trauma ou abuso,

sofrimento emocional agudo e fatores neurobiológicos (WHO, 2012).

Já entre os fatores de risco socioculturais sugerem-se o estigma associado com o comportamento de busca de ajuda, barreiras de acesso à saúde (especialmente à saúde mental e ao tratamento por uso de substâncias), certas crenças culturais e religiosas, a exposição a comportamentos suicidas (inclusive através da mídia) e influência de outros que morreram por suicídio (WHO, 2012).

Em 2008, o suicídio de uma jovem celebridade por intoxicação com monóxido de carbono provocou grande repercussão em Taiwan. Semanas após a morte, Chen et al. (2012) observaram aumento tanto nas taxas de suicídios entre mulheres jovens, assim como aumento no número de casos que utilizaram o mesmo método de perpetração. No Reino Unido, Hawton et al. (2000) também observaram aumento nas taxas de suicídio e nas tentativas de suicídio admitidas em um Hospital Geral após a morte da princesa de Gales.

Entre os fatores de risco situacionais sugerem-se desemprego e perdas financeiras, rompimentos ou perdas sociais, fácil acesso a meios letais, agregados locais de suicídio que têm uma influência “contagiosa” e eventos estressantes (WHO, 2012).

Entre os acontecimentos da vida apontados como possíveis fatores desencadeantes encontram-se perdas pessoais, conflitos interpessoais, relações desfeitas ou conturbadas, problemas jurídicos ou relacionados ao trabalho (WHO, 2002).

Em indivíduos que cometeram suicídio antes dos 35 anos, Appleby et al. (1999) encontraram mais chance de vivenciar eventos adversos entre os casos, comparado aos controles, principalmente aqueles de natureza interpessoal, sendo que 70% dos casos apresentaram problemas com os parceiros.

Em revisão, Liu e Miller (2014) encontraram 20 estudos que buscaram relação entre mortes por suicídio e eventos vitais adversos. A maioria sugere que existe relação, especialmente para problemas interpessoais, com alguns estudos apontando relação com problemas legais. Problemas interpessoais também apresentaram relação com tentativas de suicídio.

Em relação aos fatores de risco envolvidos na causalidade do suicídio, podemos dividi-los ainda em fatores predisponentes e fatores precipitantes. Os fatores predisponentes (também denominados fatores distais) criariam o terreno no qual se instala o processo suicida, como por exemplo, fatores genéticos e traços de

personalidade. Já os fatores precipitantes (também denominados fatores proximais), agindo em terreno propício, provocariam uma sequência de comportamentos que culminariam no suicídio. Como exemplo estariam perdas significativas, rupturas amorosas e situações de humilhação (BERTOLOTE, 2012).

Embora os fatores de risco distais possam ser obtidos através de outros delineamentos de estudos, as autópsias psicológicas continuam sendo as únicas validadas para explicar as circunstâncias psicológicas e o contexto próximo ao suicídio (CONNER et al., 2011).

## **1.5 A Autópsia Psicológica**

Em determinados casos é possível estabelecer porque a pessoa morreu, mas não é possível identificar a morte como suicídio, morte acidental ou homicídio. O que solucionaria a questão seria determinar a intencionalidade do ato. Neste contexto surge a autópsia psicológica, expressão cunhada por Shneidman, que teria como principal função esclarecer uma morte suspeita, para chegar ao correto ou preciso modo em que a morte ocorreu. A autópsia psicológica é considerada uma investigação retrospectiva completa da intenção do falecido na qual a informação é obtida por entrevistas de indivíduos próximos que conheceram as ações, comportamentos e a personalidade do falecido bem o suficiente para relatá-las (LEENAARS, 2010).

Assim, a primeira utilidade da autópsia psicológica, desenvolvida no final da década de cinquenta, foi fornecer informações que aumentassem a precisão dos certificados de óbitos, que, mesmo sendo adequados para registrarem as causas da morte, podem deixar dúvidas quanto à maneira como esta ocorreu (WERLANG, 2000).

Inicialmente, estes estudos destinaram-se predominantemente a identificar o modo da morte em casos duvidosos e a assessorar legistas e médicos forenses. Em seguida, os estudos passaram a ter como objetivo identificar o grau de intenção letal e motivação para morrer, identificar aspectos sociais e demográficos, fatores preditivos, associação com patologias físicas e mentais, assim como, estratégias metodológicas e desenvolvimento da autópsia como ferramenta de pesquisa para medidas preventivas (WERLANG, 2000).

Atualmente, a autópsia psicológica é considerada a principal técnica disponível para determinar a relação entre fatores de risco e suicídio. Além das entrevistas com pessoas próximas aos falecidos, as informações também podem ser coletadas em fichas médicas, prontuários, relatórios do serviço social e registros criminais. O objetivo de ampliar as fontes de dados seria construir o perfil mais amplo e preciso possível daquele que cometeu suicídio com o intuito de compreender as razões que o levaram a tal ato (ISOMETSÄ, 2001; CAVANAGH et al., 2003).

Apesar de sua relevância, as pesquisas realizadas a partir de autópsias psicológicas ainda apresentam grande heterogeneidade, não apenas em relação aos diversos objetivos apresentados, mas sobretudo pelas diferenças e falhas metodológicas encontradas entre os estudos (CONNER et al., 2011).

Tal heterogeneidade entre estes estudos deriva não apenas da variedade de fontes de informação utilizada, mas também na determinação da causa da morte e de quem a determina (HAWTON et al., 1998). Já em relação à origem, a maioria dos estudos provém de países do hemisfério norte e ocidentais, geralmente considerados desenvolvidos e com alto grau de urbanização, o que dificulta sua comparação com dados das demais localidades (ISOMETSÄ, 2001).

Entre as principais limitações dos estudos de autópsia psicológica, salienta-se aquela inerente à pesquisa de natureza retrospectiva, que depende da memória dos entrevistados para coleta das informações. Além disso, devemos esperar que os informantes tenham dificuldade para recordar detalhes que cercam eventos impactantes, como a morte de uma pessoa próxima. As famílias podem não estar prontas para falar sobre o suicídio ou podem negar-se a revelar determinados fatos como história de violência doméstica e abuso (HAWTON et al., 1998; ISOMETSÄ, 2001).

Os primeiros estudos de autópsia psicológica (primeira geração) eram descritivos e tratavam de série de casos. Posteriormente, passaram a ter delineamento predominantemente de caso-controle (segunda geração). Encontrar controles adequados e que estejam alinhados diretamente com os objetivos do estudo passa a ser o desafio na execução destes (HAWTON et al., 1998; ISOMETSÄ, 2001).

Poucos estudos discutem como conduzir pesquisas que utilizem autópsias psicológicas ou sugerem adequações em sua metodologia (CONNER et

al., 2011). Em muitos casos, não há evidência da validade ou confiabilidade do instrumento utilizado nas entrevistas (WERLANG, 2003).

## **1.6 A Autópsia Psicológica desenvolvida por Werlang**

Após criteriosa revisão bibliográfica e constatação da grande heterogeneidade de artigos publicados referentes à condução de autópsias psicológicas, Werlang (2000) afirma que, por ser uma estratégia complexa, não há modelo único de entrevista e que apenas guias ou listas dos itens investigados estão disponíveis nos estudos publicados.

Em vista da dificuldade na avaliação complexa da morte autoinfligida, na ausência de um modelo estruturado que permitisse identificar fatores de risco para o suicídio e sem a possibilidade de uma avaliação direta da vítima (objeto de estudo), Werlang (2000) desenvolveu uma entrevista semiestruturada para autópsia psicológica.

Assim, Werlang (2000) identificou quatro questões básicas a serem respondidas na autópsia psicológica: O que?, Por que?, Do que? e Como? E quatro construtos subjacentes à estratégia da autópsia psicológica: precipitadores e/ou estressores, motivação, letalidade e intencionalidade.

Precipitadores e/ou estressores são fatos ou circunstâncias imediatas que culminariam no suicídio. Motivação pode ser entendida identificando as razões psicológicas para morrer, enraizadas na conduta, no pensamento, no estilo de vida e na personalidade como um todo. O nível de letalidade é mensurado pela escolha do método e suas consequências. A avaliação sobre o grau de lucidez no planejamento, na preparação e na objetivação da ação autodestrutiva estabelece a intenção do sujeito (WERLANG, 2000).

Além de desenvolver este instrumento e com o intuito de diminuir o viés produzido pela subjetividade inerente a este tipo de investigação retrospectiva, Werlang teve como objetivo avaliar o grau de concordância entre os avaliadores do instrumento. Seus resultados demonstraram concordância marcante entre os aplicadores da entrevista quando os informantes são membros da família dispostos a fornecer informações (WERLANG, 2000, 2003).

## 1.7 Estudos com Autópsia Psicológica no Brasil

Estudos que utilizem autópsia psicológica como instrumento metodológico ainda são escassos no Brasil. Ao investigar os suicídios ocorridos em Itabira, Minayo et al. (2006) já discutiam uma proposta metodológica que incluía utilização de roteiros de entrevistas semiestruturadas, criadas para abordar aspectos psicossociais dos casos.

Atualmente, a maioria dos artigos encontrados na literatura nacional deriva de pesquisa multicêntrica realizada em 10 municípios brasileiros, que se propõe a investigar suicídio na população idosa a partir de análise descritiva e qualitativa dos dados (CAVALCANTE et al., 2012; MINAYO et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2012).

Recentemente foi conduzido estudo para investigar o aumento no número de casos de suicídio em Palmas, Tocantins. Foram realizadas 24 autópsias psicológicas de suicídios entre 2006 e 2009, com o intuito de investigar possíveis fatores de risco e determinantes associados (SENA-FERREIRA et al., 2014).

Ao invés de autópsia psicológica, os artigos nacionais vêm dando preferência à terminologia autópsia psicossocial, em busca de uma articulação da proposta metodológica de Shneidman, de cunho essencialmente psicológico, com outras propostas de perspectiva sociológica (CAVALCANTE et al., 2012).

# *Objetivos*

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Identificar e descrever características sociodemográficas e psicológicas associadas aos casos de óbito por suicídio ocorridos em Botucatu no ano de 2009, a partir de dados obtidos por entrevista semiestruturada com familiares ou pessoas próximas aos falecidos para constituição de autópsia psicológica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar e descrever características sociodemográficas de indivíduos falecidos por suicídio no ano de 2009, no município de Botucatu, SP;
- Identificar e descrever nesses casos de suicídio:
  - o Eventos vitais adversos;
  - o Sintomas de disfunção somática;
  - o Tratamento na área de saúde mental;
  - o Internações psiquiátricas;
  - o O uso de substâncias psicoativas;
  - o Traços de personalidade;
  - o Procura por profissionais e/ou serviços de saúde;
  - o Fatos associados à história familiar.
- Identificar e descrever, nesses casos de suicídio, intencionalidade, planejamento para a morte e possíveis razões para o suicídio.

# *Metodologia*

---

### **3 METODOLOGIA**

Após constatar o aumento consecutivo do número de suicídios em Botucatu, no ano de 2009, os profissionais da Equipe de Saúde Mental do município mobilizaram-se na elaboração de um projeto que investigaria o fenômeno corrente. Apoiados pela Secretaria Municipal de Saúde e auxiliados por um professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, especializado na temática do suicídio, a Equipe de Saúde Mental optou por realizar entrevistas com familiares ou pessoas próximas aos falecidos para constituição da autópsia psicológica dos casos.

#### **3.1 Desenho**

Estudo descritivo de todos os casos de suicídio registrados no município de Botucatu, SP, no ano de 2009.

#### **3.2 Local da pesquisa**

Esta investigação foi realizada no município de Botucatu, situado no interior do estado de São Paulo, a 220 km de sua capital. É constituído por 3 Distritos: Botucatu, Rubião Junior e Vitoriana. O município é limitado pelos municípios de Anhembi, Avaré, Bofete, Dois Córregos, Itatinga, Pardinho, Pratânia, Santa Maria da Serra e São Manuel. Possui área de 1.482.642 km<sup>2</sup> e 804 metros de altitude, na sede municipal (IBGE, 2013).

Segundo dados do IBGE (2010), a população de todo o município estimada para 2010 girava em torno de 127.328 habitantes, sendo que 61.761 pertenciam ao sexo masculino. A taxa de crescimento anual era de 1,18% e a população rural total correspondia a 4652 habitantes, constituindo um grau de urbanização de 96,35% (SEADE). A coleta de lixo, o abastecimento de água e o esgoto sanitário cobriam 99,66%, 98,96% e 95,22% da população do município, respectivamente. A renda per capita correspondia a R\$ 897,90 e a economia da região estava baseada nos setores de comércio e serviços.

Em 2009, além do Hospital Universitário, que já constituía a retaguarda de cuidado terciário de saúde para a região do VI Departamento Regional de Saúde

(cerca de 1.600.000 habitantes), a rede de assistência do município incluía a rede básica (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Centro de Saúde Escola), um Centro de Atenção Integral à Saúde/CAIS (estatal), um Centro de Atenção Psicossocial II e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

A prevalência de transtorno mental comum (utilizando como instrumento o *Self Reporting Questionnaire/SRQ-20*) na população não institucionalizada, residente na zona urbana de Botucatu, em 2001 e 2002, foi de 21,7% (LIMA, 2004).

### 3.3 Universo da pesquisa

Foram incluídos no presente estudo todos os óbitos por suicídio de pessoas residentes no Município de Botucatu, registrados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, ocorridos entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2009. Foi considerada residente toda pessoa que estivesse, no momento do óbito, morando no município, independentemente do tempo de residência.

### 3.4 Instrumento

Para o trabalho de campo optou-se pela utilização de uma adaptação (simplificada, diante da urgência da necessidade da colheita dos dados) da entrevista semiestruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio, criada pela Dra. Blanca Guevara Werlang (2000) e apresentada em sua tese de doutorado (WERLANG, 2000).

O roteiro original da entrevista é composto por 4 módulos: precipitadores e/ou estressores, motivação, letalidade e intencionalidade. Ele é composto por perguntas fechadas (natureza dicotômica) e perguntas abertas (questões norteadoras). Em todo caso, mesmo em perguntas fechadas, foram anotadas as respostas dadas pelos entrevistados, por esclarecerem, particularizarem e pormenorizarem determinados aspectos eventualmente não contemplados pelas alternativas apresentadas, e que enriqueciam sobremaneira as informações.

Para realizar a adaptação do roteiro utilizado no presente estudo (ANEXO), a estrutura original dos módulos foi praticamente preservada, com exceção do módulo que investiga precipitadores e/ou estressores, que foi suprimido.

Em seu lugar, questões relativas ao uso de substâncias psicoativas e procura de assistência foram incorporadas.

O módulo de motivação contém a pergunta norteadora (Por que o suicídio ocorreu?) e os itens de natureza dicotômica, divididos em 4 seções: problemas psicossociais, ambientais ou acontecimentos de vida não imediatos; sintomas de mau funcionamento; características de personalidade e fatos associados à história familiar.

O módulo da letalidade contém a questão norteadora (Por que a pessoa morreu?) e questão de múltipla escolha sobre o método utilizado.

O módulo da intencionalidade contém 26 perguntas fechadas (com alternativas dicotômicas), divididas em duas seções: evidências de intenção ou desejo de morrer e planejamento para a morte.

### **3.5 Procedimentos**

#### ***Treinamento dos entrevistadores***

Após a escolha e adaptação do instrumento, deu-se início ao treinamento da equipe de profissionais de saúde mental que conduziriam as entrevistas. A equipe, constituída por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, foi treinada pelo professor Dr. José Manoel Bertolote, que já possuía experiência neste tipo de entrevista. O treinamento foi baseado num estudo detalhado do instrumento, *role-playings*, simulação de entrevistas e grupos de discussão.

A Coordenadora da Equipe de Saúde Mental (Terapeuta Ocupacional Marli dos Santos Ribeiro), à época também aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), coordenou o trabalho de campo de acordo com um projeto de pesquisa que deveria servir para seu programa de doutorado.

#### ***Entrevistadores***

Os entrevistadores foram todos voluntários e eram, em sua maioria, vinculados à Equipe de Saúde Mental do município, incluindo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

### ***Entrevistas***

Uma vez finalizado o treinamento dos entrevistadores, as unidades de saúde mais próximas às residências dos indivíduos que cometeram suicídio foram identificadas com o intuito de contatar familiares ou pessoas próximas aos falecidos. Após o contato realizado por um dos entrevistadores da equipe diretamente no domicílio, o objetivo do estudo foi informado e, com o aceite formal e por escrito do convite para participar da entrevista, assegurou-se o sigilo quanto à identidade dos participantes e à confidencialidade das informações fornecidas.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados ou nas unidades de saúde mais próximas aos domicílios, conforme a conveniência dos entrevistados.

Todas as entrevistas foram realizadas entre setembro de 2009 e janeiro de 2010, sendo a primeira efetuada oito meses após o registro do primeiro caso.

Dos 7 casos em que a autópsia não pôde ser realizada, uma família havia se mudado na ocasião da entrevista, uma recusou-se a participar da pesquisa e cinco não puderam ser localizadas.

Dados como sexo, cor, estado civil e escolaridade foram obtidos por uma ficha de identificação pessoal, preenchida a partir de informações registradas nos cadastros das unidades de saúde. Nos casos em que não houve preenchimento destes dados, foram utilizadas informações provenientes da Vigilância Epidemiológica do município.

### ***Interrupção do projeto inicial***

Com o falecimento da Coordenadora da Equipe de Saúde Mental, logo após a conclusão das autópsias psicológicas, o projeto, que visava continuar com as entrevistas em todos os casos de suicídio ocorridos em Botucatu, foi temporariamente suspenso, embora as informações mais evidentes, que não necessitavam de análise mais aprofundada, tivessem sido incorporadas em treinamentos subsequentes dos profissionais de saúde da rede básica de Botucatu. Todo o material das entrevistas foi preservado pelo professor Dr. José Manoel Bertolote até a retomada do trabalho em 2013.

### **3.6 Análise dos dados**

A partir dos relatórios das entrevistas, os dados sociodemográficos e as respostas de natureza dicotômica foram digitados em planilha eletrônica em setembro de 2013. Todas as informações registradas pelos entrevistadores, especialmente as respostas de natureza semiaberta, foram digitadas em um editor de texto e, em seguida, organizadas de forma que pudessem constituir um resumo dos casos (APÊNDICE), destacando características que cercaram o ato suicida e eventos relevantes na história dos indivíduos, sob a perspectiva dos informantes.

### **3.7 Considerações Éticas**

O projeto “Suicídio: um estudo descritivo por autópsia psicológica no município de Botucatu” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 06/11/2006, sendo reformulado metodologicamente para adequar-se ao novo contexto e submetido à nova aprovação em 07/11/2012.

Todos os participantes incluídos assinaram o termo de consentimento após terem sido orientados sobre os objetivos do estudo, a garantia sobre a confidencialidade das informações obtidas e a possibilidade de desistência a qualquer momento (ANEXO).

# *Resultados*

---

## 4 RESULTADOS

Foram registrados 21 casos de suicídio em Botucatu no ano de 2009.

Considerando a estação do ano, ocorreram 3 suicídios no inverno, 7 na primavera, 4 no verão e 7 no outono. Maio e sábado foram o mês e o dia com maior número de casos, conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da ocorrência dos casos de suicídio por mês e por dia da semana. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|           | n  | %     |         | n  | %     |
|-----------|----|-------|---------|----|-------|
| Janeiro   | 1  | 4,8   | Domingo | 2  | 9,5   |
| Fevereiro | 2  | 9,5   | Segunda | 3  | 14,3  |
| Março     | 1  | 4,8   | Terça   | 4  | 19,0  |
| Abril     | 0  | 0,0   | Quarta  | 1  | 4,8   |
| Maio      | 5  | 23,8  | Quinta  | 2  | 9,5   |
| Junho     | 3  | 14,3  | Sexta   | 4  | 19,0  |
| Julho     | 1  | 4,8   | Sábado  | 5  | 23,8  |
| Agosto    | 0  | 0,0   | Total   | 21 | 100,0 |
| Setembro  | 2  | 9,5   |         |    |       |
| Outubro   | 3  | 14,3  |         |    |       |
| Novembro  | 2  | 9,5   |         |    |       |
| Dezembro  | 1  | 4,8   |         |    |       |
| Total     | 21 | 100,0 |         |    |       |

Considerando o total de 21 casos, a maioria pertencia ao sexo masculino, sendo que apenas 5 eram mulheres, configurando uma razão entre os sexos de 3:1.

A idade variou entre 18 e 81 anos, com média de 42,04 e mediana de 37. Considerando ambos os sexos, a faixa etária de 20 a 40 anos concentrou o maior número de casos. Já para o sexo masculino, a faixa de 41 a 50 anos concentrou um quarto dos casos, conforme observado na Tabela 2.

Houve predominância de pessoas da cor branca, sendo apenas um caso considerado da cor parda.

Em relação ao estado civil, a maioria encontrava-se solteira, sendo que entre as mulheres a proporção de solteiras era igual a de casadas.

Já a escolaridade foi registrada em 18 casos, sendo que a maioria possuía ensino fundamental incompleto.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos indivíduos que cometeram suicídio. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                        | Homens |      | Mulheres |     | Total |      |
|------------------------|--------|------|----------|-----|-------|------|
|                        | n      | %    | n        | %   | n     | %    |
| <b>Faixa Etária</b>    |        |      |          |     |       |      |
| < 20 anos              | 1      | 6,3  |          |     | 1     | 4,8  |
| 20 a 30 anos           | 3      | 18,8 | 2        | 40  | 5     | 23,8 |
| 31 a 40 anos           | 3      | 18,8 | 2        | 40  | 5     | 23,8 |
| 41 a 50 anos           | 4      | 25,0 |          |     | 4     | 19,0 |
| 51 a 60 anos           | 3      | 18,8 |          |     | 3     | 14,3 |
| 61 a 70 anos           |        |      |          |     |       |      |
| 71 a 80 anos           | 1      | 6,3  | 1        | 20  | 2     | 9,5  |
| > 80 anos              | 1      | 6,3  |          |     | 1     | 4,8  |
| Total                  | 16     | 100  | 5        | 100 | 21    | 100  |
| <b>Cor</b>             |        |      |          |     |       |      |
| Branca                 | 16     | 100  | 4        | 80  | 20    | 95   |
| Parda                  |        |      | 1        | 20  | 1     | 5    |
| Total                  | 16     | 100  | 5        | 100 | 21    | 100  |
| <b>Estado Civil</b>    |        |      |          |     |       |      |
| Solteiro               | 7      | 43,8 | 2        | 40  | 9     | 42,9 |
| Casado                 | 6      | 37,5 | 2        | 40  | 8     | 38,1 |
| Viúvo                  | 1      | 6,3  | 1        | 20  | 2     | 9,5  |
| Divorciado             | 2      | 12,5 |          |     | 2     | 9,5  |
| Total                  | 16     | 100  | 5        | 100 | 21    | 100  |
| <b>Escolaridade</b>    |        |      |          |     |       |      |
| Fundamental Incompleto | 8      | 50,0 | 1        | 20  | 9     | 42,9 |
| Médio Incompleto       | 3      | 18,8 | 3        | 60  | 6     | 28,6 |
| Médio Completo         | 2      | 12,5 | 1        | 20  | 3     | 14,3 |
| Ignorado               | 3      | 18,8 |          |     | 3     | 14,3 |
| Total                  | 16     | 100  | 5        | 100 | 21    | 100  |
| <b>Método</b>          |        |      |          |     |       |      |
| Enforcamento           | 12     | 75,0 | 5        | 100 | 17    | 81,0 |
| Arma de fogo           | 3      | 18,8 |          |     | 3     | 14,3 |
| Intoxicação            | 1      | 6,3  |          |     | 1     | 4,8  |
| Total                  | 16     | 100  | 5        | 100 | 21    | 100  |

Considerando o total de 21 óbitos, 17 mortes ocorreram por enforcamento, 3 por arma de fogo e 1 por intoxicação, entretanto não foi possível identificar o agente tóxico utilizado. Enforcamento foi o método utilizado por todas as mulheres do estudo.

Do total de 21 casos registrados, 14 foram investigados através de autópsias psicológicas. Todas as entrevistas foram realizadas entre setembro do mesmo ano e janeiro de 2010, com intervalos entre o suicídio e a autópsia variando de 2 a 11 meses. A maioria das entrevistas foi realizada nas residências dos entrevistados.

Mães foram as informantes mais frequentes das entrevistas, conforme observado no Tabela 3.

Tabela 3 – Vínculo dos informantes das autópsias psicológicas com os indivíduos que cometeram suicídio. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

| Vínculo     | n  | %    |
|-------------|----|------|
| Mãe         | 5  | 35,7 |
| Cônjuge     | 2  | 14,3 |
| Filho/filha | 2  | 14,3 |
| Pai         | 1  | 7,1  |
| Mãe e irmão | 1  | 7,1  |
| Pai e irmã  | 1  | 7,1  |
| Primo/prima | 1  | 7,1  |
| Vizinha     | 1  | 7,1  |
| Total       | 14 | 100  |

No presente estudo, 12 casos tiveram apenas 1 informante. Nos outros 2 casos, uma das entrevistas foi realizada com 2 informantes simultaneamente e a outra com 2 informantes em ocasiões distintas. Neste caso foi possível entrevistar irmão e mãe separadamente e dos 78 itens presentes na autópsia psicológica, houve discrepância em 15, sendo que as possíveis razões para o suicídio coincidiram nas duas entrevistas.

Os resultados a seguir referem-se exclusivamente aos 14 casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica.

Tabela 4 – Características sociodemográficas dos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                        | Homens |     | Mulheres |     | Total |      |
|------------------------|--------|-----|----------|-----|-------|------|
|                        | N      | %   | N        | %   | N     | %    |
| <b>Faixa Etária</b>    |        |     |          |     |       |      |
| < 20 anos              | 1      | 10  |          |     | 1     | 7,1  |
| 20 a 30 anos           | 3      | 30  | 1        | 25  | 4     | 28,6 |
| 31 a 40 anos           | 2      | 20  | 2        | 50  | 4     | 28,6 |
| 41 a 50 anos           | 1      | 10  |          |     | 1     | 7,1  |
| 51 a 60 anos           | 1      | 10  |          |     | 1     | 7,1  |
| 61 a 70 anos           |        |     |          |     |       |      |
| 71 a 80 anos           | 1      | 10  | 1        | 25  | 2     | 14,3 |
| > 80 anos              | 1      | 10  |          |     | 1     | 7,1  |
| Total                  | 10     | 100 | 4        | 100 | 14    | 100  |
| <b>Cor</b>             |        |     |          |     |       |      |
| Branca                 | 10     | 100 | 3        | 75  | 13    | 92,9 |
| Parda                  |        |     | 1        | 25  | 1     | 7,1  |
| Total                  | 10     | 100 | 4        | 100 | 14    | 100  |
| <b>Estado Civil</b>    |        |     |          |     |       |      |
| Solteiro               | 4      | 40  | 1        | 25  | 5     | 35,7 |
| Casado                 | 4      | 40  | 2        | 50  | 6     | 42,9 |
| Viúvo                  | 1      | 10  | 1        | 25  | 2     | 14,3 |
| Divorciado             | 1      | 10  |          |     | 1     | 7,1  |
| Total                  | 10     | 100 | 4        | 100 | 14    | 100  |
| <b>Escolaridade</b>    |        |     |          |     |       |      |
| Fundamental Incompleto | 5      | 50  | 1        | 25  | 6     | 42,9 |
| Médio Incompleto       | 2      | 20  | 3        | 75  | 5     | 35,7 |
| Médio Completo         | 1      | 10  |          |     | 1     | 7,1  |
| Ignorado               | 2      | 20  |          |     | 2     | 14,3 |
| Total                  | 10     | 100 | 4        | 100 | 14    | 100  |
| <b>Método</b>          |        |     |          |     |       |      |
| Enforcamento           | 7      | 70  | 4        | 100 | 11    | 78,6 |
| Arma de fogo           | 3      | 30  |          |     | 3     | 21,4 |
| Intoxicação            |        |     |          |     |       |      |
| Total                  | 10     | 100 | 4        | 100 | 14    | 100  |

No que se refere à presença de eventos vitais adversos, 11 entrevistados alegaram problemas em algum dos aspectos mencionados no instrumento, conforme indicado na Tabela 5\*.

\* As tabelas de 5 a 11 apresentam dados de respostas múltiplas

Tabela 5 – Natureza de eventos vitais adversos nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                                                            | n | %    |
|------------------------------------------------------------|---|------|
| Relacionados ao ambiente social                            | 7 | 50,0 |
| Relacionados à vida ocupacional                            | 6 | 42,9 |
| Relacionados ao grupo de apoio primário/família nuclear    | 5 | 35,7 |
| Relacionados à vida escolar                                | 4 | 28,6 |
| Relacionados a problemas econômicos                        | 3 | 21,4 |
| Relacionados à moradia                                     | 2 | 14,3 |
| Relacionados à interação com o sistema legal/criminal      | 2 | 14,3 |
| Relacionados a outros problemas psicossociais e ambientais | 7 | 50,0 |

Metade dos casos apresentou problemas relacionados ao ambiente social e pouco mais de 40% ao ambiente ocupacional.

Problemas de relacionamento interpessoal, principalmente de natureza amorosa ou marital, destacaram-se entre as possíveis razões do suicídio relatadas pelos informantes. No caso dos homens, o fim do relacionamento ou o abandono de suas companheiras culminaram em grande sofrimento para estes indivíduos no período anterior ao suicídio.

Perdas pessoais também foram relatadas. Uma filha cuja mãe se suicidou quando ela tinha cerca de 3 anos e cujo pai foi assassinado; um pai que perdeu o filho 20 anos antes do suicídio e uma mãe que também perdeu o filho.

Segundo os entrevistados, 71,4% (n=10) dos casos fizeram tratamento na área de saúde mental em algum momento da vida. Dois casos já haviam passado por internação psiquiátrica.

Tabela 6 – Sinais de disfunção somática nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                                | n | %    |
|--------------------------------|---|------|
| Nas funções somático-viscerais | 7 | 50,0 |
| Nas funções perceptivas        | 4 | 28,6 |
| Nas funções integrativas       | 4 | 28,6 |
| No sistema neurológico         | 2 | 14,3 |
| Doença crônica ou incurável    | 2 | 14,3 |
| Nas funções cognitivas         | 1 | 7,1  |
| Outros sintomas de disfunção   | 3 | 21,4 |

Segundo os informantes, entre os casos, 11 (78,5%) apresentavam algum sintoma de disfunção somática. Entre os sintomas relatados estão: insônia, dor de cabeça, problemas visuais, problemas de estômago, problemas nos membros, hipertensão arterial, dislipidemia, sobrepeso, problemas ginecológicos, deficiência cognitiva, falta de ar, câncer de pele, hanseníase e cegueira.

Tabela 7 – Uso de álcool e outras drogas nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                           | n | %    |
|---------------------------|---|------|
| Álcool                    | 7 | 50,0 |
| Sedativos/tranquilizantes | 4 | 28,6 |
| Maconha                   | 3 | 21,4 |
| Crack/cocaína             | 3 | 21,4 |
| Morfina/heroína           | 1 | 7,1  |

O consumo de bebidas alcoólicas correspondeu a 50% (n=7) dos casos. Destes, três apresentavam consumo diário da substância e eram provavelmente dependentes.

Em relação ao uso de outras drogas, o consumo correspondeu a 42% (n=6) dos casos, sendo maior o uso de sedativos/tranquilizantes. Não houve relato de uso de anfetaminas, solventes ou alucinógenos.

Tabela 8 – Características de personalidade nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                                | n | %    |
|--------------------------------|---|------|
| Traços de natureza depressiva  | 9 | 64,3 |
| Traços de natureza esquizoide  | 4 | 28,6 |
| Traços de natureza dependente  | 4 | 28,6 |
| Traços de natureza dissocial   | 4 | 28,6 |
| Traços de natureza paranóide   | 4 | 28,6 |
| Traços de natureza anancástica | 2 | 14,3 |
| Traços de natureza histriônica | 2 | 14,3 |

Características de personalidade foram referidas em 70% dos casos (n=10). Em sua maioria, relatos de manifestações de tristeza, desânimo, desespero, perda da autoestima, ambivalência, lentificação do pensamento e do comportamento motor (traços de natureza depressiva). Além das características de personalidade referidas na Tabela 8, segundo relatos dos informantes, três casos (21,4%) chamavam a atenção por algum outro tipo de comportamento.

Em relação aos fatos ocorridos na história familiar, 14,29% dos casos de suicídio apresentaram antecedente familiar de doenças físicas. Antecedentes familiares de doenças psiquiátricas foram encontrados em 64,29%, sendo que 57,14% realizaram tratamento médico ou psicológico. Tentativas de suicídio em familiares foram constatadas em 42,86% das autópsias. Antecedentes familiares de suicídios também corresponderam a 42,86% das autópsias, entretanto não houve total concordância entre estes casos e aqueles que realizaram tentativas. Houve relato de apenas um caso de envolvimento policial na família. Em relação aos antecedentes socioculturais, país de origem ou religião predominante na família, não houve registro adequado dos entrevistadores nas autópsias psicológicas. Não houve relato de costumes e hábitos familiares diferentes.

Tabela 9 – Procura de assistência profissional ou de serviços de saúde nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                                                                                            | n  | %    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Procurou serviço de saúde no mês anterior ao ocorrido                                      | 10 | 71,4 |
| Foi atendido no serviço que procurou                                                       | 9  | 64,3 |
| Procurou ou conversou com algum profissional no mês anterior ao ocorrido                   | 9  | 64,3 |
| Procurou ou conversou com algum médico no mês anterior ao ocorrido                         | 7  | 50,0 |
| Procurou ou conversou com algum psicólogo no mês anterior ao ocorrido                      | 4  | 28,6 |
| Procurou ou conversou com algum profissional da Atenção Básica no mês anterior ao ocorrido | 3  | 21,4 |

Em relação à procura de assistência, 71% (n=10) dos casos procuraram um serviço de saúde no mês anterior ao suicídio, sendo que todos receberam atendimento, com exceção de um caso. Entretanto, o entrevistado não soube informar o motivo.

Em 64% (n=9) dos casos houve a procura de um profissional de saúde no mês anterior ao suicídio, sendo que quatro procuraram somente ajuda de um médico, um procurou somente ajuda de um psicólogo, um procurou ajuda somente de um profissional da Atenção Básica, um procurou ajuda de um médico e de um psicólogo e dois procuraram ajuda dos três profissionais citados.

Tabela 10 – Evidência de intenção ou desejo de morrer nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                                                                            | n | %    |
|----------------------------------------------------------------------------|---|------|
| Durante o último ano, comentou ou demonstrou intenções ou desejo de morrer | 9 | 64,3 |
| Dizia que um dia ia se matar                                               | 9 | 64,3 |
| Falava em morrer                                                           | 6 | 42,9 |
| Dizia que estava cansado de lutar e só lhe restava morrer                  | 6 | 42,9 |
| Dizia que queria sumir                                                     | 5 | 35,7 |
| Tinha realizado tentativas anteriores para morrer                          | 5 | 35,7 |
| Tinha tendência a colocar-se em situação de risco                          | 4 | 28,6 |
| Falava em se matar, como forma de manipular as pessoas                     | 2 | 14,3 |
| Dizia que ia se matar, como se estivesse brincando                         | 2 | 14,3 |
| Falava sobre sonhos, pensamentos ou premonição de morte de outro ou de si  | 2 | 14,3 |
| Lia e comentava sobre livros e matérias jornalísticas relacionadas à morte | 1 | 7,1  |

Em 85% (n=12) das autópsias psicológicas mencionou-se presença de alguma evidência de intenção ou desejo de morrer, conforme os itens indicados na tabela 10. Em 64,3% (n=9) dos casos comentou-se, demonstrou-se intenções ou desejo de morrer no ano anterior ao suicídio.

Em 64,3% (n=9) dos casos houve verbalização da intenção de matar-se e tentativas de suicídio foram relatadas em 35,7% (n=5) dos casos.

Todos aqueles que praticaram tentativas anteriores fizeram algum tratamento na área de saúde mental, sendo que dois já haviam passado por internação psiquiátrica. Apenas um não fazia uso de álcool e outras drogas. Os outros quatro faziam uso tanto de álcool quanto de sedativos. O método mais utilizado nas tentativas de suicídio foi a ingestão de medicamentos.

Tabela 11 – Planejamento para morrer nos casos de suicídio submetidos à autópsia psicológica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2009

|                                                                                     | n | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|------|
| Fez recomendações de providências a serem tomadas no caso de “algo vir a acontecer” | 9 | 64,3 |
| Aquisição de armas, corda, veneno, etc.                                             | 9 | 64,3 |
| Fez algum preparativo antes de morrer                                               | 8 | 57,1 |
| Tomou alguma providência para não ser interrompido ou socorrido                     | 8 | 57,1 |
| Deixou algum bilhete ou carta de despedida ou falou em fazê-lo                      | 7 | 50,0 |
| Teve oportunidade de avisar alguém ou pedir ajuda                                   | 2 | 14,3 |
| Testamento feito nos últimos tempos                                                 | 1 | 7,1  |
| Distribuição de objetos                                                             | 1 | 7,1  |
| Visitas a familiares e/ou amigo que não via há muito                                | 1 | 7,1  |

Em relação ao planejamento para a morte, 85% das entrevistas indicaram que os casos demonstraram ou agiram com o intuito de planejar o próprio suicídio.

Cerca de 65% adquiriu algum objeto como armas ou cordas. No mínimo três casos deixaram bilhete ou carta.

# *Discussão*

---

## 5 DISCUSSÃO

Por ser de natureza descritiva, o presente estudo não pretendeu testar hipóteses, como em estudos quantitativos, nem aprofundar o entendimento da complexidade do suicídio enquanto fenômeno, no caso de estudos qualitativos. Apesar de não permitirem estabelecer associações, encontrar relações de causa e efeito ou estimar riscos, os estudos descritivos geralmente são o início para formulação de hipóteses relacionadas a determinado objeto de estudo (BONITA, 2010).

Por ser um fenômeno complexo e multidimensional, o suicídio demanda diversas estratégias metodológicas, sob diversos pontos de vista, para ser compreendido (MINAYO et al., 2006). Por isso não se almeja, com este trabalho, encerrar o estudo das razões que podem ter levado ao aumento no número de casos em 2009.

Ainda assim, este estudo tem, em seu cerne, a investigação de um fenômeno cuja magnitude, em determinado momento e local, atingiu valores além do esperado. Além disso, a justificativa para a execução deste trabalho parte da premissa de que o suicídio é uma morte potencialmente evitável, o que implica a formulação de estratégias para preveni-lo e o coloca como uma urgência sanitária (BERTOLOTE, 2012).

O relatório da WHO (2014) sugere o modelo de saúde pública a ser utilizado para prevenção do suicídio. Seguindo a recomendação, o primeiro passo começa com a vigilância dos casos, com o intuito de definir o problema através de coleta sistemática de dados. O segundo passo é identificar os fatores de risco e fatores protetores através de pesquisas que objetivem encontrar as razões para o comportamento suicida, a quem ele afeta e o que pode amenizar seu impacto. O terceiro passo é desenvolver, implementar e avaliar intervenções para decidir quais foram as mais exitosas e para quem. Por fim, implementar políticas e programas efetivos, assim como a avaliação destas intervenções, o que leva a revisitar o passo da vigilância.

Seguindo o modelo de prevenção de suicídio sugerido pela WHO (2014), as autópsias psicológicas do presente estudo contribuem com o segundo passo, tentando identificar, entre os casos, não apenas fatores que estejam relacionados à etiologia do suicídio e possíveis razões para o comportamento suicida, mas

possíveis lacunas onde estratégias de prevenção poderiam ter sido efetivas.

### **Aspectos gerais das entrevistas**

Neste estudo, dois terços dos casos de suicídio registrados foram submetidos a autópsias psicológicas, indicando a dificuldade em encontrar os familiares dessas pessoas nos endereços cadastrados nos serviços de saúde e que estejam dispostos a falar sobre o assunto. Ainda assim, tal dificuldade não foi maior do que a encontrada por outros estudos nacionais (MINAYO et al., 2012; SENA-FERREIRA et al., 2014).

A quantidade de informação presente nas autópsias psicológicas variou entre os aplicadores. Enquanto alguns limitaram-se apenas a registrar sim ou não nos itens de natureza dicotômica, outros optaram por descrever minuciosamente determinados aspectos da vida daqueles que cometeram suicídio. É necessário considerar que cada informante tem uma maneira de relatar os fatos, mas em muitos casos foram os detalhes anotados pelos entrevistadores que permitiram a formulação de algumas hipóteses, a confirmação de determinados eventos ou a sugestão de que estes pudessem agir como fatores precipitantes. Dados como religião, estado civil, nível socioeconômico, cor da pele, escolaridade, ocupação profissional, tempo em que vivia na cidade ou ascendência não foram adequadamente preenchidos em todas as entrevistas, dificultando sua análise e comparação com outros trabalhos.

Encontra-se grande variabilidade na literatura em relação ao tempo de intervalo recomendado entre a morte e a entrevista com os informantes. Ainda assim, existe um consenso que o tempo adequado estaria entre permitir a experiência do luto e evitar ou minimizar a perda de informações. As recomendações encontradas na literatura variam entre 1 mês, 2 a 6 meses, 3 a 12 meses e mais de 1 ano de intervalo (CONNER et al., 2012; PHILLIPS et al., 2002b). Apesar de não existir um consenso na literatura do tempo mais adequado, especialistas recomendam aguardar de 2 a 6 meses após a morte para conduzir as entrevistas (CONNER et al., 2012).

O presente estudo foi decorrente da mobilização dos profissionais da Equipe de Saúde Mental após o aumento consecutivo do número de suicídios em Botucatu, no ano de 2009. Assim, as entrevistas deste estudo foram iniciadas

apenas em setembro do mesmo ano, oito meses após o registro do primeiro caso. O início do trabalho de campo nessa época explica a variabilidade encontrada no presente estudo, com o intervalo de tempo entre a data do suicídio e a entrevista variando de 2 a 11 meses.

Estudo conduzido por Figueiredo et al. (2012) sobre suicídios em idosos e seu impacto nas famílias utilizou um período médio de 2 anos entre a consumação do suicídio e a realização da entrevista, argumentando a preservação dos aspectos emocionais dos familiares, levando em consideração que o resgate de tais memórias acarretaria sofrimento.

Entretanto, estudo de autópsia psicológica, realizado na Suécia, concluiu que informantes ficaram mais satisfeitos quando as entrevistas foram realizadas após 10 semanas do suicídio. Uma possível explicação seria que, a este ponto, as famílias estariam prontas para seguir com suas vidas e entrevistas realizadas após este período impediriam tal processo (RUNESON; BESKOW, 1991 apud CONNER et al., 2012).

O tempo estabelecido entre o suicídio e a entrevista também deve considerar o objetivo do estudo. Se uma pesquisa é conduzida com o intuito de averiguar a concordância entre entrevistadores, a realização da autópsia psicológica não precisa ser conduzida com a mesma prontidão em relação a outra pesquisa que pretende investigar acontecimentos próximos ao suicídio (CONNER et al., 2012).

Entretanto, os objetivos da maioria dos estudos de autópsia psicológica remetem à busca de fatores de risco proximais e sua identificação é influenciada diretamente pela memória dos informantes. A comunicação dos sentimentos após a perda de um ente próximo faz parte do processo terapêutico e curativo (OMS, 2002). Werlang (2000) sugere que a autópsia psicológica, além de instrumento de coleta de dados, pode ser útil como ferramenta terapêutica, auxiliando os informantes, oferecendo aconselhamento e encaminhamento para assistência especializada.

Figueiredo et al. (2012) observaram que a maioria dos entrevistados demonstrou alegria e agradecimento pela oportunidade de verbalizarem sobre o ocorrido na ocasião do suicídio. Em muitos casos, oportunidade dada pela primeira vez, como também observaram Hawton et al. (1998).

Das 14 autópsias psicológicas do presente estudo, 13 foram realizadas a partir de entrevistas com familiares das vítimas. Somente no particular caso da jovem JBS (Caso 3), a informante foi a vizinha. A mãe de JBS cometeu suicídio

quando esta tinha cerca de três anos e seu pai foi assassinado. A vizinha relata o isolamento familiar de JBS que, na ocasião de sua morte, estava separada de seu companheiro, com quem havia tido muitos problemas. Suas recomendações antes de morrer dirigiam-se ao filho de apenas 5 anos.

Uma das limitações do presente estudo é a utilização de apenas um informante na maioria das autópsias psicológicas. Entrevistar mais de um informante possibilita incorporação de fatos relevantes e outros pontos de vista sobre as circunstâncias que cercaram o ato suicida, resultando em uma autópsia psicológica mais completa (CONNER et al., 2012). O fato de que a mãe tenha sido a única informante no caso do adolescente JFS (caso 1) sugere porque este é um dos poucos suicídios em que não se identificaram possíveis razões para sua ocorrência. A própria mãe refere que o primo de JFS poderia ter informações que ajudariam a elucidar sua morte. À medida que se distanciam da infância, adolescentes têm a tendência de passar a maior parte do tempo com pessoas da mesma idade e tornam-se seletivos em relação às informações pessoais que revelam a seus pais (CONNER et al., 2012).

Um dos objetivos do presente trabalho consistia em complementar as informações colhidas nas autópsias psicológicas com dados provenientes de documentos médicos ou prontuários dos indivíduos, originados nos serviços da rede municipal de saúde, incluindo todos os níveis de atenção. Estas informações poderiam fornecer diagnósticos de patologias físicas ou mentais, tratamentos realizados, assim como a trajetória destes indivíduos na rede de atenção. Infelizmente, a coleta destes dados em 2013 exigiria novo consentimento das famílias, de acordo com o comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde. Não só haveria dificuldade em localizar as famílias quatro anos após a ocorrência dos suicídios, mas novamente estas seriam submetidas à questão tão delicada, tornando impraticável complementar o presente trabalho.

Para estudos posteriores sugere-se trabalhar com várias fontes de informação, como prontuários e documentos médicos, mas também laudos periciais e registros policiais. Além disso, a utilização de instrumentos que possam aprimorar a detecção de diagnósticos físicos e psiquiátricos auxiliaria nos casos em que o indivíduo não entrou em contato com profissionais ou serviços de saúde anteriormente ao suicídio (CAVANAGH et al., 2003).

### **Características sociodemográficas dos casos**

Considerando o total de 21 casos de suicídio registrados, as características sociodemográficas não diferem daquelas encontradas nos registros nacionais. Em 2009, 9374 casos de suicídio foram registrados em todo o país, sendo que a região Sudeste concentrou o maior número em comparação a outras regiões. A maioria dos casos estava na faixa de 20 a 29 anos, pertencia ao sexo masculino, era de cor branca, havia estudado de 4 a 7 anos, era solteira e escolhera o ambiente domiciliar para suicidar-se (BRASIL, 2009).

No presente estudo, a razão de suicídios encontrada entre homens e mulheres foi de três para um. Esta proporção está de acordo com a encontrada na literatura mundial que vai desde 1:1 até 10,4:1 (OMS, 2002).

Ao comparar com dados nacionais, a proporção coincide com a encontrada em metrópoles como São Paulo (BANDO et al., 2012) e aproxima-se daquelas encontradas no Estado do Rio de Janeiro e no país em 2006 (MINAYO et al., 2012) e encontra-se abaixo da razão encontrada no país, em 2009, que foi de 4:1 (BRASIL, 2009).

Historicamente, o suicídio masculino tem predominado em todas as faixas etárias, entretanto, desde os anos 90, observa-se uma diminuição na diferença das taxas de suicídio entre homens e mulheres. Duas explicações são consideradas para esta diminuição. Primeiramente, a escolha de métodos suicidas mais violentos e de alta letalidade entre os homens (armas de fogo), em relação às mulheres (envenenamento). E em segundo lugar, o crescente aumento de igualdade entre homens e mulheres, observado em diversas áreas, poderia ter contribuído, direta ou indiretamente, para a aproximação das taxas (BERTOLOTE, 2012).

Se, por um lado, homens apresentam taxas de suicídio mais elevadas em relação às mulheres, por outro, as taxas de tentativas de suicídio são mais elevadas entre elas. A essa diferença de tendências de comportamento suicida (fatal e não fatal) entre os gêneros denominou-se “paradoxo de gênero” (CANETTO, 2009).

O “paradoxo de gênero” tem sido observado em muitas partes do mundo, especialmente em países industrializados, onde o impacto do comportamento suicida feminino tem sido subestimado. A menor taxa de mortalidade por suicídio entre as mulheres desloca a atenção para o comportamento suicida masculino. Entre as possíveis razões que explicam a maior preocupação com o suicídio entre

os homens está a ideia de alguns pesquisadores de que é necessário um nível de coragem e inteligência para cometer suicídio, encontrado somente no gênero masculino. Além dessa, a concepção de que as mulheres estão naturalmente protegidas do comportamento suicida, uma vez que este é essencialmente masculino e que mulheres suicidas são anormais e pouco femininas (CANETTO, 2009).

As questões de gênero relativas ao suicídio são influenciadas pelo contexto cultural e pelo papel que homens e mulheres exercem em cada sociedade. As razões que levam os homens a cometer suicídio teriam maior legitimidade perante a sociedade, em comparação às razões atribuídas ao suicídio feminino (CANETTO, 2009). O suicídio masculino estaria mais associado a problemas financeiros ou no ambiente de trabalho, fatores que justificariam o ato suicida por serem consideradas razões compreensíveis para desejar a morte (SCOURFIELD et al., 2012).

Já rupturas nos relacionamentos que, historicamente, têm sido atribuídas como importantes fatores relacionados aos suicídios femininos, parecem ter influência significativa sobre o comportamento suicida masculino (SCOURFIELD et al., 2012). Como será discutido mais adiante, conflitos interpessoais, de natureza amorosa ou marital, foram frequentemente referidos pelos informantes do presente estudo como razões centrais para a ocorrência das mortes, principalmente para os suicídios masculinos.

Ainda em relação aos casos, é possível encontrar algumas características que sugerem algumas peculiaridades nas diferenças entre os gêneros. Nenhuma mulher utilizou arma de fogo como método para o suicídio, possivelmente para evitar desfigurações. Já RACC (Caso 6), entre uma infinidade de objetos, escolhe enforcar-se justamente com um lenço, algo frequentemente utilizado como adereço entre as mulheres. Além disso, ao contrário do observado entre os homens, as 4 mulheres do estudo, que foram submetidas à autópsia psicológica, procuraram algum serviço de saúde no mês que antecedeu o suicídio. Conforme observado na literatura, a procura por ajuda médica ou por serviços de saúde é menor entre os homens, o que também pode explicar a maior taxa de mortalidade por suicídio neste gênero (HAWTON, 2000; ANDERSEN et al., 2000; LUOMA et al., 2002).

## Sazonalidade e contágio

No presente estudo, dois terços do total de suicídios ocorreram na primavera e no outono, sendo que o número de casos foi equivalente nestas estações (7 casos cada). Um aumento importante foi constatado no meio do outono, particularmente no mês de maio, assim como um discreto aumento no meio da primavera, que não se manteve com o início do verão.

É do fim do século XIX a constatação de que as taxas de suicídio apresentam uma variedade sazonal (DURKHEIM, 1897). Ainda assim, mesmo sendo observada em diversas partes do mundo, a sazonalidade ainda não tem seu engendro estabelecido (WOO et al., 2012).

As taxas de suicídio não são uniformes ao longo do ano, mas com padrões temporais influenciados pelas estações do ano, frequentemente com um pico estabelecido na primavera (YIP et al., 2000) e também teriam distribuição variável ao longo da semana (NISHI et al., 2000; OHTSU et al., 2009).

Apesar de inúmeros estudos demonstrarem um padrão na sazonalidade, não se identificam fatores que o expliquem ou fatores que estejam associados ao seu efeito. Esta falta de elucidação resulta não apenas da metodologia utilizada em tais estudos, predominantemente ecológicos, que não permitem estabelecer relação de causa e efeito (WOO et al., 2012), mas também porque, em sua maioria, foram realizados em localidades do hemisfério norte.

No Brasil, Benedito-Silva et al. (2007) observaram padrão de sazonalidade similar ao encontrado na literatura (pico de casos na primavera e início do verão) em estados do sul do país, onde o clima é temperado. Isto está de acordo com os estudos que sugerem que a sazonalidade teria relevância em países com maior latitude, sendo nula sobre aqueles localizados na linha do Equador (NEJAR et al., 2007) e pronunciada em países nórdicos, como a Finlândia (CHEW; MCCLEARY, 1995; PARTONEN et al., 2004). Em regiões de clima tropical, onde a transição entre as estações é menos demarcada, como o observado no estado e na cidade de São Paulo, não se encontraram diferenças significativas na sazonalidade do suicídio (BANDO et al., 2009).

Na capital chilena, Retamal e Humphreys (1998) observaram a distribuição das taxas de suicídio ao longo dos anos, no período entre 1979 e 1994 e encontraram maior concentração de suicídios nos meses mais cálidos. Durkheim

(1897) já discutia possíveis razões para o aumento das taxas de suicídio nos meses com temperatura mais elevada e refutava as hipóteses de que o calor alteraria as funções cerebrais e de que a reserva de energia, despendida para manter a temperatura corpórea durante os meses frios, seria destinada a outros fins, como práticas violentas, nos períodos mais quentes. Ao invés disso, Durkheim sugere que o início das estações mais cálidas estaria relacionado a maior atividade na vida coletiva e, conseqüentemente, a um aumento nas interações sociais.

Atualmente, em alguns países onde se observam padrões de sazonalidade, as taxas de suicídio não têm demonstrado a mesma variedade encontrada anteriormente, tendo sua distribuição mais uniforme ao longo do ano (YIP et al., 2000).

Em relação à distribuição de suicídios ao longo da semana, não há consenso na literatura, mas a maioria encontra um pico no número de casos às segundas-feiras e uma diminuição aos finais de semana (NISHI et al., 2000; OHTSU et al., 2009; LAW; DE LEO, 2013).

Apesar de a segunda-feira concentrar o maior número de suicídios no Japão, acredita-se que o fenômeno *blue Monday* ocorra não pelo dia da semana em si, mas por ser o primeiro dia após o descanso do fim de semana. Isto pode sugerir que o fenômeno apresente relação com outros fatores como, por exemplo, a estrutura e distribuição laboral ao longo da semana (NISHI et al., 2000; OHTSU et al., 2009).

No presente estudo, sábado foi o dia com maior concentração de casos (5), seguido por sexta e terça, ambos com o mesmo número de suicídios (4 cada). Diferente do observado na literatura, o aumento dos casos conforme o final de semana se aproxima pode sugerir que sexta e sábado sejam dias em que os indivíduos tenham mais privacidade, longe de suas atividades cotidianas, evitando que sejam socorridos a tempo (WERLANG, 2010).

Não há pistas que possam indicar algum tipo de relação entre os suicídios ou indício do chamado “contágio”, a não ser a possível conexão entre dois casos, que trabalhavam na mesma rede de supermercados e suicidaram-se por enforcamento, em um intervalo de apenas quatro dias. O fato de que estes casos tenham ocorrido em maio pode explicar o pico observado no outono.

## Suicídio e método

Ao considerarmos o total de 21 óbitos registrados em nosso estudo, 17 mortes ocorreram por enforcamento, 3 por arma de fogo e 1 por intoxicação. Estes números acompanham a tendência nacional que aponta o enforcamento como método mais utilizado, seguido por armas de fogo e envenenamento, sendo este predominantemente por uso de pesticidas, seguido por uso de medicamentos (BRASIL, 2005; LOVISI et al., 2009).

Entre os homens, o método mais utilizado foi enforcamento, seguido por arma de fogo. Esta ordem coincide com aquela encontrada na literatura nacional para o sexo masculino (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; BANDO et al., 2012) e no estudo de Värnik et al. (2008), utilizando dados coletados em 16 países europeus.

Já para as mulheres, estudos em grandes cidades brasileiras (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; BANDO et al., 2012) constataram como método mais utilizado o envenenamento. Entretanto, enforcamento foi o método utilizado por todas as mulheres em nosso estudo, coincidindo com a tendência encontrada a oeste do estado de Santa Catarina (SCHMITT et al., 2008) e em países europeus, que tem maior prevalência de suicídios por enforcamento, seguido de envenenamento por drogas (VÄRNIK et al., 2008).

Vários fatores podem influenciar a escolha do método no ato suicida, que incluem desde gênero, intencionalidade do ato, transtorno psiquiátrico associado até aspectos culturais e diferenças regionais. Como mencionado anteriormente, homens costumam utilizar métodos mais violentos e de maior letalidade (enforcamento e arma de fogo) em relação às mulheres. Além disso, a disponibilidade de certos métodos afeta o padrão de uso na região (HAWTON; HEERINGEN, 2009; SARCHIAPONE et al., 2011).

Nas últimas décadas, inúmeros estudos epidemiológicos ao redor do mundo observaram quedas nas taxas de suicídio simultaneamente à redução na disponibilidade de métodos letais (HAWTON; HEERINGEN, 2009; SARCHIAPONE et al., 2011).

Em revisão sistemática sobre a distribuição mundial de suicídio por envenenamento com pesticidas, Gunnell et al. (2007) estimam que este método corresponderia a cerca de 30% do total de casos ao redor do globo. Envenenamento com pesticidas também seria mais utilizado nas áreas rurais de países localizados

principalmente em continentes como Ásia e África, onde existe maior atividade agrícola em comparação à maioria dos países ocidentais. Países como Sri Lanka, Samoa, Finlândia e Índia observaram queda nas taxas de suicídio por envenenamento com pesticidas, após implantação de medidas que restringem seu uso pela população (SARCHIAPONE et al., 2011).

Neves e Bellini (2013) reiteram o frequente uso de pesticidas no Brasil e o papel do suicídio como principal causa de intoxicação exógena em regiões onde o consumo destes agentes é elevado.

Apesar da alta prevalência de envenenamento por pesticidas ao redor do mundo e do uso frequente destes agentes químicos no Brasil, o presente estudo identificou apenas um caso de intoxicação, sendo que não foi possível descobrir o agente tóxico utilizado.

O grau de urbanização encontrado na cidade de Botucatu (96,35%) pode sugerir que há uma pequena parcela da população utilizando pesticidas. Além disso, a existência de serviços de saúde para casos de urgência e emergência, como no caso de Botucatu, otimizaria a atenção aos casos de envenenamento (por drogas ou por outros agentes, como pesticidas), aumentando as chances de reverter estes quadros e, conseqüentemente, evitaria mortes (GUNNELL et al., 2007).

Em contrapartida, o elevado número de suicídios por enforcamento encontrado no presente estudo estabelece um desafio às autoridades sanitárias. A taxa de letalidade por enforcamento encontra-se acima dos 70% e, diferente do envenenamento, a morte ocorre imediatamente após o ato. Apesar da restrição do acesso ao método comprovar-se como estratégia efetiva na prevenção do suicídio, especialistas concordam que esta medida não se aplica aos casos de enforcamento, já que o material que pode ser utilizado é variado (cordas, cintos, lenços, cabos elétricos, lençóis...) e, portanto, amplamente disponível. Mesmo assim, a melhoria no atendimento pré-hospitalar das vítimas pode ter algum impacto no número de suicídios, uma vez que cerca de 20% das pessoas que morrem por enforcamento são encontradas vivas (GUNNELL et al., 2005).

Em relação ao método utilizado por aqueles que realizaram tentativas de suicídio, a ingestão de medicamentos foi o mais frequente, coincidindo com os dados encontrados em outros estudos nacionais (FICHER; VANSAN, 2008, SANTOS et al., 2009; VIDAL et al., 2013; ALVES et al., 2014), com exceção do estudo de Werneck et al. (2006), realizado em hospital geral do Rio de Janeiro, que

identificou predomínio de intoxicação por “chumbinho”, produto vendido ilegalmente e frequentemente utilizado como raticida.

Santos et al. (2013) apontam para a dificuldade em estabelecer a frequência das intoxicações nas tentativas de suicídio, tanto pela diversidade metodológica empregada nos estudos, quanto pelas discrepâncias encontradas nos dados de intoxicação exógena, dependendo do sistema de informação de saúde utilizado.

Apesar do número amostral pequeno de tentativas de suicídio encontrado em seu estudo de base populacional, realizado em área urbana, Botega et al. (2009) também identificam a ingestão de medicamentos como método mais utilizado.

### **Fatores relacionados aos casos de suicídio**

O que o presente estudo permite concluir é que a maioria das características dos casos de suicídio encontradas nas 14 autópsias psicológicas não difere daquelas encontradas em outros estudos nacionais ou ao redor do mundo. Por outro lado, os poucos estudos de autópsia psicológica no Brasil impedem traçar paralelos consistentes, levando em consideração as particularidades deste tipo de metodologia.

### **Eventos vitais adversos e perdas sociais**

Pesquisas envolvendo várias populações de pacientes têm demonstrado que eventos adversos, traumáticos ou estressantes têm um papel central na etiologia de transtornos mentais, como o transtorno de estresse pós traumático, transtornos de ansiedade e depressão. Entretanto, não há um consenso sobre como esses eventos estressantes atuam ou estão relacionadas aos diferentes tipos de patologias mentais (ARENSMAN; KERKHOF, 2004).

Embora psicólogos e psiquiatras estejam de acordo a respeito do impacto de eventos vitais adversos no desenvolvimento de patologias psíquicas e, conseqüentemente, nas mortes por suicídio, os resultados dos estudos dificilmente podem ser comparados. Isso ocorre devido a diferenças encontradas nos delineamentos desses estudos, nas definições utilizadas, no método para coleta de dados e na escolha do período em que os eventos adversos ocorreram na vida dos

indivíduos que cometeram suicídio (ARENSMAN; KERKHOF, 2004).

A definição de evento vital adverso é questão metodológica relevante, uma vez que muitos estudos incluem os próprios transtornos mentais como eventos adversos, causando heterogeneidade nos resultados. A associação já conhecida entre suicídio e transtornos mentais dificulta a análise destes estudos (LIU; MILLER, 2014).

Além disso, os questionários que avaliam eventos adversos geralmente apresentam questões de natureza aberta, resultando numa coleta de dados ampla e variada, o que pode dificultar a categorização e comparação dos resultados (ARENSMAN; KERKHOF, 2004).

Já os estudos que utilizam questionários autoaplicáveis podem ter problemas ao estabelecer a cronologia dos eventos.

Outra limitação encontrada nos estudos com delineamento retrospectivo é que o informante nem sempre tem condições de estabelecer o valor ou dimensionar o impacto dos eventos adversos na vida do indivíduo que comete suicídio (ARENSMAN; KERKHOF, 2004).

A despeito destas limitações, os estudos sugerem que indivíduos que cometem suicídio têm mais chance de apresentar algum evento vital adverso em sua história (APPLEBY et al., 1999; LIU; MILLER, 2014).

Apesar das diferenças metodológicas encontradas nos estudos de autópsia psicológica e da consequente dificuldade ao comparar seus resultados, o presente estudo identificou algum tipo de evento vital adverso na maioria dos casos, sendo que aqueles ligados ao ambiente social (50%), ao ambiente ocupacional (42,9%) e ao núcleo familiar (35,7%) foram os mais frequentes.

Conflitos interpessoais foram os eventos vitais adversos mais citados pelos entrevistados, sobretudo aqueles de natureza amorosa ou marital. A relevância destes conflitos reside no fato de que frequentemente foram identificados pelos informantes como possíveis causas dos suicídios, especialmente no que diz respeito aos rompimentos dos relacionamentos e à separação (ou abandono) de seu companheiro (a).

Estes resultados coincidem com o observado na literatura, que também encontram maior prevalência de eventos vitais adversos de natureza interpessoal, especialmente aqueles que envolvem problemas com os parceiros (APPLEBY et al., 1999; LIU; MILLER, 2014)

Apesar de 42% dos entrevistados alegarem que problemas no ambiente de trabalho estavam presentes na vida dos indivíduos que cometeram suicídio, a história ocupacional destes foi pouco explorada no presente estudo.

Uma das limitações frequentes dos estudos de autópsia psicológica, também encontrada no presente estudo, é justamente a falta de identificação destes eventos no tempo, ou seja, não é possível determinar se tais eventos adversos ocorreram próximos ou distantes ao suicídio (ARENSMAN; KERKHOF, 2004). Existe uma grande heterogeneidade na literatura quanto ao intervalo de tempo utilizado (LIU; MILLER, 2014). Enquanto alguns estudos investigam eventos adversos em toda a vida (TAYLOR et al., 2005), outros investigam estressores 6 ou 12 meses antes do suicídio (CAVANAGH et al., 1999).

Perdas pessoais também foram relatadas em três entrevistas, sendo que para AOC (Caso 13), a perda, associada à culpa pela morte de seu filho, constitui-se evento central em sua vida, assim como as manifestações de medo de perder outros entes queridos. Para JBS (Caso 3) as perdas iniciam-se ainda na infância, com o suicídio de sua mãe e o assassinato de seu pai. Já a esposa de JM (Caso 12) identifica forte impacto na vida de seu marido após a morte de seu filho 20 anos antes do suicídio.

### **Sintomas de disfunção somática**

Embora a literatura indique associação entre inúmeras doenças físicas e o suicídio (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997; HAWTON E HEERINGEN, 2009), as questões presentes nas autópsias psicológicas realizadas neste estudo não são suficientes para estabelecer diagnósticos de patologias físicas. A princípio, a intenção do instrumento é investigar sinais de disfunção somática, que poderiam sugerir algum diagnóstico, ou doenças conhecidas pelos informantes. Entre os casos, 11 (78,5%) apresentavam algum sinal de disfunção somática e/ou doença crônica.

Hawton e Heeringen (2009) apontam que além das doenças físicas, o suicídio também está associado a incapacidades. Conwell et al. (2011) também indicam que problemas de saúde física e deficiências funcionais aumentam o risco de suicídio em pessoas idosas. Embora o risco relativo associado a uma condição clínica específica seja pequeno, idosos frequentemente apresentam mais de uma

condição, tanto aguda como crônica, tornando o risco cumulativo.

A autópsia psicológica de JM (caso 12) parece elucidar o efeito cumulativo dos problemas físicos em pessoas idosas. Segundo relatos de sua esposa, JM sempre necessitou de acompanhamento médico. Entretanto, não é possível identificar todas as suas patologias a partir da autópsia psicológica, assim como também não é possível determinar o status da hanseníase, seu tratamento e suas possíveis sequelas. Apesar de apresentar outros fatores que poderiam ser considerados centrais, a autópsia psicológica de JM sugere que os sintomas de mau funcionamento e suas doenças físicas desempenham papel importante em sua trajetória.

No caso particular da hanseníase, existem poucos estudos que investiguem suicídio em pessoas com esta afecção dermatológica, apesar de sua alta prevalência em países como Brasil e Índia (WHO, 2010).

Estudo retrospectivo de Shen et al. (2011) identificou o suicídio como principal causa de morte em pacientes com hanseníase ativa, sendo a frequência maior em pessoas que demoravam mais para iniciar tratamento.

No Brasil, estudo de Lombardi (1984) sobre a mortalidade entre doentes de hanseníase no Estado de São Paulo identificou o suicídio como principal entre as causas externas, correspondendo a 22,87% dentre estas. Algo que o autor considerou elevado, mas compatível com as alterações psíquicas e desajustes sociais provocados pela estigmatização.

A autópsia psicológica de ECO (caso 14) também sugere como a incapacidade pode ser considerada relevante em seu suicídio. A filha relata que nunca havia ouvido o pai falar em cometer suicídio até poucos dias antes de praticá-lo. ECO apresentava importante limitação visual e, além de acompanhamento oftalmológico, realizava tratamento com psicólogo particular. Inclusive chegou a ser atendido por este no mês anterior ao evento. Não há qualquer outro indício de fato relevante em sua autópsia psicológica, a não ser o anúncio de que, se ficasse cego, cometeria suicídio.

A perda da visão pode trazer vários níveis de sofrimento psíquico, mais do que a perda de outro sentido, independentemente da idade em que ocorra. A cegueira e a restauração da visão têm sido associadas a psicopatologias temporárias e de longo prazo, usualmente seguidos por ajuste psicossocial.

Entretanto, nos casos em que este ajuste não ocorre, o sofrimento psíquico pode levar ao suicídio (DE LEO et al., 1999).

Ao comparar autópsias psicológicas de pessoas com visão prejudicada e de pessoas com audição prejudicada, De Leo et al. (1999) encontraram tipos de suicídio notavelmente distintos. Grande ansiedade e medo de perder a visão cercaram a maioria daqueles com visão prejudicada e a cegueira foi relatada pelos informantes como sendo o principal fator que contribuiu para o suicídio. Diferente do observado naqueles com prejuízo da audição, em que a surdez foi poucas vezes anunciada como possível fator predisponente.

### **Tratamento na área de saúde mental**

São raros os estudos de autópsia psicológica que não investigam transtornos psiquiátricos entre os suicidas. A relação entre transtornos mentais e suicídio é amplamente debatida e documentada, entretanto, problemas envolvendo a metodologia utilizada nas revisões sugerem atenção na interpretação dos resultados obtidos, já que tais estudos foram realizados, predominantemente, em países do hemisfério norte, o que pode restringir o poder de generalização destas pesquisas (BERTOLOTE et al., 2003).

Outro aspecto importante refere-se justamente ao instrumento utilizado para estabelecer o diagnóstico do transtorno mental, uma vez que estes foram originalmente elaborados para obter informações de sujeitos vivos e devem ser adaptados para que possam ser aplicados aos informantes. Ainda assim, estudos de validação utilizando autópsia psicológica como metodologia costumam assegurar a validade e a confiabilidade dos instrumentos que estabelecem diagnósticos psiquiátricos a partir de pessoas próximas aos falecidos (CONNER, 2011).

As autópsias psicológicas realizadas neste estudo não possibilitaram diagnosticar transtornos mentais, apenas identificaram tais patologias quando referidas pelos informantes. Assim como no caso das doenças físicas, não houve intenção de estabelecer diagnósticos de transtornos psiquiátricos, mas de identificar tratamento na área de saúde mental em algum momento da vida.

Apesar das limitações metodológicas encontradas nos estudos, a revisão de Bertolote et al. (2003) sugere que 95% dos casos de suicídio têm associação com algum transtorno mental. Ao considerar apenas estudos de autópsia

psicológica, a revisão de Cavanagh et al. (2003) indica que 90% dos suicídios apresentava diagnóstico de doença psiquiátrica. Possivelmente, para os 10% restantes, Ernst et al. (2004) sugerem que limitações metodológicas das autópsias psicológicas não permitiram que se detectassem diagnósticos de transtorno mental, sugerindo que provavelmente todos os casos de suicídio têm algum tipo de transtorno psiquiátrico associado.

Apesar de não ser possível estabelecer um paralelo direto, no presente estudo, 71,4% (n=10) dos casos fizeram tratamento na área de saúde mental em algum momento da vida, o que já é superior à prevalência de transtorno mental comum (21,7%) encontrada na população de Botucatu (LIMA, 2004).

Há que se considerar que os 28,6% que não realizaram tratamento podem corresponder a casos com algum transtorno mental não diagnosticado ao longo da vida ou a pacientes que não tiveram acesso ou abandonaram tratamento.

### **Internações psiquiátricas**

Em estudo caso-controle, realizado a partir de dados estatísticos dinamarqueses, Qin et al. (2003) demonstraram que o fator de risco mais importante para o suicídio foi a presença de uma doença psiquiátrica que levasse a uma hospitalização, sendo que 44% dos casos foram internados, ao menos uma vez, ao longo da vida.

No presente estudo, 14,3% (n=2) passaram por internação psiquiátrica em algum momento da vida. Esta frequência está mais próxima aos 13% de hospitalizações encontrados por Andersen et al. (2000) e Qin et al. (2003) um mês antes do suicídio.

Apesar de não haver uma referência direta a respeito das razões que levaram às internações nos dois casos, as autópsias psicológicas sugerem que ambas estariam relacionadas a tentativas de suicídio. Entre as semelhanças encontradas, tanto PRR (caso 4) quanto RACC (caso 6) teriam efetuado a primeira tentativa aos 19 anos, sendo que ambos repetiriam o ato, pelo menos, mais duas vezes posteriormente.

## Uso de substâncias psicoativas

A dependência de álcool e/ou outras substâncias psicoativas é considerada, isoladamente, forte fator de risco para o suicídio. Além disso, o alcoolismo está geralmente associado a transtornos de humor, principalmente depressão, e de personalidade, o que dificulta a identificação de qual fator tem mais relevância na gênese do suicídio (BOTEGA et al., 2004, HARRIS; BARRACLOUGH, 1997).

Ainda no caso do álcool, acredita-se que não apenas a dependência, mas também a intoxicação aguda, estejam associadas ao comportamento suicida, entretanto, estudos que investiguem esta associação ainda são escassos. O álcool está frequentemente presente em situações de estresse e está associado ao aumento da agressividade. Alguns estudos sugerem que o álcool pode facilitar a transformação da ideação em ação suicida, além de anuviar estratégias alternativas que evitem tal comportamento (HUFFORD, 2001). Além disso, o estado de embriaguez prejudica o julgamento e o controle da impulsividade, propiciando mais condições para o ato suicida (BOTEGA et al., 2004; POMPILI et al., 2010).

Apesar da vasta literatura, o poder de generalização dos estudos que relacionam o suicídio ao uso de substâncias psicoativas ainda é restrito. Os problemas metodológicos mais frequentes referem-se à dificuldade em estabelecer diagnósticos distintos para dependência e abuso, à confiabilidade nos relatos sobre o uso de substâncias, principalmente as ilícitas, à distinção entre o suicídio e o uso excessivo acidental das drogas (overdose) e à dificuldade em estabelecer o impacto de cada substância quando o uso envolve múltiplas drogas (MELEIRO et al., 2007).

Pompili et al. (2010) revisaram artigos que relacionavam álcool e suicídio e, apesar das diferenças e limitações metodológicas, os estudos de autópsia psicológica indicam que os transtornos decorrentes do uso de substância, principalmente o álcool, estão entre os mais prevalentes.

Ao revisar estudos de autópsia psicológica, Isometsä (2001) encontrou uma variação na prevalência de uso abusivo e dependência de álcool entre 15 e 56%.

Em meta-análise, Arsenault-Lapierre et al. (2004) encontraram 25,7% de transtornos por uso de substâncias, sendo mais frequente o uso de álcool. Entretanto, no momento da codificação, tanto o uso de álcool, quanto o uso nocivo e

o uso abusivo de álcool foram incluídos na mesma categoria.

Em estudo de autópsia psicológica realizado na Estônia, considerado entre os países com as taxas de suicídio mais elevadas do mundo, Kõlves et al. (2006) encontraram 10% de uso abusivo e 51% de dependência de álcool entre os suicidas, sendo que 68% eram homens e 29% eram mulheres. Os pesquisadores consideraram a frequência de transtornos relacionados ao álcool elevada comparada às de outros estudos.

Não há estudos nacionais que estimem a prevalência de dependência ou uso abusivo de álcool e outras drogas entre as mortes por suicídio, entretanto, os recentes estudos de autópsia psicológica sugerem seu impacto no processo suicida (SOUSA, 2014; SENA-FERREIRA, 2014).

Se a intoxicação aguda pelo álcool exerce papel relevante no comportamento suicida, significa que as tentativas e as mortes por suicídio devem ocorrer durante essa intoxicação (HUFFORD, 2001). Em estudo realizado por Ponce et al. (2008), foram avaliados laudos necroscópicos de 632 vítimas de suicídio no Estado de São Paulo em 2005. Nível elevado de alcoolemia (acima de 2,1g/L) foi encontrado em 33,1% dos casos, sendo mais prevalente naqueles que morreram por enforcamento.

A revisão de Pompili et al. (2010) também indica o alcoolismo como forte fator de risco para as tentativas de suicídio, sendo que cerca de 40% dos dependentes de álcool praticam ao longo da vida pelo menos uma tentativa, com a presença comum de impulsividade nestes casos.

Santos et al. (2009) investigaram prevalência de transtornos mentais em pacientes que tentaram suicídio em grande hospital de emergências do Rio de Janeiro. Encontraram prevalência de 21.9% de abuso/dependência de substâncias psicoativas no ano anterior à tentativa, sendo que 17,7% correspondiam a abuso/dependência de álcool.

Sadock e Sadock (2007) referem que até dois terços dos dependentes de álcool apresentam diagnóstico de transtorno de humor no momento que cometem suicídio e que 50% sofreram a perda de um relacionamento afetivo e íntimo no ano anterior à morte.

Como mencionado anteriormente, entre os objetivos do presente estudo estava apenas a investigação de uso ou não de determinada substância psicoativa, mas não há como afirmar quais casos possuíam algum transtorno decorrente de tal

uso. Entretanto, é possível observar que o consumo de bebidas alcoólicas foi o mais prevalente, correspondendo a 50% dos casos (n=7), com predomínio entre os homens, seguido pelo uso de sedativos/tranquilizantes. Entre aqueles que faziam uso de álcool, 21,4% (n=3), apresentavam consumo diário da substância e eram provavelmente dependentes.

Alguns detalhes dos casos permitem identificar o possível efeito da intoxicação aguda no ato suicida. AM (caso 2) teria sido um dos que ingeriu álcool antes de enforcar-se e AB (caso 10), apesar de sua mãe negar uso anterior de bebidas alcoólicas, refere uso intenso da substância na semana anterior ao suicídio.

Contudo, em relação ao alcoolismo, é o caso de PRR (caso 4) que sugere uma forte associação do transtorno com seu suicídio. A mãe indicava não apenas os problemas físicos que PRR apresentava em decorrência da dependência de álcool (síndrome de abstinência), mas também comportamentais, associado ao uso de outras drogas. Além de 3 tentativas de suicídio (a primeira, aos 19 anos, e a última, dias antes de sua morte) utilizando álcool/medicamentos e de história de tratamentos/internações psiquiátricas, a mãe de PRR identifica a dependência do álcool como causador do rompimento com a esposa. O próprio PRR já demonstrava intenção de buscar tratamento ao pedir para ser internado no mês anterior ao suicídio.

### **Traços de personalidade**

Duberstein e Conwell (1997) sugerem, em sua revisão, que 30 a 40% daqueles que cometem suicídio apresentam algum tipo de transtorno de personalidade, sendo que o risco seria maior naqueles com transtorno de personalidade instável e antissocial, e possivelmente naqueles com esquizóide e de esquiva. Entretanto, os autores indicam problemas ao estabelecer a real magnitude entre os transtornos de personalidade e o comportamento suicida.

Falta consenso entre os pesquisadores quanto ao diagnóstico e classificação dos transtornos de personalidade. Entre as razões encontram-se: a falta de limite entre o que se considera normal e patológico, repercutindo no que se considera como critério diagnóstico; alta comorbidade com outros transtornos mentais (do humor, por exemplo); alta coocorrência com outros transtornos de personalidade, o que dificulta estabelecer se são quadros independentes um do outro e

o momento em que o diagnóstico é estabelecido, considerando que o indivíduo pode sofrer alterações em sua personalidade ao longo da vida (ZIMMERMAN, 1994, BASSITT; LOUZÃ NETO, 2007).

Embora haja falta de consenso em relação aos transtornos, alguns traços de personalidade parecem estar mais associados ao comportamento suicida, como a impulsividade e a agressividade (MANN, 1998; TURECKI, 1999).

Uma diminuição na atividade serotoninérgica de algumas áreas cerebrais, especialmente no córtex pré-frontal, responsável pelas funções inibitórias, pode aumentar a desinibição do impulso e do comportamento agressivo (MANN, 1998; TURECKI, 1999). Há evidências de que pacientes com transtorno de personalidade com instabilidade emocional (*borderline*) apresentam anormalidades estruturais e funcionais no cérebro, relacionadas com a diminuição do controle inibitório pré-frontal (BASSITT; LOUZÃ NETO, 2007).

A partir das questões da entrevista, os informantes do presente estudo sugeriram que 64% dos falecidos apresentavam manifestações de tristeza, desânimo, desespero, perda da autoestima, ambivalência, lentificação do pensamento e do comportamento motor. Tais manifestações poderiam corresponder a sintomas depressivos, encontrados em inúmeros quadros clínicos, como alcoolismo e esquizofrenia, assim como poderiam sugerir o diagnóstico de depressão, enquanto doença, ou corresponder a um elemento presente em algum transtorno de personalidade, como o *borderline* (DEL PORTO, 1999).

Desta forma, apesar da literatura indicar a depressão como o transtorno mental mais prevalente e mais associado ao risco de suicídio (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997; CAVANAGH, 2003), o presente estudo não permite inferir que 64% dos casos apresentavam tal diagnóstico ou se correspondia a algum dos diferenciais citados acima. De qualquer forma, todos estes transtornos estão associados, em maior ou menor grau, com o suicídio.

Comportamento agressivo e destrutivo (identificados nos resultados do presente estudo como traços de natureza dissocial, mas que também podem corresponder a traços de personalidade emocionalmente instável) foram relatados em 28,6% dos casos (n=4).

## Procura por profissionais e/ou serviços de saúde

Mann et al. (2005) sugerem que a prevenção do suicídio é possível, uma vez que a maioria das pessoas procura ajuda na Atenção Primária no mês anterior ao ato.

Em revisão, Luoma et al. (2002) indicam que o contato com a equipe da atenção primária é frequente um mês antes do suicídio, correspondendo a 45% dos casos. Já o contato com serviços de saúde mental um mês antes do suicídio corresponde a cerca de 20% dos casos.

Andersen et al. (2000) descreveram o contato de indivíduos com algum serviço inserido no sistema de saúde antes de cometerem suicídio. Um mês antes do suicídio, 66% havia se consultado com um clínico geral, 13% e 7% havia recebido alta de um hospital psiquiátrico e de um hospital geral, respectivamente.

Em estudo de autópsia psicológica realizado em Palmas, realizado por Sena-Ferreira et al. (2014), 58,3% dos casos procuraram atendimento médico ou foram hospitalizados nos meses anteriores ao suicídio.

Frequência similar foi encontrada no estudo realizado por Conte et al. (2012) em um município ao sul do país, em que 60% dos casos de suicídio procuraram ajuda dos serviços de Atenção Básica um mês antes da morte, sem que a situação de risco fosse registrada pela equipe de saúde.

No presente estudo, a maioria dos casos procurou ajuda, sendo que 71% dos casos procuraram algum serviço de saúde e 64% dos casos procuraram ajuda de pelo menos um profissional de saúde no mês anterior ao suicídio.

Não é possível identificar quais serviços foram mais procurados, mas os médicos foram os profissionais a quem mais se solicitou ajuda (50%), seguidos por psicólogos (28%) e profissionais da Atenção Básica (21%). Esta distribuição pode sugerir que a mudança no modelo de atenção, que tem a atenção básica como centro organizador, ainda está em processo de implantação e que a população ainda busca assistência obedecendo a um modelo centrado no médico (ROSA; LABATE, 2005; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Outra questão relevante refere-se às dificuldades no acesso e cobertura da assistência. Lima (2004), ao investigar prevalência de transtorno mental comum e procura de serviços na população urbana de Botucatu, já sugeria que a cobertura de atendimento do município não era suficiente e que três quartos dos pacientes que

apresentavam algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa estavam a descoberto e aguardando resposta dos gestores.

A autópsia psicológica de PRR (caso 4), descrita anteriormente, elucida a dificuldade no acesso aos serviços. PRR era alcoolista e realizava tentativas de suicídio desde os 19 anos. No mês anterior ao suicídio, havia procurado ajuda no Pronto Socorro e teria pedido para ser internado, mas como não havia vaga, foi encaminhado para o Centro de Saúde (que oferecia assistência especializada em Saúde Mental).

### **Fatos associados à história familiar**

A maior incidência de suicídios em algumas famílias sugere a influência tanto de fatores psicológicos quanto hereditários (BOTEGA et al., 2004).

O homem não é um ser isolado, mas um membro ativo de grupos sociais, especialmente de sua família, seu grupo natural e primário. A princípio, uma família é constituída por indivíduos originários de, pelo menos, três gerações. Padrões de relacionamento e comportamento, por vezes disfuncionais, repetem-se e são transmitidos geração após geração (WERLANG et al., 2004).

Estudos sugerem que o suicídio está diretamente relacionado à dinâmica do funcionamento familiar e que seu entendimento é essencial para a compreensão do comportamento suicida (WERLANG et al., 2004).

Já os avanços no estudo do genoma humano reiteram a influência hereditária no comportamento suicida, uma vez que já há evidências do papel da genética em condições associadas com o suicídio, como a depressão e o alcoolismo (TURECKI, 1999; BOTEGA et al., 2004).

Em estudo de autópsia psicológica, Cheng et al. (2000) já indicavam que indivíduos que cometeram suicídio, quando comparados aos controles, tinham mais chance de ter um parente de primeiro grau com histórico de comportamento suicida e/ou depressão. Em estudo posterior, realizado a partir de dados longitudinais de registros dinamarqueses, com 4262 casos e 80238 controles, Qin et al. (2002) encontraram que história de suicídio e doença psiquiátrica na família são riscos independentes, sendo maior o efeito do primeiro sobre o risco de suicídio.

Em revisão, Brent (2010) indica que o comportamento suicida, que apresenta componente familiar, inclui tanto suicídios como tentativas de suicídio.

Estudos apontam que indivíduos que cometem suicídio promovem aumento nas taxas de tentativas de suicídio em suas famílias, assim como indivíduos que tentam suicídio também promovem aumento no número de mortes por suicídio em suas famílias.

Dados da literatura indicam que a prevalência de comportamento suicida em parentes biológicos que cometeram suicídio ou que praticaram tentativas varia de 14% a 40% (QIN et al., 2002).

Se por um lado, alguns estudos descrevem a utilização de vínculos familiares de primeiro grau (mãe, pai, irmão) em sua metodologia, por outro lado, muitos trabalhos não mencionam o tipo de vínculo utilizado.

O presente estudo trabalhou com o conceito de família ampliada e incluiu, não apenas vínculos próximos, mas também distantes, como histórias de suicídio em sobrinhos, tios, avôs e primos. Isso porque não é possível identificar se os casos foram expostos ao comportamento suicida de seus familiares e o possível impacto deste.

Sendo assim, tanto história de tentativas de suicídio, quanto história de suicídios consumados na família, corresponderam a 42,86% cada. Já a presença de doença psiquiátrica em algum familiar correspondeu a 64,29%.

A elevada frequência de comportamento suicida entre familiares do presente estudo sugere a importância na identificação destas famílias como grupos de maior risco e, portanto, alvos de estratégia de prevenção.

### **Intencionalidade e Planejamento para a morte**

A intencionalidade pode ser definida como a intensidade do desejo do indivíduo em acabar, a princípio, com a própria vida (CASSORLA, 2004) ou, em cessar um sofrimento insuportável (WERLANG, 2000). Apesar de difícil avaliação objetiva, a intencionalidade não é absoluta, mas apresenta um caráter gradual (DE LEO et al., 2004; CASSORLA, 2004).

Existem estágios no desenvolvimento da intenção, iniciando geralmente com a contemplação da ideia suicida, passando para o desenvolvimento de um plano ou projeto, que pode resultar em uma ação autodestrutiva concreta (BOTEGA; WERLANG, 2004).

Para Cassorla (2004), o menor grau de intencionalidade seria falar em

suicídio, representando um estado potencial, ainda no plano verbal. Em seguida, a ideia ou pensamento suicida. A seguir, a ameaça suicida, em que o indivíduo anuncia o ato. E, por fim, a intencionalidade manifestada em ação suicida (gesto, tentativa e suicídio).

As questões presentes no módulo de intencionalidade, utilizadas no instrumento do presente estudo (WERLANG, 2010), derivam essencialmente da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (BECK et al., 1974), elaborada para avaliar as características da tentativa de suicídio e estabelecer sua gravidade. A escala original é semiestruturada e heteroaplicada, com questões objetivas e subjetivas, que somam 20 itens, sendo que os 15 primeiros pontuam em uma escala de 0 a 2. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade da tentativa.

Além de ter sua validade e confiabilidade demonstradas em inúmeros estudos (BECK et al., 1979; ZHANG; JIA, 2007), a escala de Beck tem sido utilizada na avaliação de outros componentes do comportamento suicida, como a ideação e o suicídio consumado.

No presente estudo, em 85% das autópsias psicológicas mencionou-se presença de algum tipo de atitude que sugerisse intencionalidade perante o suicídio. Botega e Werlang (2004) indicam que pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se suicidam haviam comunicado, de alguma forma, sua intenção a pessoas próximas.

A comunicação prévia (verbal) de que vai se matar está entre as circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida e, no presente estudo, correspondeu a 64% dos casos (BECK et al., 1974).

Em revisão, Isometsä (2001) indica que a comunicação do suicídio é frequente objeto de investigação dos estudos de autópsia psicológica. Entretanto, entre eles, ainda há variação em relação ao que se considera comunicação da intenção. Informar a intenção do suicídio pode ser considerado sinal óbvio de intencionalidade, mas sua ausência não significa que o risco é inexistente. Ao considerar apenas declarações explícitas, de um terço a metade daqueles que cometem suicídio informam sua intenção a algum membro da família e aproximadamente a mesma proporção informa algum profissional de saúde meses antes do evento.

Estima-se que entre os indivíduos que procuram um serviço de saúde no dia em que cometem suicídio, apenas 21% comunica sua intenção a um profissional

de saúde. A comunicação da intenção diminui nos dias antes do suicídio, possivelmente para evitar algum tipo de socorro no momento do ato (ISOMETSA, 2001).

Apesar da elevada procura de serviços de saúde pelos indivíduos do presente estudo, no mês anterior ao suicídio, não é possível identificar se estes comunicaram sua intenção a algum profissional de saúde durante o atendimento.

A intencionalidade suicida também é identificada pelo grau de lucidez no planejamento, na preparação e na execução da ação autodestrutiva (BOTEGA; WERLANG, 2004). No presente estudo, 85% das entrevistas indicaram que os casos demonstraram ou agiram com o intuito de planejar o próprio suicídio.

Beck et al. (1974) indicam que providências finais e precauções para que o ato não seja descoberto também são circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida, sendo que ambos foram encontrados em 57,1% dos casos no presente estudo.

Shneidman (1996) acreditava que considerar a natureza do suicídio como essencialmente psicológica remete à implicação direta de que a melhor forma de compreendê-lo não é através de estudos da estrutura cerebral, do estudo de estatísticas sociais ou do estudo de doenças psiquiátricas, mas através das emoções descritas nas palavras de quem comete suicídio. Em toda sua obra, Shneidman salientou a importância das informações contidas nos bilhetes de suicídio, alegando que estes poderiam explicar as causas que levariam a tal desfecho. Entretanto, apesar de sua relevância, tais bilhetes não seriam capazes de explicar tudo. Shneidman argumenta que as informações ali contidas tornam-se válidas somente se colocadas dentro de um contexto de milhares de detalhes da vida daquele que comete suicídio (LEENAARS, 2010).

Apesar de sugerir alto grau de intencionalidade, apenas a minoria dos suicidas deixa algum tipo de bilhete (BECK et al., 1974; PARASCHAKIS et al., 2012). No presente estudo, 50% (n=7) deixou algum bilhete ou carta de despedida ou falou em fazê-lo, sendo que pelo menos 21% (n=3) dos casos deixaram algum tipo de comunicação escrita.

O planejamento detalhado do ato suicida também sugere alta intencionalidade (BECK et al., 1974) e pode ser ilustrado na preparação de AM (caso 2) para concretizar seu suicídio. No dia de sua morte, AM havia deixado a filha na casa da mãe dizendo que iria cortar o cabelo. Ainda pela manhã, havia tirado

cópia de todas as chaves da casa da mãe, onde estava morando. AM ligou para a ex-mulher dizendo que ia sumir e deixou uma carta dizendo que a vida dele não tinha mais sentido, pedindo aos avós para cuidarem da filha. Chegou a ligar para um amigo que trabalhava na funerária e disse para ir buscar seu corpo pois se suicidaria. Em seguida, comprou uma corda. O amigo foi até o endereço que AM havia informado, mas quando chegou ao local ele já havia se enforcado. O tio tentou impedi-lo, mas foi agredido por AM e quando saiu para chamar por ajuda, AM aproveitou para enforcar-se.

Além de ser apontado como um dos principais fatores de risco para o suicídio (BEGHI et al., 2013), a tentativa prévia representa um sinal de alarme, já que revela, não apenas um ato carregado de intencionalidade, mas também de sofrimento por quem a pratica (BOTEGA; WERLANG, 2004).

Botega et al. (2004) apontam que dados relativos às tentativas de suicídio são ainda menos confiáveis do que aqueles relativos à mortalidade por suicídio. Ainda assim, é possível reconhecer diferenças entre o perfil de quem tenta e de quem comete suicídio. Como já descrito anteriormente, se por um lado os homens morrem mais do que as mulheres, estas efetuam mais tentativas (“paradoxo de gênero”). Enquanto o enforcamento é o método mais prevalente nas mortes por suicídio, o envenenamento é o método mais utilizado nas tentativas.

As diferenças entre os perfis, constatadas a partir de dados epidemiológicos, podem conduzir a falsas interpretações e a desdobramentos equivocados, quando transpostos para a prática clínica. Profissionais da área podem subestimar o risco de suicídio entre aqueles que realizam tentativas e, conseqüentemente, negligenciar aspectos importantes na abordagem e condução destes casos (BOTEGA et al., 2004).

Vidal e Gontijo (2013) apontam o despreparo das equipes de saúde, que atuam nos serviços de emergência, em lidar com indivíduos que tentam suicídio e identificam 3 categorias de abordagem nesses casos: discriminação, manifestada por atitudes negativas por parte dos profissionais; negação do ato, ao desconsiderá-lo como sinal de crise ou pedido de ajuda e falta de encaminhamento adequado após os primeiros cuidados.

Estima-se que mais de 44% dos que cometem suicídio já haviam realizado tentativas anteriormente (KERKHOF; ARENSMAN, 2004). Em revisão, Beghi et al. (2013) indicam que 50% dos suicidas realiza pelo menos uma tentativa

anterior, frequência acima da encontrada no presente estudo, que correspondeu a 35% (n=5).

Entre os casos que realizaram tentativas anteriores, houve predomínio de mulheres (3:2) e o método mais utilizado foi a intoxicação por medicamentos, coincidindo com os dados da literatura, conforme já mencionado (BOTEGA et al., 2004).

Zahl e Hawton (2004) apontam que o risco de suicídio é maior naqueles com história de repetições de comportamento violento autoinfligido. Todos os casos do presente estudo, que realizaram alguma tentativa de suicídio, fizeram-no, pelo menos, duas vezes.

### **Considerações finais**

Após o ano de 2009, as taxas de suicídio em Botucatu diminuíram. Em 2010, 2011 e 2012 foram registrados 9, 10 e 7 casos respectivamente. Já em 2006, 2007 e 2008 foram registrados 8, 9 e 5 casos respectivamente.

Apesar da diminuição do número de casos nos anos subsequentes, ele permaneceu maior do que o encontrado nos anos anteriores a 2009.

Considerar o suicídio como uma morte evitável é a premissa que deve nortear qualquer esforço das autoridades para conter seu avanço. Ao estabelecer um paralelo com outro evento, como a sífilis congênita, é possível compreender melhor o significado de um caso singular de suicídio.

Em processos de monitoramento da qualidade de serviços de saúde, assume-se que apenas um caso registrado de sífilis congênita representa uma falha grave do serviço, não apenas porque é uma condição que pode ser prevenida, mas também pelas implicações individuais e sociais que a doença provoca (PUCCINI; CORNETTA, 2008; DOMINGUES et al., 2013). Não é possível estabelecer um paralelo direto entre a sífilis congênita e o suicídio justamente pelo caráter multifatorial deste, mas entre os aspectos que o tornam alvo de atenção sanitária estão justamente o seu caráter evitável e o seu desfecho, ou seja, a morte prematura.

Avançar nas estratégias de prevenção significa utilizar um caso de suicídio como um evento sentinela, definido como doença prevenível, incapacidade ou óbito evitável, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade

da terapêutica ou prevenção deve ser questionada (RUTSTEIN et al., 1976 apud TEIXEIRA et al., 2003).

Mesmo sendo evento de notificação compulsória, a violência autoinfligida ainda não é registrada adequadamente pelos serviços de saúde. Ainda assim, os dados provenientes dos registros da Vigilância são úteis para estabelecer algumas características do perfil sociodemográfico daqueles que tentam e cometem suicídio, tanto no âmbito regional, quanto local (BRASIL, 2013). Entretanto, são insuficientes para identificar os fatores que cercam e influenciam o ato suicida.

Desta forma, a adequada vigilância, assim como o registro sistemático dos casos de suicídio, abre caminho para o próximo passo: identificar os fatores de risco e fatores protetores para o comportamento suicida encontrado. Assim, a utilização da autópsia psicológica para identificar tais fatores surge como possível ferramenta de gestão. O presente estudo demonstra que sua aplicabilidade é viável, desde que os profissionais estejam bem treinados e dispostos a preencher adequadamente todos os itens da entrevista, principalmente as questões de natureza semiaberta. Entretanto, assim como mencionado anteriormente, sua realização utilizando não apenas informantes que sejam da família, mas também pessoas próximas como amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde propicia um panorama mais completo sobre as circunstâncias e sentimentos que cercavam o indivíduo antes de sua morte. Ainda como recurso para complementar as autópsias psicológicas, outra medida que se faz necessária é a utilização de outras fontes de informação, como também foi mencionado anteriormente. Estabelecer a trajetória destes indivíduos nos serviços de saúde pode indicar onde há falhas na assistência e onde é possível intervir.

Em relação aos resultados encontrados no presente estudo, tanto as características sociodemográficas dos 21 casos, registrados em 2009, quanto os fatores relacionados aos 14 casos, nos quais foi possível realizar autópsias psicológicas, estão de acordo com os dados encontrados na literatura nacional e internacional. Isto pode sugerir que estratégias de prevenção utilizadas em outros locais poderiam ter sua efetividade demonstrada no município de Botucatu.

A restrição do acesso a meios letais está entre as medidas preventivas mais efetivas (MANN et al., 2005). Mesmo que o enforcamento tenha sido o método utilizado em mais de 80% dos casos, medidas que restrinjam o uso de armas de fogo e que estimulem a adequada prescrição e venda de medicamentos (utilizados

preferencialmente nas tentativas) devem ser consideradas.

Medidas que reduzam o uso abusivo de álcool na população geral atingiriam não apenas indivíduos que possam apresentar algum transtorno decorrente da substância, mas também diminuiria sua influência durante ou imediatamente antes do ato suicida.

Redução nas taxas de suicídio tem sido observada após implementação de algumas recomendações nos serviços de saúde mental, como a presença de uma equipe de plantão 24h para assistir pacientes em crise ou cuidados direcionados àqueles que apresentam mais de um diagnóstico de transtorno psiquiátrico (WHILE, 2012).

No presente estudo, a alta procura dos serviços de saúde um mês antes do suicídio, assim como a frequência de tratamento na área de saúde mental, sugere que medidas direcionadas a aprimorar a organização dos serviços podem exercer impacto significativo na redução das mortes.

Ainda que não tenha sido objeto de estudo do presente trabalho, a literatura nacional indica o despreparo das equipes de saúde ao cuidar de pacientes com comportamento suicida, observado tanto nas que atuam na Atenção Básica, quanto nos serviços de urgência e emergência (CONTE et al., 2012, VIDAL; GONTIJO, 2013). Enquanto a Atenção Básica assume seu papel de centro organizador da assistência e porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde, a capacitação das equipes inseridas neste nível de atenção pode aumentar a detecção de pacientes de risco. O alto grau de intencionalidade e planejamento observado na maioria dos casos sugere que instrumentos de rastreamento que avaliem risco de suicídio poderiam ter sido efetivos se utilizados por profissionais treinados.

Estudos reiteram a importância de investir no treinamento das equipes dos serviços de urgência e emergência, para que haja adequado acolhimento e encaminhamento daqueles que praticaram alguma tentativa. A rede de assistência, por sua vez, deve estar preparada para receber estes pacientes, assim como assegurar-lhes acompanhamento e monitoramento. Para isso, medidas que aumentem o acesso aos serviços de saúde e assegurem internação hospitalar, para casos mais graves, tornam-se imperativas.

Considerar o componente familiar do suicídio implica estabelecer medidas dirigidas aos sobreviventes das vítimas, que não somente padecem em decorrência

do luto, mas também porque são indivíduos cujo risco de desenvolver transtornos mentais ou algum componente do comportamento suicida é maior do que na população geral (QIN et al., 2002; BRENT, 2010).

Apesar de não haver indícios do chamado “contágio”, 5 casos de suicídio ocorreram em um intervalo de apenas 12 dias. As mortes que são influenciadas pela exposição a algum componente do comportamento suicida podem ser evitadas quando ocorre divulgação responsável de informações pelos meios de comunicação. Da mesma forma que a publicidade de um caso de suicídio pode influenciar o surgimento de outros casos, uma adequada e criteriosa cobertura midiática pode ser utilizada como medida preventiva, divulgando informações como centros de apoio e sinais de alerta do comportamento suicida (OMS, 2000).

# *Conclusão*

---

## 6 CONCLUSÃO

As características sociodemográficas dos 21 casos, registrados no município de Botucatu em 2009, não diferem do perfil de suicídios registrados no país no mesmo ano. Em relação aos 14 casos, nos quais foi possível realizar autópsias psicológicas, os fatores mais relacionados aos suicídios estão de acordo com aqueles encontrados na literatura nacional e internacional. Indícios de depressão, tratamento na área de saúde mental e uso de álcool estavam entre os fatores relacionados. A maioria dos casos demonstrou intenção ou desejo de morrer no ano anterior ao suicídio e houve uma elevada procura dos serviços de saúde no mês anterior ao suicídio. Os resultados do presente estudo sugerem que estratégias de prevenção utilizadas em outros locais poderiam ter sua efetividade demonstrada no município de Botucatu.

# *Referências*

---

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. M. et al. Suicide attempts in a emergency hospital. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 72, n. 2, p. 123-128, 2014.

ANDERSEN, U. A. et al. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 102, p. 126-134, 2000.

APPLEBY, L. et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. **The British Journal of Psychiatry**, v. 175, p. 168-174, 1999.

ARENSMAN, E.; KERKHOF, A. Negative life events and non-fatal suicidal behavior. In: DE LEO, D. et al. **Suicidal behavior: theories and research findings**. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers, 2004. p. 93-110.

ARSENAULT-LAPIERRE, G.; KIM, C.; TURECKI, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. **BioMed Central Psychiatry**, v. 4, n. 37, p.1-11, 2004.

BANDO, D. H. et al. Seasonality of suicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979-2003. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p. 101-105, 2009.

BANDO, D. H. et al. Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 286-293, 2012.

BASSITT, D. P.; LOUZÃ NETO, M. R. Transtornos de Personalidade. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 346-360.

BECK, A. T.; SCHUYLER, D.; HERMÁN, I. Development of suicidal intent scales. In: BECK, A. T.; RESNICK, H. L. P.; LETTIERI, D. J. (Ed). **The prediction of suicide**. Bowie: Charles Press, 1974. p. 45-56.

BECK, A. T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 47, n. 2, p. 343-352, 1979.

BEGHI, M. et al. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 9, p. 1725-1736, 2013.

BENEDITO-SILVA, A. A.; PIRES, M. L. N.; CALIL, H. M. Seasonal variation of suicide in Brazil. **Chronobiology International**, v. 24, n. 4, p. 727-737, 2007.

BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis. **World psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: WASSERMAN, D.; WASSERMAN, C. **Oxford textbook of suicidology and suicide prevention**. Oxford: Oxford University Press, 2009. p. 91-98.

BERTOLOTE, J. M. et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? **The British Journal of Psychiatry**, v. 183, p. 382-383, 2003.

BERTOLOTE, J. M. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychological Medicine**, v. 35, p. 1457-1465, 2005.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos Editores, 2010.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G. Avaliação e manejo do paciente. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 123-140.

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; FREITAS, G. V. S Perspectiva psiquiátrica. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 107-122.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS – Informações de Saúde (TABNET). **Estatísticas Vitais - Mortalidade - 1996 a 2012, pela CID-10 – Óbitos por causas externas – Brasil, 2009**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

BRENT, D. What family studies teach us about suicidal behavior: Implications for research, treatment and prevention. **European Psychiatry**, v. 25, p. 260-263, 2010.

CANETTO, S. S. Prevention of suicidal behavior in females: opportunities and obstacles. In: WASSERMAN, D.; WASSERMAN, C. **Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective**. New York: Oxford University Press, 2009. p. 241-248.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEAGA, N. J. et al. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-34.

CAVANAGH, J. T. O.; OWENS, D. G. C.; JOHNSTONE, E. C. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 34, p. 645-650, 1999.

CAVANAGH, J. T. O. et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. **Psychological Medicine**, v. 33, p. 395-405, 2003.

CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2039-2052, 2012.

CHEN, Y. et al. The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, p. 215-221, 2012.

CHENG, A. T. A. et al. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 360-365, 2000.

CHEW, K. S. Y.; McCLEARY, R. The spring peak in suicides: a cross-national analysis. **Social Science & Medicine**, v. 40, n. 2, p. 223-230, 1995.

CONNER, K. R. et al. The Next Generation of Psychological Autopsy Studies, Part I. Interview Content. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 41, n. 6, p. 594-613, 2011.

CONNER, K. R. et al. The next generation of psychological autopsy studies, Part 2. Interview Procedures. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 42, n. 1, p. 86-103, 2012.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012.

CONWELL, Y.; VAN ORDEN, K.; CAINE, E. D. Suicide in older adults. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 34, n. 2, p. 451–468, 2011.

DE LEO, D. et al. Blindness, fear of sight loss, and suicide. **Psychosomatics**, v. 40, p. 339-344, 1999.

DE LEO, D. et al. Definitions of Suicidal behavior In: DE LEO, D. et al. **Suicidal behavior: theories and research findings**. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers, 2004. chap. 3, p. 17-40.

DEL PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, supl. 1, p. 6-11, 1999.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DUBERSTEIN, P. R.; CONWELL, Y. Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 4, n. 4, p. 359-376, 1997.

DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: Felix Alcan, 1897.

ERNST, C. et al. Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 3, p. 268-273, 2004

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012.

FICHER, A. M. F. T.; VANSAN, G. A. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 361-374, 2008.

GUNNELL, D. et al. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. **International Journal of Epidemiology**, v. 34, p. 433-442, 2005.

GUNNELL, D. et al. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. **BioMed Central Public Health**, v. 7, n. 357, p. 1-15, 2007.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, n. 170, p. 205-228, 1997.

HAWTON, K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behavior. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 484-485, 2000.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. V. Suicide. **The Lancet**, v. 373, p. 1372-1381, 2009.

HAWTON, K. et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. **Journal of Affective Disorders**, v. 50, p. 269-276, 1998.

HAWTON, K. et al. Effect of death of Diana, Princess of Wales on suicide and deliberate self-harm. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 463-466, 2000.

HUFFORD, M. Alcohol and suicidal behavior. **Clinical Psychology Review**, v. 21, n. 5, p. 797-811, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE – Cidades – Infográficos - São Paulo – Botucatu - Dados Gerais**. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=350750>>. Acesso em: 18 maio 2014.

ISOMETSÄ, E. T. Psychological autopsy studies – a review. **European Psychiatry**, v. 16, p. 379-385, 2001.

JUURLINK, D. N. et al. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, n. 11, p. 1179-1184, 2004.

KESSLER, R. C. et al. Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. **Journal of the American Medical Association**, v. 293, n. 20, p. 2487-2495, 2005.

KERKHOF, A.; ARENSMAN, E. Repetition of Attempted Suicide: Frequent, but Hard to Predict In: DE LEO, D. et al. **Suicidal behavior: theories and research findings**. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers, 2004. p. 111-124.

KÖLVES, K. et al. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. **Psychological Medicine**, v. 36, p. 923-930, 2006.

LAW, C.; DE LEO, D. Seasonal Differences in the Day-of-the-Week Pattern of Suicide in Queensland, Australia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, p. 2825-2833, 2013.

LEENAARS, A. A. Edwin S. Shneidman on Suicide. **Suicidology Online**, v. 1, p. 5-18, 2010.

LIMA, M. C. P. **Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços**. 2004. 146f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LIU, R. T.; MILLER, I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. **Clinical Psychology Review**, v. 34, p. 181-192, 2014.

LOMBARDI, C. Aspectos Epidemiológicos da Mortalidade entre doentes de Hanseníase no Estado de São Paulo, Brasil (1931 -1980). **Revista de Saúde Pública**, v. 18, p. 71-107, 1984.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, supl. 2, p. 86-93, 2009.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **The American Journal of Psychiatry**, v. 159, p. 909-916, 2002.

MACENTE, L.; ZANDONADE, E. Spatial distribution of suicide incidence rates in municipalities in the State of Espírito Santo (Brazil), 2003-2007: spatial analysis to identify risk areas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 34, p. 261-269, 2012.

MANN, J. J. The neurobiology of suicide. **Nature Medicine**, v. 4, n. 1, p. 25-30, 1998.

MANN, J. J. et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. **Journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-363, 2003.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Suicide in Brazil (2004-2008): the importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 5, p. 351–359, 2012.

MAYO, D. J. What is being predicted? The definition of suicide. In MARIS, R. W. et al. (Ed.). **Assessment and prediction of suicide**. New York: The Guilford Press, 1992. p. 88-101.

MELEIRO, A. M. A. S.; MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. Suicídio e tentativa de suicídio In: LOUZÃ NETO, M. R. et al. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 475-496.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MINAYO, M. C. S. et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980–2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.

- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1587-1596, 2006.
- NEJAR, K. A.; BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. Sunshine and suicide at the tropic of Capricorn, São Paulo, Brazil, 1996–2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1062-1064, 2007.
- NEVES, P. D. M.; BELLINI, M. Intoxicações por agrotóxicos na mesorregião norte central paranaense, Brasil – 2002 a 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3147-3156, 2013.
- NISHI, M. et al. Relationship Between Suicide and Holidays. **Journal of Epidemiology**, v. 10, n. 5, p. 317-320, 2000.
- OHTSU, T. et al. Blue monday phenomenon among men: suicide deaths in japan. **Acta Medica Okayama**, v. 63, n. 5, p. 231-236, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra: OMS, 2000.
- PARASCHAKIS, A. et al. Differences between suicide victims who leave notes and those who do not: a 2-year study in Greece. **Crisis**, v. 33, n. 6, p. 344-349, 2012.
- PARTONEN, T. et al. Analysis of seasonal pattern in suicide. **Journal of Affective Disorders**, v. 81, p.133-139, 2004.
- PHILLIPS, M. R.; LI, X.; ZHANG, Y. Suicide rates in China, 1995-99. **The Lancet**, v. 359, p. 835-840, 2002.
- PHILLIPS, M. R. et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. **The Lancet**, v. 360, p. 1728-1736, 2002.
- POMPILI, M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 7, p. 1392-1431, 2010.
- PONCE, J. C. et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008.
- PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2032-2042, 2008.

QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. **The Lancet**, v. 360, p. 1126-1130, 2002.

QIN, P. et al. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. **The American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 4, p. 765-772, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

RETAMAL, P. C.; HUMPHREYS, D. Ocorrência de suicídio e variação sazonal. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 408-412, 1998.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Medicina psiquiátrica de emergência. In: \_\_\_\_\_. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 34, p. 960-981.

SANTOS, S. A. et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.

SANTOS, S. A. et al. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 376-387, 2013.

SARCHIAPONE, M. et al. Controlling access to suicide means. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 8, p. 4550-4562, 2011.

SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.

SCOURFIELD, J. et al. Sociological autopsy: an integrated approach to the study of suicide in men. **Social Science & Medicine**, v. 74, p. 466-473, 2012.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Perfil Municipal de Botucatu**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>. Acesso em: 18 maio 2014.

SENA-FERREIRA, N. et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 115-126, 2014.

SHEN, J. et al. Causes of death among active leprosy patients in China. **International Journal of Dermatology**, v. 50, p. 57-60, 2011.

SHNEIDMAN, E. S. **Suicide as psychache**: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Jason Aronson, Inc., 1993. 258p.

SHNEIDMAN, E. S. **The suicidal mind**. New York: Oxford University Press, 1996.

SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 389-402, 2014.

TAYLOR, R. et al. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. **Social Science & Medicine**, v. 61, p. 1551-1559, 2005.

TEIXEIRA, M. G. et al. Áreas sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 21-28, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. (Sala de Aula Series, 3).

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, supl. 21, p. SII18-SII22, 1999.

VÄRNIK, A. et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 62, p. 545-551, 2008.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n. 1, p.175-187, 2013.

WERLANG, B. G. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio**. 2000. 312f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, p. 212-219, 2003.

WERLANG, B. S. G.; MACEDO, M. M. K.; KRÜGER, L. L. Perspectiva psicológica In: WERLANG, B. S. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 65-92.

WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.

WHILE, D. et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. **The Lancet**, v. 379, p. 1005-1012, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Figures and facts about suicide**. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health: figures and Facts about Suicide**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy situation**. Geneva: WHO, 2010. (Weekly Epidemiological Record, 35).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

WOO, J.; OKUSAGA, O.; POSTOLACHE, T. T. Seasonality of Suicidal Behavior. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, p. 531-547, 2012.

YIP, P. S. F.; CHAO, A.; CHIU, C. W. F. Seasonal variation in suicides: diminished or vanished. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 366-369, 2000.

ZAHL, D. L.; HAWTON, K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. **The British Journal of Psychiatry**, v. 185, p. 70-75, 2004.

ZHANG, J.; JIA, C. Validating a short version of the suicide intent scale in China. **Omega (Westport)**, v. 55, n. 4, p. 255–265, 2007.

ZIMMERMAN, M. Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, p. 225-245, 1994.

# *Anexo e Apêndice*

---

## ANEXO

### Entrevista semiestruturada para autópsia psicológica e termo de consentimento

|                                                          |              |                             |
|----------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| Nome                                                     | Idade        | Sexo                        |
| Data de nascimento                                       | Estado civil | Escolaridade                |
| Endereço                                                 | Ocupação     | Raça                        |
| Data da entrevista: _____                                |              | Início da entrevista: _____ |
| Informante: (identificação e relação com a vítima) _____ |              |                             |
| Nome                                                     | Sexo         | Idade                       |
|                                                          |              | Relação                     |
| Naturalidade da vítima                                   | Procedência  |                             |

1. Há quanto tempo mudou para Botucatu?

De que a pessoa morreu?

Qual método foi utilizado?

- |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enforcamento<br><input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Pular de altura<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Outros meios. Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Envenenamento<br><input type="checkbox"/> Instrumentos cortantes<br><input type="checkbox"/> sufocação<br><input type="checkbox"/> fogo-chamas |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. Porque será que o suicídio ocorreu, tinha razões para querer morrer?

---

Teve problemas com grupo de apoio primário/família nuclear? ☐ Sim ☐ Não  
 Teve problemas relacionados ao ambiente social? ☐ Sim ☐ Não

Teve problemas na vida escolar? ☐ Sim ☐ Não

Teve problemas na vida ocupacional – demissão, mudança na organização do ambiente e do processo de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

- Teve problemas de moradia? ☐ Sim ☐ Não
- Teve problemas econômicos? ☐ Sim ☐ Não
- Teve problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal? ☐ Sim ☐ Não
- Teve outros problemas psicossociais e ambientais? ☐ Sim ☐ Não
- Fazia ou fez tratamento na área de saúde mental? ☐ Sim ☐ Não
- Já passou por internação psiquiátrica? (hospital dia e/ou hospital psiquiátrico)  
☐ Sim ☐ Não
- Especifique nomes dos hospitais e datas aproximadas \_\_\_\_\_

### Sintomas de mau funcionamento

- Tinha problemas visuais, auditivos, táteis, olfativos e de equilíbrio? ☐ Sim ☐ Não
- Tinha problemas de inteligência, raciocínio, memória, consciência das coisas? ☐ Sim ☐ Não
- Queixava-se, freqüentemente, de algum problema no funcionamento do corpo: estômago, fígado, bexiga, coração, pulmão ou qualquer outro órgão? ☐ Sim ☐ Não
- Tinha dores de cabeça, tonturas, desmaios, convulsões ou outro problema neurológico? ☐ Sim ☐ Não
- Tinha dificuldade em relação a comida, sono, fala, sexualidade? ☐ Sim ☐ Não
- Tinha uma doença crônica ou incurável? ☐ Sim ☐ Não
- Tinha outros sintomas de mau funcionamento? ☐ Sim ☐ Não
- Especifique \_\_\_\_\_

Consumia bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não

Se não, pule para questão 3. Se sim, com que frequência bebia?

- ☐ Diariamente
- ☐ 3 a 5 vezes por semana
- ☐ 1 a 2 vezes por semana
- ☐ 1 a 2 vezes por mês
- ☐ 1 a 2 vezes por ano

Habitualmente, quanto tomava em cada ocasião?

- ☐ 5 doses ou mais
- ☐ 3 a 4 doses
- ☐ 1 a 2 doses
- ☐ Não sabe responder

Com que frequência tomava 5 doses ou mais (ou se embriagava)?

- ☐ Diariamente
- ☐ 3 a 5 vezes por semana
- ☐ 1 a 2 vezes por semana
- ☐ 1 a 2 vezes por mês
- ☐ 1 a 2 vezes por ano

3. Usava alguma destas outras drogas/medicamentos?

- |                                                             |                                                           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Sedativos/tranquilizantes                                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Anfetaminas/remédio para emagrecer                          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Maconha                                                     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Crack/cocaína                                               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Solventes voláteis (cola, etc)                              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Morfina/heroína                                             | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Alucinógeno (chá de cogumelo, lírio, trombeta, saia branca) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Tinha outros sintomas de mau funcionamento? ☐ Sim ☐ Não

**São referidas características de personalidade?**

Tinha manias de limpeza, de ordem diversa, de ver se a casa estava bem fechada, etc? ☐ Sim ☐ Não

Tinha medos intensos a animais, a alturas, a lugares abertos, espaços fechados,

lojas, multidões, de deixar a casa, de trovoadas, de escuro? ( )Sim ( )Não

Tinha comportamento exagerado, dramático, sedutor, manipulativo, várias queixas físicas e simulações de doença? ( )Sim ( )Não

Apresentava manifestações de tristeza, desânimo, desespero, perda da auto-estima, ambivalência, lentificação do pensamento e do comportamento motor? ( )Sim ( )Não

Demonstrava ciúmes, inveja, não aceitava a ajuda dos outros, sua conduta era secreta e isolada? Temia ser atacado ou tratado injustamente, era tenso, inseguro e desconfiava dos outros, tinha mania de perseguição? ( )Sim ( )Não

Tinha necessidades excessiva de cuidados, dificuldades para tomar decisões e iniciativa, sentia desconforto e desamparo, era muito dependente, apegado? ( )Sim ( )Não

Era agitado, tinha comportamento agressivo, fazia críticas destrutivas, mentia, cometia roubos, provocava as pessoas? ( )Sim ( )Não

Era fechado, pouco afetuoso, de poucos amigos? ( )Sim ( )Não

Tinha comportamentos estranhos, diferentes das outras pessoas? ( )Sim ( )Não

Chamava a atenção por algum outro comportamento? ( )Sim ( )Não

Especifique \_\_\_\_\_

### **São referidos fatos associados à história familiar?**

Doenças físicas ( )Sim ( )Não

(na sua família que doenças físicas foram mais comuns?)

Doenças psiquiátricas ( )Sim ( )Não

(na família, houve hospitalizações psiquiátricas ou pessoas com doença mental? Como eram essas pessoas?)

Tratamento médico/psicológico (chegaram a procurar algum tratamento?) ( )Sim ( )Não

Tentativas de suicídio (na família, alguém tentou se suicidar?) ( )Sim ( )Não

Suicídio (na família, alguém chegou a morrer de suicídio?) ( )Sim ( )Não

Antecedentes socioculturais. Seus avós vieram de outro país? ( )Sim ( )Não

Religião predominante na família \_\_\_\_\_

Mantinha costumes e hábitos diferentes? ( )Sim ( )Não

Antecedentes legais (Houve, na família, alguma complicação com a polícia?)

☐ Sim ☐ Não Especifique \_\_\_\_\_

### Procura de assistência

A pessoa procurou ou conversou com algum profissional no mês anterior ao ocorrido?

Médico ☐ Sim ☐ Não

Psicólogo ☐ Sim ☐ Não

Profissional da UBS/PSF ☐ Sim ☐ Não

A pessoa procurou serviço de saúde no mês anterior ao ocorrido?

Marcar pela ordem de procura: por exemplo 1, 2, 3, etc)

Unidade Básica de Saúde/Programa Saúde da Família ☐

Consultório ☐

Ambulatório ☐

Pronto socorro/emergência ☐

CAPS II ☐

CAPS ad ☐

Atendimento domiciliar feito pelo PSF ☐

Outro, Especifique \_\_\_\_\_

A pessoa foi atendida no serviço que procurou?

☐ Sim. Passe para a questão 5

☐ Não. Passe para a questão 4

4. Por que não foi atendida no serviço que procurou?

☐ Não conseguiu vaga

- ☐ Não tinha médico atendendo
- ☐ Não tinha profissional/serviço que precisava
- ☐ O equipamento/serviço não estava funcionando
- ☐ Não podia pagar
- ☐ Esperou muito e desistiu
- ☐ Outros, especificar \_\_\_\_\_

5. O que foi feito no atendimento?

- ☐ Consulta
- ☐ Encaminhamento para outro serviço
- ☐ Outros procedimentos. Especifique \_\_\_\_\_

### **Avaliação da Intencionalidade**

Evidência de intenção ou desejo de morrer

Durante o último ano, comentou ou demonstrou intenções ou desejo de morrer.

☐ Sim ☐ Não

Falava em morrer. ☐ Sim ☐ Não

Dizia que um dia ia se matar. ☐ Sim ☐ Não

Dizia que queria sumir. ☐ Sim ☐ Não

Falava em se matar, como forma de manipular as pessoas. ☐ Sim ☐ Não

Dizia que ia se matar, como se estivesse brincando. ☐ Sim ☐ Não

Dizia que estava cansado de lutar e só lhe restava morrer. ☐ Sim ☐ Não

Falava sobre sonhos, pensamentos ou premonição de morte de outro ou de si.

☐ Sim ☐ Não

Lia e comentava sobre livros e matérias jornalísticas relacionadas à morte.

☐ Sim ☐ Não

Tinha realizado tentativas anteriores para morrer. ☐ Sim ☐ Não

1ª tentativa: idade \_\_\_\_\_ método utilizado \_\_\_\_\_

2ª tentativa: idade \_\_\_\_\_ método utilizado \_\_\_\_\_

3ª tentativa: idade \_\_\_\_\_ método utilizado \_\_\_\_\_

Mais de três tentativas      ( )Sim ( )Não

Tinha tendência a colocar-se em situação de risco?      ( )Sim ( )Não

Outro      ( )Sim ( )Não

### **Planejamento para morte**

Fez algum preparativo antes de morrer? ( )Sim ( )Não

Fez recomendações de providências a serem tomadas no caso de “algo vir a acontecer” ? ( )Sim ( )Não

Testamento feito nos últimos tempos? ( )Sim ( )Não

Distribuição de objetos? ( )Sim ( )Não

Aquisição de armas, corda, veneno, etc. ? ( )Sim ( )Não

Visitas a familiares e/ou amigo que não via há muito? ( )Sim ( )Não

Deixou algum bilhete ou carta de despedida? Falou em fazê-lo? ( )Sim ( )Não

Tomou alguma providência para não ser interrompido ou socorrido? Onde ocorreu o fato? ( )Sim ( )Não

Teve oportunidade de avisar alguém ou pedir ajuda? ( )Sim ( )Não

Outro. ( )Sim ( )Não      Especifique \_\_\_\_\_

"Declaro que fui informado de que este é um levantamento que está sendo realizado pela prefeitura de Botucatu, com o objetivo de compreender melhor a ocorrência de suicídios na cidade, para programar estratégias de prevenção, portanto, estarei fornecendo informações sobre o suicídio do meu familiar. Declaro que fui informado de que todas as informações são confidenciais, não sendo divulgado nomes ou qualquer outra informação que possa identificar a mim ou a meu familiar. Declaro, por fim, que concordo que as informações possam ser utilizadas para fins de pesquisa, desde que garantido o anonimato."

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

## APÊNDICE

### Vinheta dos casos submetidos à autópsia psicológica

#### Caso 1

JFS, masculino, 18 anos.

Solteiro. Branco. Ensino Fundamental Incompleto.

Informante: mãe

Aparentemente, segundo a mãe de JFS, não havia motivos para que o filho cometesse suicídio. JFS apresentava problemas na vida escolar, traços de personalidade depressiva e problemas neurológicos. Havia realizado tratamento na área de saúde mental.

Na história familiar, um tio havia tentado suicídio e um avô suicidou-se.

JFS falava em morrer e dizia que ia se matar. A mãe achou veneno de rato entre suas coisas, porém JFS nunca havia tentado suicídio.

No dia da morte, saiu com um primo. A mãe acredita que este sabia de alguma coisa. JFS suicidou-se com uma arma de fogo calibre 32.

#### Caso 2

AM, masculino, 22 anos.

Solteiro. Branco. Ensino Médio Incompleto.

Informantes: mãe e irmão (entrevistados separadamente)

Família evangélica.

Os dois informantes sugerem que o suicídio de AM teria ocorrido devido à separação da esposa. Dois dias antes do ocorrido, AM passou a morar na casa de sua mãe. A família percebia que AM havia ficado muito triste com a separação, mas ele não desabafava. Ficou amasiado por 5 anos e morava com a esposa e filha em casa cedida pelos avós. A família de AM não aceitava seu relacionamento por acreditarem que sua esposa não era boa dona de casa e nem boa mãe. Entretanto, a mãe de AM afirma que não sabe o motivo da separação, mas acredita que a esposa tenha tomado a decisão.

AM era o caçula de 5 filhos. O pai estava acamado havia 2 anos e AM ajudava a cuidá-lo. Segundo a mãe, AM era muito saudável e fazia academia. Conheceu a esposa na escola, não gostava de estudar e interrompeu os estudos no segundo ano do Ensino Médio. Sempre teve dificuldade para manter-se nos trabalhos que conseguia. Costumava ficar “deprimido” quando estava desempregado. Estava sem emprego havia 5 meses e ia começar um novo trabalho no dia de sua morte. Tinha problemas de consumo, pois comprava além do que podia pagar e presenteava as pessoas.

Para a mãe, não havia indícios de intencionalidade. Para o irmão, AM já havia manifestado interesse em morrer e dizia que ia se matar.

AM escreveu uma carta dizendo que a vida dele não tinha mais sentido, pedindo aos avós para cuidarem da filha. Chegou a ligar para um amigo que trabalhava na funerária e disse para ir buscar seu corpo pois se suicidaria. Em seguida, comprou uma corda. O amigo foi até o endereço que AM havia informado, mas quando chegou ao local ele já havia se enforcado. O tio tentou impedi-lo, mas AM deu-lhe um chute. Quando o tio saiu para chamar um vizinho, AM enforcou-se. Segundo o irmão, AM teria ingerido álcool antes do enforcamento.

No dia de sua morte, AM deixou a filha na casa da mãe dizendo que iria cortar o cabelo. Ainda pela manhã, havia tirado cópia de todas as chaves da casa da mãe, onde estava morando. AM ligou para a ex-mulher dizendo que ia sumir. Ela tentou avisar sua família, mas não conseguiu.

### Caso 3

JBS, feminino, 22 anos.

Solteira. Branca. Ensino Médio Incompleto.

Informante: vizinha

A vizinha refere que JBS tinha um relacionamento conjugal tumultuado e que este seria um fator importante, mas não a causa do suicídio. Relata que o companheiro de JBS era imaturo e que já chegara a agredi-la.

JBS apresentava problemas desde pequena. A mãe enforcou-se quando JBS tinha cerca de 3 anos de idade e seu pai morreu assassinado.

A vizinha relata que JBS tinha depressão e sofria com os efeitos adversos das

medicações. Fazia tratamento psicológico e psiquiátrico e tinha encaminhamento para internação psiquiátrica. Havia tentado suicídio com ingestão de medicamentos, cortando-se e enforcando-se com corda de varal. Chegou a comprar veneno de rato e colocou na comida.

JBS disse às filhas da vizinha que era a última vez que a veriam. Antes de morrer, fez recomendações de providências a serem tomadas em relação ao seu filho de 5 anos. JBS pegou uma corda de sua sogra e escondeu-a para depois enforcar-se.

#### Caso 4

PRR, masculino, 24 anos.

Casado. Branco. Ensino Médio Incompleto.

Informante: mãe

A mãe de PRR refere, como possível razão para o suicídio, o alcoolismo do filho, que, por sua vez, teria levado ao fim do relacionamento com sua esposa.

PRR fazia tratamento na área de saúde mental e já havia sido internado em hospital psiquiátrico. Teria tentado suicídio pela primeira vez aos 19 anos, com mais duas tentativas antes de sua morte, utilizando medicamentos e álcool como método em todas elas. Morreu por enforcamento.

A mãe indicou problemas físicos (síndrome de abstinência) e comportamentais pelo consumo de álcool, além de uso de outras drogas, como maconha, sedativos e crack/cocaína.

No mês anterior ao suicídio, PRR havia procurado ajuda no Pronto Socorro e teria pedido para ser internado, mas como não havia vaga, foi encaminhado para o Centro de Saúde (que oferece assistência especializada em Saúde Mental).

#### Caso 5

CAM, masculino, 27 anos.

Solteiro. Branco.

Informante: mãe

CAM era dependente químico (crack) e separou-se da mulher, também dependente química. Sua esposa era paciente da equipe de saúde mental e participava de grupos para dependentes, mas abandonou o tratamento.

CAM não apresentava nenhuma alteração comportamental, apenas juntava objetos da residência da mãe para obter drogas.

Sua mãe era paciente do CAPS, tinha diagnóstico de transtorno bipolar e já havia sido internada 16 vezes no hospital psiquiátrico.

No mês anterior ao suicídio, CAM foi a uma consulta no CAPS ad, mas não retornou ao serviço. Não quis participar do atendimento em grupo.

A morte de CAM ocorreu à noite, enquanto a família (mãe) dormia. Ele foi até a porta de entrada conversar com um amigo, usou droga, entrou para dormir e suicidou-se. Sua mãe o encontrou em seu quarto, às seis da manhã, pendurado na barra de ferro em que fazia ginástica. Pegou a corda do irmão pedreiro que a utilizava como material de trabalho

## Caso 6

RACC, feminino, 31 anos.

Casada. Parda

Informante: prima

Prima relata, como possível razão para o suicídio, o desespero pelo fato da família do ex-marido não permitir que RACC visse seu filho.

RACC teria apresentado problemas em vários âmbitos de sua vida. Além disso, fez tratamento na área de saúde mental e teria tentado suicídio pela primeira vez aos 19 anos, por precipitação de altura. RACC ingeriu medicamentos nas tentativas seguintes. Foi internada em hospital psiquiátrico cerca de 5 vezes, por períodos breves.

Segundo a prima, RACC apresentava deficiência intelectual. Seu histórico familiar é desconhecido pois RACC era adotada.

RACC enforcou-se com um lenço.

---

Caso 7

MAC, masculino, 31 anos.

Solteiro. Branco. Fundamental Incompleto.

Informante: pai

Pai relata que MAC se enforcou devido ao fim de seu relacionamento. A companheira era prostituta e a relação estava complicada. Brigavam muito e o pai acreditava que consumiam drogas. Aparentemente, MAC não tinha motivos, mas enforcou-se na mesma noite em que a companheira foi embora.

MAC havia dito que iria procurar ajuda médica por dor de cabeça.

No dia da morte, os pais não perceberam nada, mas a companheira saiu de casa e MAC disse que ia se matar. Depois de ir embora, a companheira pediu à sua irmã para encontrar MAC. A mesma chamou os pais e perguntou se MAC estava em casa. Foi quando os pais o encontraram.

## Caso 8

MAFPF, feminino, 36 anos.

Casada. Branco. Médio Incompleto.

Informante: marido

Família católica

Segundo o marido, MAFPF estava doente. Relata que às vezes ia ao banheiro e não voltava mais. Ficava com os braços e pernas adormecidos. Ele fazia massagens. MAFPF falava que estava perto de ela ir embora.

MAFPF apresentava inúmeros problemas físicos (“colesterol”, pressão alta, “inchaço”, sobrepeso, “problema no útero”, “fazia uso de morfina”) e tratamento na área de saúde mental. Segundo o marido, MAFPF já tinha depressão havia aproximadamente 4 anos, mas não sabia se sua esposa usava remédios. Era impulsiva, agia no calor do momento. Três meses antes de sua morte, MAFPF cometeu várias tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos

No dia de sua morte pediu ao marido que colocasse crédito no seu celular. Foi ao mercado, comprou pão, leite e cordinha de varal. Teria deixado um bilhete e avisou às filhas, às irmãs e ao ex-marido antes de enforcar-se.

---

### Caso 9

JB, masculino, 38 anos.

Casado. Branco. Médio completo.

Informante: pai e irmã (entrevistados juntos)

Família católica, proveniente da Itália.

Pai relata que JB andava quieto demais e que não tinha bom relacionamento com a esposa. Morava com sua sogra, com quem tinha um bom relacionamento. O pai acredita que JB estava sendo desvalorizado, desprezado pela esposa, que não queria ter relações sexuais. Quatro meses antes de sua morte, quis separar-se da mulher e morar com um amigo no Ceará.

Havia feito tratamento na área de saúde mental 8 anos antes e referia vários problemas físicos (problemas visuais, estômago, braço, pressão alta). Era uma pessoa muito quieta, calada, isolada e nunca reclamava de nada. Era individualista em relação ao dinheiro. Irmã refere que JB era o filho preferido do pai. Já o pai refere que JB era o filho mais carinhoso.

Irmã e sobrinha de 15 anos faziam tratamento para depressão.

JB procurou serviço de emergência um dia antes do suicídio. No dia de sua morte, JB pegou a corda do balanço da filha. Desceu por um terreno descampado, longe de sua casa. Ficou ajoelhado, próximo a uma árvore pequena, de forma que podia ter tirado a corda a qualquer momento.

### Caso 10

AB, masculino, 47 anos.

Informante: mãe

A mãe de AB relata um período de tristeza e insônia após a separação da esposa, 5 meses antes do suicídio.

Quando tinha 18 anos, um amigo deu um comprimido a AB. Ficou 5 dias na UTI após ingeri-lo.

Quando se separou da esposa, foi morar sozinho e contratou uma faxineira. Após roubar sua casa, AB foi atrás dela para que lhe devolvesse suas coisas. Ela disse que se ele a denunciasse, ela o acusaria de estupro.

AB teve um tio de segundo grau que se suicidou e deixou 5 filhos.

Médico particular fez visita domiciliar pois o mesmo estava com dor na perna na semana anterior ao suicídio.

Antes de morrer, AB aconselhou pessoas e deixou uma carta de 6 páginas, que está em poder da justiça, falando de todos. Na semana anterior à sua morte, começou a beber muito. Antes de enforcar-se, foi visto com uma corda na mão, mas ao ser questionado, disse que o carro estava quebrado e que o sobrinho chegaria para guinchá-lo.

#### Caso 11

JBA, masculino, 58 anos.

Casado. Branco. Fundamental Incompleto.

Informante: mãe

Segundo a mãe, JBA sempre falava que qualquer hora compraria um revólver. Ameaçava dar um tiro na cabeça quando brigava com o filho. Também sentia muita falta da mulher que o abandonou quando o filho tinha 7 anos.

JBA morava no sítio havia 5 anos. Segundo a mãe, JBA e seu filho sempre discutiam devido à venda das novilhas. Ameaçava comprar uma arma e dar um tiro no ouvido.

JBA era reservado, quieto. Havia feito tratamento na área de saúde mental e cometeu a primeira tentativa de suicídio com 30 anos. Tentou envenenar-se outras vezes (medicamentos e veneno)

Chegava a beber dois litros de pinga por dia e queixava-se de dor no peito.

Seu pai morreu num acidente de trem quando JBA tinha 12 anos. Dois sobrinhos suicidaram-se (envenenamento e enforcamento).

Mãe refere que JBA falava constantemente em vender o sítio, pois se ele morresse, a mãe não ficaria sozinha. Dizia que queria morrer antes de ficar velho e costumava sonhar com pessoas mortas.

No dia do ocorrido, acordou às 13h00, almoçou, disse que ia sair e avisou a mãe que, se ele morresse, ela poderia pegar o dinheiro dele e comprar tudo o que quisesse. Ela revirou sua mochila e encontrou somente uma garrafa vazia. No dia seguinte, o filho encontrou o pai morto, com o revólver em cima da cama.

### Caso 12

JM, masculino, 72 anos.

Casado. Branco. Fundamental Incompleto. Motorista de táxi

Informante: esposa

Família evangélica, proveniente da Itália.

Entre as possíveis causas para o suicídio, a esposa acredita que não a amava, tampouco aos filhos. Relata que JM era honesto, reservado e teve uma infância muito difícil. Perdeu um filho em 1990. Ficou fechado em casa, irritado. Seis meses antes do suicídio, atropelou um rapaz que andava de motocicleta. Falava que não tinha mais forças para trabalhar.

Esposa relata que JM sempre reclamou de falta de ar (desde solteiro). Procurava médicos, mas não encontravam nada. Viveu mais de 30 anos com hanseníase e 2 anos antes da morte teve câncer de pele, mas se curou. Há 5 meses estava com dificuldades para dormir. No mês anterior ao suicídio passou pelo geriatra. Estava tomando fluoxetina havia 19 dias. Foi ao médico (gastro) um dia antes de sua morte.

JM tinha um neto com depressão e uma tia com doença mental, que morreu em um manicômio.

O suicídio ocorreu no período da manhã. A esposa deu-lhe chá. Ele agradeceu. Ela estava na cozinha quando ouviu o barulho. Quando foi ao quarto dele, a porta estava trancada. Entraram pela janela e encontraram-no caído no chão. Suicidou-se com uma espingarda.

### Caso 13

AOC, feminino, 74 anos.

Viúva. Branca.

Informante: filha

Segundo sua filha, AOC era muito ansiosa e sem esperanças. Além de sentir-se culpada pela morte do filho, manifestava medo de perder outros entes queridos.

No mês anterior ao suicídio, foi atendida por médico e psicólogo. Quinze dias antes fez terapia em grupo. No dia da morte acordou cedo, do mesmo jeito que sempre fazia. Tirou a corda do carrinho da neta e enforcou-se sentada.

#### Caso 14

ECO, masculino, 81 anos.

Viúvo. Branco.

Informante: filha

Família proveniente da Alemanha

Filha relata que nunca havia ouvido o pai falar em cometer suicídio até poucos dias antes da morte. ECO apresentava importante limitação visual e, além de acompanhamento oftalmológico, realizava tratamento com psicólogo particular. Inclusive, chegou a ser atendido por este no mês anterior ao evento.

ECO anunciou que, se ficasse cego, cometeria suicídio. Para não ser impedido, dormiu na casa do ex-cunhado e enforcou-se no dia seguinte, quando não havia ninguém na casa.