

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

NECI SENA FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E DE
SUICÍDIOS EM PALMAS (TO) NO PERÍODO DE 2000 A 2009**

**Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Doutor em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.**

Orientador: Prof. Dr. Valdir Filgueiras Pessoa

Brasília

2013

Neci Sena Ferreira

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E DE
SUICÍDIOS EM PALMAS (TO) NO PERÍODO DE 2000 A 2009**

**Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Doutor em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília**

Aprovado em:

Banca Examinadora

**Prof. Dr. Valdir Filgueiras Pessoa (Orientador)
Universidade de Brasília (UnB)**

1. Prof.^a Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo

Inst: Fiocruz RJ Ass. _____

2. Prof. Dra. Daniela Yglesias Castro Prieto

Inst: IESB Brasília DF Ass. _____

3. Prof.^a Dra. Maria Clotilde H. Tavares

Inst: UnB Ass. _____

4. Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Inst: UnB Ass. _____

5. Prof. Dr. Joaquim Brasil Neto (Suplente)

Inst : UnB Ass. _____

F383p FERREIRA, Neci Sena
Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de
suicídios em Palmas (TO) no período de 2000 a 2009.
193 f. : il. ; 28 cm

Tese (doutorado) – Universidade de Brasília; Faculdade de Ciências da
Saúde, Brasília, 2013.

Orientador: Prof.º Dr. Valdir Filgueiras Pessoa

1. Suicídios. 2. Saúde Mental. 3. Fatores de risco. 4. Epidemiologia. 5.
Coeficiente de Mortalidade. I. Pessoa, Valdir Filgueiras. II.
Universidade de Brasília. III. Título

**A todas as pessoas que participaram desta
pesquisa, principalmente às mães
enlutadas, pela coragem e generosidade ao
compartilharem as suas histórias de vida e
suas fragilidades, permitindo com isto, a
realização deste trabalho.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Dr. Valdir Filgueiras Pessoa, meu agradecimento pelo respeito e confiança ao me possibilitar liberdade no trabalho. Sem a sua orientação e solidariedade nos momentos difíceis desta longa caminhada, este estudo não teria sido possível.

À Professora Dra. Maria Cecília de Sousa Minayo, pela atenção, valiosa contribuição e por todo seu acervo bibliográfico, que foi fundamental na ampliação do meu conhecimento sobre o tema.

À Professora Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo pelo exemplo de responsabilidade, ética e sensibilidade e pelo incentivo que me ofereceu.

À Professora Dra. Maria Clotilde Tavares pelas sugestões no direcionamento inicial deste trabalho e pelas valiosas contribuições na Banca de Qualificação do Projeto.

Aos membros da Banca, pelas orientações e sugestões na Qualificação do Projeto.

Aos profissionais da Secretaria de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pela gentileza no atendimento e compreensão nas dificuldades, o que tornou possível uma permanência mais tranquila nesta Instituição.

À Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (TO) pela disponibilização dos dados epidemiológicos, dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para a primeira fase das entrevistas e, pelo período de liberação que me foi concedido, para realização de parte deste trabalho.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, principalmente aos Coordenadores e Enfermeiros que possibilitaram o acesso aos demais profissionais da Unidade.

Meu agradecimento especial aos Agentes Comunitários de Saúde que colaboraram para o primeiro contato com os entrevistados. A disponibilidade e a colaboração destes profissionais foram fundamentais na localização das famílias e no bom desenvolvimento das entrevistas.

À minha querida amiga Marisa Iamamoto pela amizade e carinho sempre demonstrados, por compartilhar as conquistas e as dificuldades na construção deste trabalho e, pela disponibilidade para esclarecer minhas dúvidas em relação à coleta de dados e aos Sistemas de Informações.

Às minhas amigas “irmãs” Barbara Lúcia e Maria Sofia pela atenção e carinho e, por me acolherem durante tantas “idas e vindas” entre Palmas e Brasília.

Ainda, à amiga Maria Izaura pelo apoio e a valiosa colaboração na correção deste trabalho. E, Maria Luzia por acompanhar o processo de desenvolvimento desta pesquisa, sempre com uma palavra de incentivo para os momentos difíceis.

A todas as pessoas que participaram deste estudo, pela atenção com que me receberam em suas residências e pela coragem de compartilharem comigo um momento tão ímpar em suas vidas.

Finalmente, agradeço ao meu sobrinho Paulo Henrique pelo carinho e incentivo que sempre me proporcionou. E, ao meu filho pelo apoio, companheirismo e compreensão no constante distanciamento durante os anos dedicados a realização deste trabalho.

A todos agradeço profundamente por acreditarem no meu trabalho e me transmitirem força para a sua conclusão.

Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar

Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais

Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu

Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fisgada
No membro que já perdi

Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus

(Chico Buarque- Pedaço de mim)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tipologia da Violência, segundo a Organização Mundial de Saúde	30
Figura 2 - Mapa da cidade de Palmas.....	73
Figura 3 - Evolução Populacional de 1991 a 2010, segundo IBGE, 2012	75
Figura 4 - Série histórica de suicídios na cidade de Palmas no período de 2000 a 2009, segundo sexo.	101
Figura 5 - Percentagem de tentativas de suicídio distribuídas por sexo, no período 2006 a 2009, na cidade de Palmas (TO).....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ordenamento dos Países Segundo Taxas de Suicídio (Ano disponível entre 2004 e 2008).....	32
Quadro 2 - Lista de temas para avaliar a autodestrutividade dos atos suicidas, segundo o critério de Schneidman, Farberow e Litman	63
Quadro 3 - Lista de temas a serem investigados numa Autópsia Psicológica, segundo Kovács	66
Quadro 4 - Informações gerais sobre a população do estudo	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número, proporção e taxa de mortalidade bruta, por lesões autoprovocadas, distribuídas por sexo e regiões geográficas – Brasil, 2009.....	34
Tabela 2 - Distribuição dos óbitos por causa externa segundo causa determinante, em residentes de Palmas, no primeiro semestre de 2007	81
Tabela 3 - Coeficientes de suicídios no município de Palmas (TO) para cada ano do estudo	100
Tabela 4 - Distribuição de frequências dos casos de suicídios quanto às variáveis descritivas da amostra, na cidade de Palmas, no período de 2000 a 2009 n = 88	103
Tabela 5 - Distribuição de frequências das variáveis descritivas dos eventos suicida, na cidade de Palmas no período de 2000 a 2009 n=88	105
Tabela 6 - Óbitos por suicídio, segundo Ocupação Profissional – série histórica de 2006 a 2009*	107
Tabela 7 - Informações sobre a localização das pessoas entrevistadas = 88.....	109
Tabela 8 - Distribuição de frequências das variáveis descritivas dos casos estudados	111
Tabela 9 - Distribuição dos casos, segundo fatores socioeconômicos identificados n=24.	112
Tabela 10 - Distribuição dos casos, segundo ocupação profissional n=24	113
Tabela 11 - Distribuição dos fatores de risco identificados, segundo sexo.....	115
Tabela 12 - Taxa média de tentativas de suicídio no município de Palmas (TO) para cada ano do estudo n=196	121
Tabela 13 - Distribuição de frequências das variáveis de descrição da amostra, divididas por Sexo. n=196.....	124
Tabela 14 - Distribuição de frequências das variáveis de descrição dos eventos separadas por Sexo. n=196.....	126
Tabela 15 - Tentativas de suicídio femininas, distribuídas por Ocupação Profissional 2006 a 2009.....	127

Tabela 16 - Tentativas de suicídio masculinas, distribuídas por Ocupação Profissional de 2006 a 2009.	128
Tabela 17 - Informações sobre a localização das pessoas entrevistadas n=196.....	129
Tabela 18 - Distribuição dos casos segundo método utilizado, distribuídos por sexo n=70..	131
Tabela 19 - Distribuição dos casos, segundo fatores socioeconômicos identificado n=70....	133
Tabela 20 - Distribuição dos casos, segundo ocupação profissional.....	134
Tabela 21 - Distribuição dos fatores de risco identificados, segundo sexo n=70.....	136

ANEXOS

Anexo A - Instrumentos originais para entrevistas (transcritos de Cavalcante et al, 2012, pg. 2042-2045)	175
Anexo B - Instrumentos de entrevista adaptados.....	182
Anexo C - Carta endereçada aos participantes.....	180
Anexo D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	181
Anexo E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	189
Anexo F - Relatório de Análise do Projeto pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS)	191
Anexo G - Carta endereçada as Unidades de Saúde.....	193
Anexo H - Ficha de Notificação/Investigação Individual (SINAN).....	196

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria)

ACS (Agente Comunitário de Saúde)

AIDS (AcquiredImmundeficiencySyndrome - Síndrome da Imunodeficiência Humana)

CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão)

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas)

DANT (Doenças e Agravos não Transmissíveis)

DVS (Diretoria de Vigilância e Saúde)

ESAP (Entrevistas Semiestruturada para Autópsia Psicológica)

FNS (Fundação Nacional de Saúde)

HIV (HumanImmundeficiencyVirus - Imunodeficiência Humana)

MS (Ministério da Saúde)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (TO))

SIM (Sistema de Informação de Mortalidade)

SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

SVS (Secretaria de Vigilância e Saúde)

UBS (Unidade Básica de Saúde)

USF (Unidade de Saúde da Família)

VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)

VIVA (Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes)

WHO (World Health Organization)

RESUMO

A prevenção e o tratamento adequado de determinados comportamentos podem reduzir os riscos de suicídios e de tentativas. Estudos consideram a existência de vários indicadores associados ao fenômeno. **Objetivos:** Descrever e analisar o perfil epidemiológico e psicossocial dos suicídios e das tentativas de suicídio, ocorridos no período de 2000 a 2009, entre moradores da cidade Palmas (TO). Caracterizar os indicadores sociodemográficos e aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas e nas tentativas. **Métodos:** Desenvolveu-se um estudo descritivo do tipo retrospectivo. As informações foram colhidas por meio de dados secundários e entrevistas de autópsia psicossocial realizadas com familiares e/ou amigos das vítimas (nos suicídios) e com as próprias pessoas (nas tentativas de suicídio). O estudo considerou o perímetro urbano da cidade, dividido em quatro regiões: Região-1 corresponde ao Plano Diretor Sul; Região-2 representa o Plano Diretor Norte; Região-3 compreende os bairros da Região Sul e a Região-4 o distrito de Taquaruçu, Zona Rural e entorno. A população do estudo foi composta por 284 casos. Foram realizadas 94 entrevistas (24 de suicídios e 70 de tentativas). Na caracterização dos eventos foi utilizada a mesma nomenclatura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão. As possíveis associações entre variáveis foram analisadas pelo teste qui-quadrado e as diferenças entre médias dos grupos avaliadas com o teste t de Student. **Resultados:** A proporção de suicídios foi de 3,3 masculinos para um feminino e nas tentativas, de 2,2 femininas para uma masculina. As características socioeconômicas se assemelham às identificadas em outras pesquisas. O enforcamento foi o método mais utilizado pelos homens, as mulheres utilizaram mais a autointoxicação. Pessoas brancas e pardas, com 5 a 8 anos de estudo (homens) e 1 a 4 anos (mulheres), que residiam na Região 3, cometeram mais suicídios. As tentativas de suicídio ocorreram nas faixas etárias de 20 e 29 anos (ambos os sexos), de 30 a 39 anos (homens) e de 15 a 19 anos (mulheres), preferencialmente entre solteiros, de cor parda e residentes na Região 1, com ensino médio ou superior incompleto. Os fatores de riscos identificados foram: transtornos mentais, uso do álcool e outras drogas, desajustes nos relacionamentos familiares, tentativas prévias, condições desfavoráveis de trabalho, história familiar de suicídio, migração, violência intrafamiliar, doenças físicas incapacitantes e dificuldades relacionadas ao trabalho ou escola. Nas autópsias psicossociais obteve-se que 29% dos indivíduos trabalhavam na informalidade, 33% tinham vínculo formal e 33% não exerciam atividades profissionais. Os dois eventos

ocorreram com maior frequência na residência da vítima. **Conclusões:** Estratégias de prevenção podem ser extremamente úteis para melhorar a vida dos indivíduos em situação de risco, mas requerem conhecimento das taxas de incidência e características psicossociais envolvidas no ato. Indicativos de risco precisam ser identificados e acompanhados por meio de programas de prevenção e tratamento adequados. Para isto, torna-se necessário sensibilizar e capacitar os profissionais para atuarem no acompanhamento especializado dos usuários.

Descritores: Suicídios; Saúde Mental; Fatores de Risco; Epidemiologia; Coeficiente de Mortalidade.

ABSTRACT

Prevention and appropriate treatment of certain behaviors may reduce the risk of suicides and attempts. Studies consider the existence of several indicators associated with the phenomenon. **Objective:** To describe and analyze the epidemiological and psychosocial profile of suicides and suicide attempts occurred within the period from 2000 to 2009 among the residents of Palmas (TO) to characterize the sociodemographic indicators and psychosocial aspects involved in the act, aiming to correlate conducts and behaviors with the researched epidemiological variables. **Methods:** A retrospective descriptive type of study was developed. The information was collected by means of secondary data and psychosocial autopsy interviews with family members and/or friends of the victims. In case of suicide attempts, the retrospective interviews were held with the people themselves. The study considered all the urban perimeter of the city, which was divided into four regions in order to localize the cases: Region-1 is the Master Plan South; Region-2 represents the Master Plan North; Region-3 comprises the neighborhood of the southern region and Region-4 includes the district of Taquaruçu, the countryside and surroundings. The study population was composed by 284 cases. 94 interviews were held (24 of suicides and 70 attempts). To characterize the events, the same nomenclature of the Mortality Information System and the International Disease Classification, 10th Review, was applied. The possible associations between the variables were analyzed by means of the chi-square test and the divergences between the group averages were assessed with the T Test of Student. **Results:** The suicide ratio presented 3.3 man's events for every woman's, and in the attempts, 2.2 women's events for every men's. The socioeconomic features are similar to those identified in other studies. The method preferred by men was hanging, and the one for women was autointoxication. White and brown people, with 5 to 8 years of school (men) and 1 to 4 years (women), living in Region 3, committed more suicides. The suicide attempts occurred in the age group of 20 to 29 years (both gender), 30 to 39 years (men) and 15 to 19 years (women), rather among single people, of brown color and living in Region 1, with concluded high school or incomplete college. The identified risk factors were: mental disorder, use of alcohol and other drugs, misfits in relationships inside the family, previous attempts, unfavorable work conditions, family history of suicides, migration, intra-family violence, physically disabling diseases and difficulties related to work or school. The psychosocial autopsy revealed that 29% of the individuals

worked informally, 33% worked with a formal link and 33% were not pursuing any professional activity. The events occurred preferably in the victim's residence. **Conclusions:** The development of a prevention strategy may be extremely useful in order to improve life of the subjects in risk situation. However, this requires the knowledge of the incidence ratio and the psychosocial features involved in the act. Risk indications need to be identified and monitored by means of prevention programs and appropriate treatment. Therefore it is necessary to sensitize and train the professionals in order to perform a specialized monitoring of the users.

Key Words: Suicides; Mental Health; Risk Factors; Epidemiology; Mortality Coefficient.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 Tipologia da violência	28
2.1.1 A violência Autoinfligida	31
2.1.2 A violência Interpessoal	36
2.1.3 A violência Coletiva	37
2.2 O comportamento suicida	38
2.2.1 Aspectos Históricos, Filosóficos e Religiosos associados ao suicídio.....	40
2.2.2 Aspectos Sociológicos associados ao suicídio	45
2.2.3 - Aspectos Psicológicos associados ao suicídio e às diferentes Escolas	47
2.2.3.1 Psicanálise	47
2.2.3.2 Teorias Humanistas Existencialistas	52
2.2.3.3 Teoria Cognitivo-Comportamental.....	53
2.3 Fatores de risco e de proteção associados ao suicídio	55
2.3.1 Fatores de Risco	55
2.3.2 Fatores de Proteção.....	59
2.4 Autópsias psicológicas	61
2.4.1 Autópsias Psicológicas e Psicossociais desenvolvidas no Brasil	67
2.4.1.1 Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (ESAP).....	67
2.4.1.2 Entrevista de Autópsia Psicossocial	68
3. CARACTERIZAÇÃO DA CIDADE DE PALMAS (TO)	71
3.1 Aspectos geográficos e históricos da cidade de Palmas	72
3.2 Aspectos demográficos da cidade Palmas	74
3.3 Perfil de morbimortalidade da cidade de Palmas	76
3.4 Estrutura do Sistema de Saúde da cidade de Palmas.....	77

4. JUSTIFICATIVA.....	79
5. OBJETIVOS	84
5.1 Objetivo Geral	85
5.2 Objetivos Específicos	85
6. MÉTODOS	86
6.1 Tipo do Estudo	87
6.2 Aspectos Éticos	87
6.3 Local do Estudo	87
6.4 População do Estudo	88
6.5 Sujeitos	89
6.6 Período.....	89
6.7 Instrumentos	90
6.7.1 Sistemas de Informações	90
6.7.2 Instrumentos de Avaliação	91
6.8 Procedimentos	94
6.9 Análise dos Dados	95
6.10 Processamento dos dados	96
6.10.1 Tratamento estatístico dos dados.....	96
7. RESULTADOS.....	98
7.1 Suicídios	99
7.1.1 Características epidemiológicas dos suicídios.....	99
7.1.1.1 Características descritivas da amostra	100
7.1.1.2 Características descritivas dos eventos.....	103
7.1.2 Autópsias psicológicas e psicossociais.....	107
7.1.2.1 Informações sobre as entrevistas e as famílias entrevistadas	108
7.1.2.2 Caracterização descritiva dos casos de suicídios estudados.....	110
7.1.2.3 Fatores socioeconômicos associados ao ato suicida.....	111

7.1.2.4 Fatores de Risco identificados nos casos estudados.....	113
7.1.2.5 Contextualização de alguns casos analisados por meio das autópsias psicossociais	115
7.2 Tentativas de Suicídio	121
7.2.1 Características epidemiológicas das tentativas de suicídio	121
7.2.1.1 Características descritivas da amostra	122
7.2.1.2 - Características descritivas dos eventos	124
7.2.2 Entrevistas psicossociais retrospectivas	128
7.2.2.1 Informações sobre as entrevistas e as pessoas entrevistadas.....	128
7.2.2.2 Caracterização descritiva dos casos de tentativas de suicídio estudada	130
7.2.2.3 Fatores socioeconômicos associados às tentativas de suicídio.....	132
7.2.2.4 Fatores de Risco identificados nos casos estudados.....	134
7.2.2.5 Contextualização de alguns casos e análise das entrevistas retrospectivas	136
8. DISCUSSÃO	148
8.1 Fatores associados aos suicídios e as tentativas de suicídio, obtidos por meio das entrevistas	153
8.1.1 Considerações sobre as entrevistas.....	157
8.2 Conclusões.....	159
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
10. REFERÊNCIAS.....	163
11. ANEXOS	174

1. INTRODUÇÃO

Entender os motivos que levaram uma pessoa a desistir da própria vida é objeto dos estudos em suicidologia, sociologia, antropologia e psiquiatria, entre outras ciências. Quais os fatores que mais interferem? Os biológicos, os psicológicos ou os socioeconômicos? Os estudos têm levantado questões sobre esse tema, tentando compreendê-lo e apresentam considerações cada vez mais refinadas.

Atualmente, existe uma tendência para considerar os fatores biológicos como predominantes e que o ato suicida tem correlação importante com transtornos psiquiátricos. Turecki (1999), por exemplo, sugere a presença de comportamento impulsivo-agressivo associado aos fatores genéticos. Bertolotte e Fleischmann (2004) destacam a presença de um transtorno mental como um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Batista (2004), embora reconheça a importância desses fatores, aponta outras situações que podem influenciar na opção do indivíduo pelo suicídio: extremo sofrimento, solidão e desesperança, entre outros.

Ainda que não exista um consenso quanto à terminologia mais adequada, costuma-se adotar o termo suicídio ou comportamento suicida fatal para os atos que resultam em mortes e que sejam determinados por ações voluntárias, deliberadas e conscientemente realizadas pelo próprio indivíduo (Cassorla, 2004, Batista, 2004), mesmo que não se tenha conhecimento do grau de motivação, da intencionalidade (a intensidade do desejo da pessoa de acabar com a sua vida), e da letalidade (as consequências do ato em termos de gravidade médica) (Cassorla, 2004, Werlang e Botega, 2004). Os atos que não resultam em mortes, apesar da intenção consciente de autoextermínio, são denominados de tentativas de suicídio ou comportamento suicida não fatal. Estes atos incluem desde a sua ideação, que são os simples pensamentos e ideias de acabar com a vida, passando em seguida para as ameaças, gestos e planos para se ferir ou se matar, sem que haja uma ação concreta, chegando às tentativas e finalmente, ao ato consumado, o suicídio (Turecki, 1999, Werlang e Botega, 2004, Minayo, 2005b).

Na ideação suicida estão representados os vários graus de intensidade dos pensamentos de acabar com a própria vida (o desejo de se matar) sem que exista, entretanto, uma ação concreta. As ideias suicidas são mais comuns do que as tentativas de suicídio e os suicídios consumados. Todavia, sua extensão ainda não é clara. É possível que essa dificuldade possa ser explicada pelo uso de diferentes definições, para ideações suicidas e pelos diferentes períodos de tempo a que os estudos se referiam (OMS, 2002).

Quando resulta em mortes, a violência decorrente da ação dos indivíduos, sejam dirigidas contra si próprias ou contra outras pessoas, representam as denominadas causas externas de mortalidade, categoria estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para se referir aos traumas e lesões, aos acidentes em geral, e às agressões e homicídios. São as consideradas causas de mortes evitáveis ou reduzíveis, situações em que se pode interferir reduzindo, total ou parcialmente sua ocorrência (Loés, 1996), por meio de ações adequadas e efetivas dos serviços de saúde na prática da promoção, prevenção e atenção à saúde (Malta, 2011).

Em termos econômicos, tanto o suicídio como as tentativas de suicídios resultam em elevados gastos para os sistemas de proteção social e cuidados com a saúde, como por exemplo, a perda de capital humano, estimada em termos de anos de vida perdidos, os gastos públicos na saúde com procedimentos hospitalares, internações e tratamentos e, no que tange à seguridade social, pagamento de pensões e aposentadorias por mortes ou invalidez (Gonçalves et al, 2011). A perda de capital humano por suicídio no Brasil apresenta um custo médio de R\$ 163 mil, por vítima, enquanto os homicídios e acidentes de trânsito R\$ 189,5 mil e R\$ 172 mil, respectivamente (Cerqueira et al, 2007). As tentativas de suicídio também acarretam elevados gastos para o Sistema Público de Saúde, principalmente nos casos que requerem internações prolongadas e por ocorrerem na proporção média de dez (Mello-Santos, 2005) a vinte (Prieto e Tavares, 2005) tentativas para cada suicídio consumado.

Embora o Brasil apresente um coeficiente baixo de mortalidade por suicídios, por ser um país de dimensões continentais, representando 47% do território da América do Sul (Paim et al, 2011) e possuir uma vasta população, está entre os nove países com maiores números absolutos de suicídios (ABP,2009). Segundo dados da WHO para o ano 2000, na escala mundial a China lidera as estatísticas com 195 mil suicídios, seguida pela Índia com 87 mil, a Rússia com 52,5 mil, os Estados Unidos com 31 mil, o Japão com 20 mil, a Alemanha com 12,5 mil, a França com 11,6 mil e a Ucrânia com 11 mil. Além disso, seguindo uma tendência mundial de contínuo crescimento, os índices brasileiros vêm apresentando elevação em torno de 21% nos últimos 20 anos. Estes eventos aconteceram com maior frequência na faixa etária de 20 a 34 anos, conforme uma propensão que se pode observar, também nos acidentes de trânsito e nos homicídios, ocorridos no país no período de 1998 e 2008 (Waiselfisz, 2011).

Verifica-se maior concentração de suicídios na região Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e na região Centro-Oeste, principalmente no estado do Mato Grosso do Sul, onde

predominam elevados índices entre adolescentes e jovens indígenas (Waiselfisz, 2011). Na região Norte, destaca-se pela elevação significativa nas taxas, os estados do Tocantins, Amapá e Acre, que mesmo dentro do nível considerado baixo, mais que duplicaram seus percentuais entre 1998 e 2008 (Waiselfisz, 2011).

Com o objetivo de diminuir a magnitude desse tipo de agravo no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2006, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, recomendando o planejamento de técnicas de prevenção, como promoção da qualidade de vida, educação, proteção, prevenção de danos e recuperação da saúde, indicando o desenvolvimento de estratégias de sensibilização da sociedade, organização de linhas de cuidados integrais e execução de projetos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade (Brasil/MS, 2006).

O documento orienta sobre a importância da detecção precoce e das intervenções apropriadas nos casos de tentativas, valorizando os processos de organização de redes de atenção aos que tentam suicídio e o desenvolvimento de medidas de coleta e análise de dados que possibilitem a disseminação de informações e conhecimentos (Brasil/MS, 2006). Em 2009 foi divulgado o manual sobre prevenção do suicídio, dirigido aos profissionais da atenção básica, que também dimensiona o problema e reafirma a importância de promover a educação permanente, os princípios da integralidade e da humanização, no atendimento à saúde, especialmente desses profissionais que atuam na área de cuidados básicos de saúde (Brasil/MS/OPAS, 2009).

Mediante os conceitos e políticas públicas, previstas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma prática integral de cuidados de saúde vem sendo aprimorada. Para os profissionais da saúde, essa prática deve significar o exercício de uma verdadeira clínica ampliada, que aprofunde as noções de interdisciplinaridade, de integridade e de humanização no acolhimento e encaminhamento das pessoas que vivem ou convivem com o sofrimento psíquico (Brasil/MS, 2012).

Nesta perspectiva, os atos suicidas precisam ser considerados como formas de expressar sofrimentos, como pedidos de ajuda ou como uma necessidade de comunicação. Estes apelos precisam ser ouvidos e respondidos direta e imediatamente (Werlang e Botega 2004), o que vai exigir dos profissionais uma postura ética, solidária e desprovida de qualquer tipo de julgamento. A falta de compreensão desse pedido, ou a omissão, podem conduzir o

indivíduo a manifestações de desespero e a comportamentos impulsivos ou imaturos que resultam em tentativas ou em atos consumados de autoextermínio.

Assim, o comportamento suicida não pode ser interpretado, simplesmente, como uma decorrência natural da história de vida da pessoa. Segundo Angerami-Camon et al (1994), é muito pouco provável que uma situação dessa ocorra em função de um episódio isolado na história do indivíduo. Na maioria das vezes, outras causas, como doenças físicas e mentais, conflitos de relacionamento, abusos sofridos na infância, perda de pessoas queridas, alcoolismo ou dependência química, problemas no trabalho, isolamento social, incluindo uma história familiar de suicídios ou de tentativas podem estar na base desse ato de violência e precisam ser consideradas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Tipologia da violência

Desde o início da humanidade, os mais diferentes tipos de violência têm surgido e vem se avolumando cada vez mais, seja em decorrência dos avanços tecnológicos, do desenvolvimento industrial ou do crescimento desordenado das grandes cidades (Villela, 2005). A mesma autora considera que apesar de parecer paradoxal, os diferentes tipos de violência e a complexidade dos agravos por causas externas vão aumentando e se diversificando à medida que os países se desenvolvem.

Em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas, todos os anos, perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva. No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS descreve a violência como:

O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Nesta definição, segundo Dahlberg e Krug (2006), a inclusão da palavra “*poder*” que complementa “*uso da força física*”, amplia a abrangência do ato de violência e o conceito normalmente usado para a palavra *violência*, ao incluir os atos que resultam de uma relação de poder, agregando a ela as ameaças e intimidações. O *uso do poder* também inclui a negligência e a omissão, assim como o conceito de *força física ou poder* inclui a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, além dos suicídios e dos outros atos autoinfligidos.

Estes autores consideram ainda, que esta definição alcança uma ampla gama de resultados, incluindo desde a injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário, refletindo em uma crescente necessidade de reconhecimento para estas formas de violência, que não produzem, necessariamente, sofrimento físico ou morte, mas impõem um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde.

Apesar de historicamente mais comum entre os mais idosos, o suicídio vem crescendo de forma preocupante entre os jovens. Segundo a OMS (2002), em todo o mundo, as violências, incluindo os suicídios, estão entre as principais causas de morte na população que se encontra na faixa etária de 15 a 44 anos, enquanto para a população geral, as lesões autoprovocadas representam a quarta causa de morte e a sexta causa de problemas de saúde e de incapacitações físicas no mundo (OMS, 2002, Werlang e Botega, 2004).

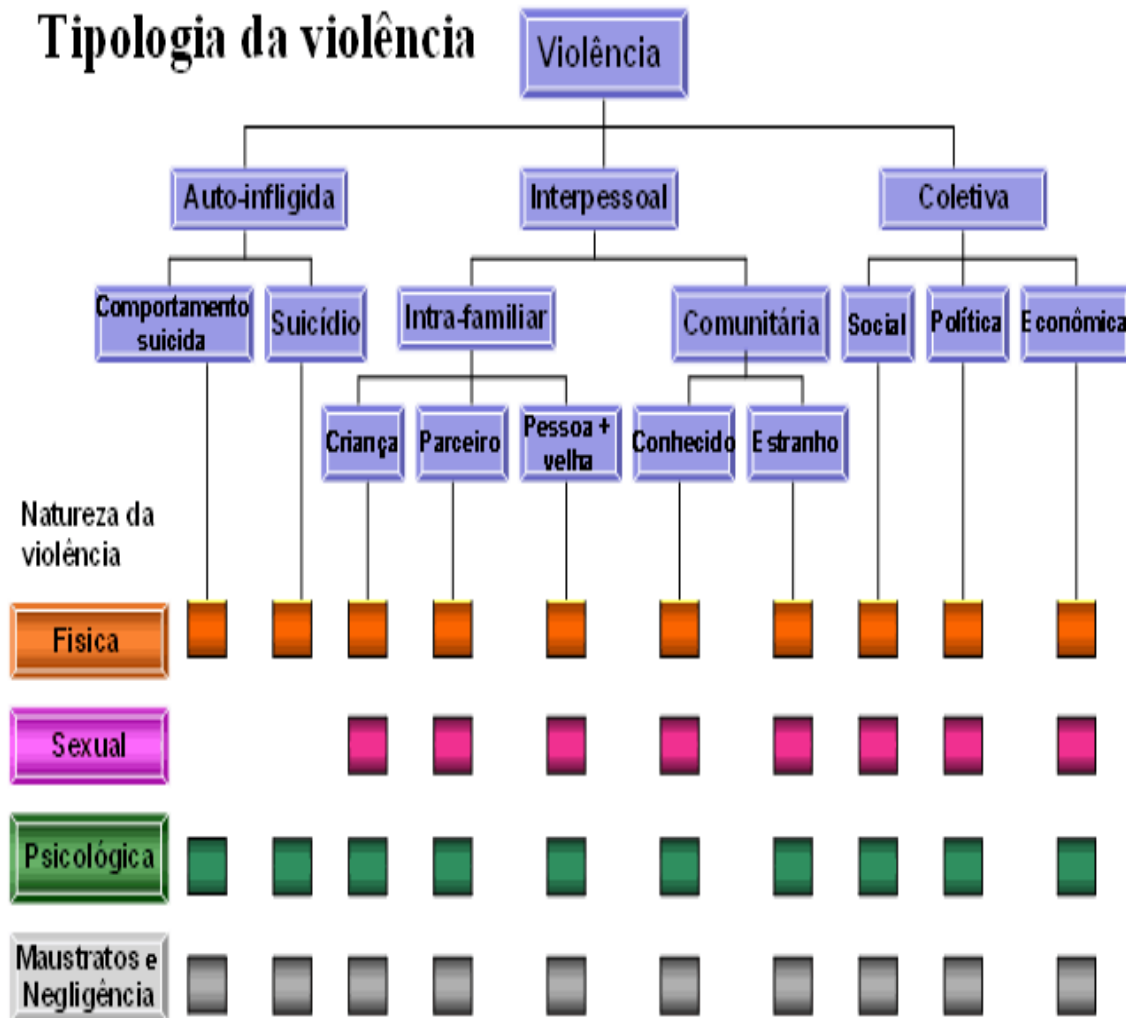
Procurando explicar o significado do termo causas externas de mortalidade, a OMS define que este conceito se refere às várias formas de mortes violentas, como as que são provocadas por acidentes, as autoprovocadas e as resultantes de agressões, traumas e lesões (OMS,2002). Podem ser classificadas como lesões intencionais (incluem todos os tipos de violências, desde agressões, homicídios, suicídios, privação ou negligências) e as lesões não intencionais (os acidentes de transportes, afogamentos, quedas, queimaduras, entre outros).

Os atos de violência podem ser classificados de forma estratégica, segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil/MS, 2001b), em acidentes domésticos, violências domésticas, extradomiciliares e autoinfligidas e, em relação à natureza como se expressam, estão divididos em:

- a) Físicas - os abusos e maus-tratos físicos (uso da força para subjugar, ferir ou produzir injúrias em outras pessoas), sendo a violência que atinge diretamente a integridade corporal e está representada pelos homicídios, agressões, violações, torturas, assaltos;
- b) Sexuais - os abusos que se expressam nas diferentes formas de jogo sexual (impostos por meio de ameaças e violências físicas, na pornografia, no aliciamento e outras);
- c) Psicológicas - representam as agressões verbais ou gestuais para aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade e o convívio social;
- d) Privação e abandono - negligências ou privação de cuidados (ausência ou recusa de cuidados, abandono de incapaz).

Em seu Relatório Mundial sobre a Violência de 2002, a OMS reconhece a violência como um importante problema de saúde pública, sugerindo o desenvolvimento de uma tipologia que caracteriza os diferentes tipos de atos de violência a partir de suas manifestações e estabelece uma importante vinculação entre elas. A proposta divide a violência em três amplas categorias

a partir de suas manifestações e, em conformidade com as características das pessoas que cometeram os atos em: *autoinfligidas, interpessoais e coletivas* (Figura 1).



Fonte: World Health Organization. Preventing Violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence. 2004.

Figura 1 - Tipologia da Violência, segundo a Organização Mundial de Saúde

2.1.1 A violência Autoinfligida

Esta categoria se refere à violência em que a pessoa inflige a si próprio o ato violento, que pode ser um comportamento suicida ou um autoabuso (WHO, 2002). Neste tipo de violência inclui-se desde pensamentos autodestrutivos (planos e tentativas de se ferir ou de se matar), até a realização do ato de por um fim à própria vida (Minayo, 2005b). Esta categoria de violência enquadra-se nas causas passíveis de intervenções que promovem a diminuição ou a extinção de sua ocorrência. Além disso, para cada suicídio consumado, estima-se que há no mínimo cinco ou seis pessoas – familiares e amigos – cujas vidas são profundamente afetadas emocionalmente, social e economicamente e, quando este evento ocorre em um local público, como no local de trabalho ou na escola, uma média de mais de cem pessoas são afetadas (WHO, 2003; Meneghel et al, 2004). Em termos econômicos, estima-se que os custos relativos à morte autoinfligida a nível mundial, sejam de bilhões de dólares (WHO, 2002).

As maiores taxas de mortalidade por suicídios, em relação aos países que relatam seus índices para a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem nos países considerados mais desenvolvidos (Conass, 2007). Especialmente os países da Europa são os que apresentam os mais expressivos coeficientes das violências autoinfligidas, particularmente o grupo de países do Leste Europeu, que apresentam características históricas e socioculturais semelhantes, como a Lituânia com taxa de 33 suicídios (por 100 mil habitantes), a Rússia com 30 suicídios (por 100 mil habitantes) e, ainda a Bielorrússia, o Cazaquistão e a Hungria, com taxas de 27, 25 e 24 suicídios (por 100 mil habitantes), respectivamente. Altas taxas de suicídios também são encontradas no Japão, na Letônia e na República da Coreia, que apresentam taxas acima de 22 suicídios (por 100 mil habitantes) (Waiselfisz, 2011). Os índices mais baixos são registrados na maioria dos países latino-americanos (com exceção de Uruguai que se encontra entre os países classificados como alta incidência - mais de 15 óbitos por suicídio/100 mil habitantes) e em algumas regiões da Ásia, notadamente nos países islâmicos, como Arábia Saudita, Bahrein, Egito, Emirados Árabes Unido, Irã, Jordânia, Kuwait e a Síria, que apresentaram as menores taxas (Bertolote, 2010, Waiselfisz, 2011), conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Ordenamento dos Países Segundo Taxas de Suicídio (Ano disponível entre 2004 e 2008).

PAÍS	Ano	Taxa	Pos.
Lituânia	2008	33,1	1º
Rússia	2006	30,1	2º
Bielorrússia	2007	27,4	3º
Cazaquistão	2008	25,6	4º
Hungria	2008	24,7	5º
Guiana	2005	24,0	6º
Japão	2008	24,0	7º
Letônia	2008	23,3	8º
Rep. da Coréia	2006	22,2	9º
Ucrânia	2008	20,5	10º
Eslovênia	2008	20,0	11º
Finlândia	2008	19,4	12º
Bélgica	2004	19,2	13º
Kuwait	2008	18,7	14º
Estônia	2008	18,1	15º
Suíça	2007	18,0	16º
Croácia	2008	17,9	17º
Sérvia	2008	17,6	18º
Rep. da Moldávia	2008	17,4	19º
França	2007	16,3	20º
St.Pierre e Miquelon	2006	16,3	21º
Suriname	2005	15,9	22º
Uruguai	2004	15,4	23º
Áustria	2008	15,2	24º
Polônia	2008	14,9	25º
Luxemburgo	2006	14,4	26º
RAE de Hong Kong	2007	13,3	27º
Rep. Checa	2008	13,2	28º
Eslováquia	2005	12,6	29º
Nova Zelândia	2006	12,5	30º
Bulgária	2008	12,3	31º
Suécia	2007	12,3	32º
Irlanda do Norte	2007	12,2	33º
Dinamarca	2006	11,9	34º
Islândia	2008	11,9	35º
Alemanha	2006	11,9	36º
Romênia	2008	11,5	37º
Cuba	2007	11,5	38º
Reunião	2006	11,4	39º
Canadá	2004	11,3	40º
Escócia	2008	11,0	41º
EEUU	2008	11,0	41º
Chile	2005	10,5	43º
Cingapura	2006	10,3	44º
Noruega	2007	10,3	45º
Irlanda	2008	9,5	46º
Portugal	2005	9,4	47º
Aruba	2006	9,1	48º
Quirguistão	2008	9,0	49º
Martinica	2006	9,0	50º
Holanda	2008	8,7	51º
Guadalupe	2006	8,5	52º
Austrália	2006	8,2	53º
Costa Rica	2006	8,2	54º
Espanha	2005	7,8	55º
Belize	2004	7,6	56º
Argentina	2007	7,4	57º
Porto Rico	2005	7,4	58º
Nicarágua	2005	7,2	59º
El Salvador	2006	6,9	60º
Maurício	2008	6,8	61º
Equador	2006	6,5	62º
Reino Unido	2007	6,4	63º
Itália	2007	6,3	64º
Guiana Francesa	2006	6,2	65º
Seychelles	2005	6,0	66º
Inglaterra e Gales	2007	5,9	67º
Panamá	2006	5,8	68º
Granada	2005	5,7	69º
Tailândia	2006	5,7	70º
Rodrigues	2008	5,3	71º
Colômbia	2006	5,3	72º
Brasil	2008	4,9	73º
Albânia	2004	4,7	74º
Uzbequistão	2005	4,7	75º
Israel	2007	4,3	76º
Paraguai	2006	4,2	77º
México	2007	4,0	78º
Venezuela	2007	3,5	79º
Malta	2008	3,4	80º
San Marino	2005	3,4	81º
Grécia	2008	3,3	82º
Tajiquistão	2005	2,7	83º
Guatemala	2006	2,7	84º
Armênia	2006	2,4	85º
Chipre	2007	2,3	86º
Ilhas Virgens-EEUU	2005	1,8	87º
Rep. Dominicana	2004	1,7	88º
Bermudas	2006	1,5	89º
Bahamas	2005	1,3	90º
África do Sul	2007	1,3	91º
Azerbaijão	2007	0,6	92º
Maldivas	2005	0,3	93º
Malásia	2006	0,1	94º
Egito	2008	0,1	95º
Antígua e Barbuda	2006	0,0	96º
Dominica	2006	0,0	96º
Ilhas Cayman	2004	0,0	96º
Ilhas Turks e Caicos	2005	0,0	96º
S.Cristóvão e Nevis	2006	0,0	96º

Transcrito: Mapa da Violência, 2011 (WaiselfiszJJ)

Entre os países das Américas, os que apresentam as maiores taxas, além do Uruguai, são Cuba, Canadá, Estados Unidos e Chile, com coeficientes médios acima de 10 suicídios por 100 mil habitantes e a Argentina, com índice de 7,4 suicídios por 100 mil habitantes. O Brasil apresentou índice de 4,9 por 100 mil habitantes e abaixo deste índice fica o Paraguai, México e Venezuela, com coeficientes de mortalidade por suicídios entre 4,2 e 3,5/100 mil hab. e a Guatemala com 2,7/100 mil habitantes. De acordo com Waiselfisz (2011), estes dados se referem ao período de 2004 a 2008.

As taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, em 2009, segundo o Ministério da Saúde (Saúde Brasil: 2010) elevaram-se com a idade, apresentando índices de 6,5 óbitos (por 100 mil habitantes) na população de 20 a 39 anos; de 7,4 óbitos (por 100 mil habitantes) na faixa de 40 a 59 anos e de 7,1 óbitos (por 100 mil habitantes) entre os maiores de 60 anos. O documento destaca, ainda, que o risco de morte por esse agravo entre homens idosos foi, aproximadamente, 5,4 vezes o risco observado entre as mulheres na mesma faixa etária. Ademais, se pode verificar que os residentes da Região Sul continuam apresentando as taxas mais elevadas, média de 8,2 óbitos (por 100 mil habitantes), em especial os homens com taxa de 13,8 óbitos (por 100 mil homens), (Brasil/MS/SVS, 2010b), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Número, proporção e taxa de mortalidade bruta, por lesões autoprovocadas, distribuídas por sexo e regiões geográficas – Brasil, 2009

Características	Sexo ^(a)						Total		
	Masculino			Feminino			n	%	taxa
	n	%	taxa	n	%	taxa			
Faixa etária									
0 a 9 anos	8	0,1	0,0	-	0,0	0,0	8	0,1	0,0
10 a 14 anos	54	0,7	0,6	52	2,8	0,6	106	1,1	0,6
15 a 19 anos	429	5,7	5,0	137	7,3	1,7	566	6,0	3,4
20 a 39 anos	3.429	45,7	10,8	762	40,7	2,4	4.191	44,7	6,5
40 a 59 anos	2.437	32,5	12,2	662	35,3	3,0	3.099	33,0	7,4
60 anos e mais	1.120	14,9	12,9	258	13,8	2,4	1.378	14,7	7,1
Ignorado	29	0,4	-	2	0,1	-	31	0,3	-
Região^(b)									
Norte	483	6,4	6,2	110	5,9	1,4	593	6,3	3,9
Nordeste	1.673	22,3	6,4	428	22,9	1,6	2.101	22,4	3,9
Sudeste	2.804	37,4	7,1	764	40,8	1,8	3.568	38,0	4,4
Sul	1.887	25,1	13,8	392	20,9	2,8	2.279	24,3	8,2
Centro-Oeste	653	8,7	9,5	178	9,5	2,5	831	8,9	6,0
Total	7.506	100,0	8,0	1.873	100,0	1,9	9.379	100,0	4,9

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Saúde Brasil, 2010

(a) Excluídos 2 registros com sexo ignorado

(b) Excluídos 7 registros com região de residência ignorada

Em 2001, antes, portanto, da publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil, através da Portaria MS/GM 737, publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, onde conceitua a violência como “ações realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (Brasil/MS, 2001b). Segundo afirma Minayo (2005a), os dois textos se equivalem, pois deixam transparecer o caráter operacional das definições e o sentido de intencionalidade do ato de violência. Entretanto, segundo afirmação da autora, em ambos faltou mencionar explicitamente a negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade, como formas de violência. O reconhecimento dessas formas de violência afigura-se de fundamental importância na diminuição de situações de conflitos, crueldades e guerras entre os povos.

A violência não é natural e não pode ser considerada como uma fatalidade. Precisa ser vista como resultante do desequilíbrio entre as relações sociais, econômicas e políticas e o

mais cruel dos produtos gerados em nome do crescimento econômico (OMS, 2002). Existem várias maneiras de se interferir, impedindo ou minimizando as consequências do seu desenvolvimento. Os estudos mostram que tanto as mortes por homicídios e por violência no trânsito, como as autoinfligidas, são passíveis de serem reduzidas e prevenidas (Minayo e Deslandes, 2009). Em um discurso na OMS em 2002, o Líder Sul Africano Nelson Mandela traduz o que se pode dizer sobre violência. Embora se referindo ao século passado, seu contexto representa plenamente a condição atual.

O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Em uma escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade, ele nos oprime com seu legado de destruição em massa, de violência imposta. Mas esse legado - resultado de novas tecnologias a serviço de ideologias de ódio – não é o único que carregamos, nem que devemos enfrentar (...)

Este sofrimento - e há muitos outros exemplos que eu poderia citar - é um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela.

Na ausência de democracia, respeito pelos direitos humanos e um bom governo, a violência prospera. Frequentemente conversamos sobre como uma "cultura de violência" pode criar raízes. Isso, de fato, é uma verdade. Como um sul-africano que vivenciou o apartheid e está vivendo suas consequências, tenho visto e experimentado isto. Também é verdade que os padrões de violência são mais difusos e difundidos nas sociedades em que as autoridades endossam o uso da violência por meio de suas próprias ações. Em muitas sociedades, a violência é tão dominante que frustra as esperanças de desenvolvimento econômico e social. Não podemos deixar que isto continue.

Nelson Mandela (Relatório Mundial sobre Violência – OMS, 2002, p. IX).

2.1.2 A violência Interpessoal

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: intrafamiliar e comunitária.

a) Entende-se por violência intrafamiliar a que é infligida por uma pessoa ou por um pequeno grupo, ou seja, a violência que ocorre, em grande parte, entre os membros da família (intrafamiliar), tais como: o abuso infantil, a violência praticada por parceiro íntimo, o abuso contra os idosos (as violências domésticas). São todas estas formas de agressões que acontecem nos domicílios e atingem principalmente crianças, adolescentes e mulheres, sendo, geralmente praticadas pelos próprios parentes. Neste tipo de violência há uma disseminação da agressividade entre os familiares e, mesmo em graus diferentes, todos os membros da família acabam sendo atingidos. Considera-se a violência intrafamiliar como uma forma de comunicação entre as pessoas ou entre um grupo familiar, uma interrelação que se expressa sob as diversas formas de violência (Minayo et al, 2006a). Por sua invisibilidade, a violência vivida na esfera doméstica tende a ser minimizada ou tratada como uma questão policial e jurídica, ora criminalizando o autor, ora penalizando a vítima e afastando-a do relacionamento ameaçador, todavia sem apresentar alternativas sociais de práticas preventivas e promocionais de qualidade de vida e saúde (Malta et al, 2007).

b) A violência comunitária, que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência que ocorre entre os grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (OMS, 2002). Este tipo de violência se constitui em um relevante problema de saúde pública por atingir uma grande parcela da população e ter impacto significativo no bem-estar físico, emocional e social de indivíduos e comunidades (Souza et al, 2009).

2.1.3 A violência Coletiva

Compreende-se como coletiva a violência que é infligida a grandes grupos, isto é acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos. Esta se subdivide em violência social, política e econômica.

- a) A violência social é representada, por exemplo, por crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões.
- b) A violência política inclui guerras, conflitos violentos e atos de aniquilamento realizados por grupos maiores.
- c) A violência econômica inclui ataques maiores motivados pelo ganho econômico ou a atividade econômica, pela negação de acesso a serviços essenciais ou segmentações e fragmentações econômicas (OMS, 2002) e consiste no desrespeito e apropriação de bens ou propriedade de uma pessoa, contra a sua vontade (Minayo, 2005a).

Na realidade atual das grandes cidades brasileiras, outro segmento em que a violência de cunho coletivo se expressa, está ligada aos negócios ilegais que se manifestam de múltiplas formas, mas se tornam particularmente relevantes nas delinquências e nas mais diversas formas de criminalidade. A delinquência pós-moderna, segundo Minayo (2005a), se configura na forma mais hegemônica de violência coletiva no Brasil.

De modo geral, a violência coletiva está sempre ao nosso lado, nas injustiças sociais, no desemprego, na precária assistência à saúde, na poluição e em outras tantas condições de sofrimento e opressão. Este tipo de violência não se manifesta apenas nas formas urbanas, mas estão disseminadas em todos os segmentos populacionais, não considerando classe social, cor da pele ou religião, como uma ameaça constante (Minayo 2005a). As estatísticas divulgam dados preocupantes, principalmente em relação à população mais jovem, na qual a violência chega a ser responsável pela grande maioria dos óbitos.

Uma reflexão sobre as formas de violência no Brasil é apresentada no livro “Violência e Saúde”, por Minayo (2006b):

Uma das formas mais contundentes de violência no Brasil, que se poderia chamar estrutural e “estruturante” pelo seu grau de enraizamento, são os níveis

elevadíssimos de desigualdade que persistem historicamente e são o chão sobre o qual se assentam muitas outras expressões.

O Brasil sempre foi marcado por ambivalências e ambiguidades de um país escravista e colonizado em que as relações sociais hoje estão entranhadas num tipo de “apartheid” considerado, por muitos autores, como mais iníquo que o dos Estados Unidos e o da África do Sul (p.27).

2.2 O comportamento suicida

Vários aspectos estão envolvidos no comportamento suicida, como os socioculturais, filosófico-existenciais, além de aspectos psicodinâmicos, genéticos e ambientais (Botega et al, 2006). Cabe aqui um pequeno comentário sobre estes, como forma de buscar uma explicação para determinados tipos de atitudes que caracterizam o comportamento suicida e que se repetem ao longo da história da humanidade, independentemente das transformações causadas pela modernização e pelos avanços tecnológicos.

A literatura mais recente passou a nomear o ato suicida como autoextermínio ou violência autoinfligida. Minayo (2005b) complementa que além de se referirem ao comportamento suicida, as violências autoinfligidas também se referem às diversas formas de automutilações, que normalmente se expressam por atos deliberados de agredir-se, sem que exista uma intenção consciente de autoextermínio. Esta ação pode apresentar-se de forma **grave** (resultando em destruição de partes do próprio corpo, como cegar-se, a autoamputação de dedos, mãos, braços, pés ou genitália), **estereotipada** (bater no próprio corpo, morder-se, bater a cabeça, arrancar os cabelos) e **superficial ou moderada** (arranhar, queimar ou enfiar agulhas na pele) (OMS, 2002, Minayo 2005b), todas envolvendo vários fatores que de alguma forma se ligam ao comportamento suicida, como o sofrimento, os fatores emocionais e alguns tipos de transtornos mentais.

Independentemente da motivação subjacente, do grau de severidade e da intenção psicológica envolvidos no ato de causar lesões a si mesmo, o que vai determinar o desfecho deste em fatal (suicídio) ou não fatal (tentativa de suicídio) é a intencionalidade inerente ao ato, que será determinada, principalmente, pelo método utilizado e pela possibilidade de

socorro, aliadas às condições de saúde prévias e à resistência física da pessoa (Cassorla, 2004).

Os comportamentos suicidas não fatais, ou tentativas de suicídio, são definidos como os atos que, apesar da intencionalidade de dar um fim à própria vida, não alcançam o êxito letal e não resultam em morte. Em decorrência, sobretudo, das dificuldades dos próprios pacientes (sobreviventes) em falar sobre o ato, muitas vezes negando a sua intenção (de acabar com a vida), ou procurando deliberadamente omitir a voluntariedade do ato, conceituar as tentativas de suicídio requer uma avaliação muito mais profunda e sensível (Cassorla, 2004). O termo *tentativa de suicídio* é normalmente mais usado nos Estados Unidos, enquanto nos países da Europa costuma-se usar a denominação de “parassuicídio” ou “autolesão” deliberada para se referir ao ato de atentar contra a própria vida (OMS, 2002). Nas pesquisas e publicações do Brasil, observa-se uma tendência para o termo “tentativa de suicídio” que usualmente é empregado, também pelos profissionais da área da saúde.

Especificamente nos casos de tentativas de suicídios, os estudos apontam para uma dificuldade de se identificar alguns eventos autoinfligidos, entre os demais atos de violência notificados como causas externas, o que acaba levando a uma subestimativa das taxas que, segundo Minayo (1998), pode levar a uma redução de duas ou três vezes nos índices de suicídios. Cassorla (1998) considera ainda, os chamados suicídios inconscientes, que seriam os homicídios precipitados pelas próprias vítimas, os acidentes, principalmente os de trânsito, também provocados ou simulados pela pessoa que sofre o dano, assim como, os casos de envenenamento pretensamente acidentais ou aqueles em que, na verdade, a vítima não pretendia morrer, mas apenas pedir ajuda ou chamar a atenção para a sua condição de sofrimento e necessidade de apoio e compreensão.

Outro ponto a ser considerado no sub-registro dos casos, diz respeito aos fatores socioculturais, em decorrência do preconceito e discriminação que envolve o ato suicida. Os familiares de pessoas que se suicidaram podem, deliberadamente, omitir dados ou pedir aos profissionais responsáveis pelos registros de óbitos que modifiquem a causa básica da morte, na tentativa de não revelarem aspectos relacionais e familiares, por vergonha ou medo de eventuais problemas com a justiça ou com as seguradoras.

Como mencionado anteriormente, o fenômeno do suicídio está associado a diferentes aspectos, conforme citações anteriores. A seguir apresentamos uma breve contextualização desses aspectos.

2.2.1 - Aspectos Históricos, Filosóficos e Religiosos associados ao suicídio

Quando procuramos compreender o suicídio através da História, vamos encontrar várias conotações, que vão desde à condenação total, em que se considerava o ato como um atentado contra os princípios da existência humana, um ato proibido e carente de moral, até a descriminalização, chegando à conceituação de ato heroico autorizado e encorajado (Jamison, 2002; Werlang e Asnis, 2004).

Sob a influência das correntes filosóficas gregas e em determinadas circunstâncias, o suicídio era tolerado, inclusive, sendo considerado um ato corajoso ou nobre. Sobretudo no Japão, o suicídio possui uma longa história de celebração, onde era aceito e até encorajado, como um ato de devoção e sacrifício. Um exemplo são os Kamikazes, pilotos suicidas, venerados como heróis da Segunda Guerra, que em nome da paz, destruíam alvos inimigos usando seus aviões carregados de explosivos como arma letal. Outro exemplo seria o Harakiri, a morte voluntária, praticada como uma forma heroica de reparar, com a própria espada, atos criminosos, de protesto, de sofrimentos ou de perda da honra (Werlang e Asnis, 2004). Em algumas culturas como, por exemplo, no caso dos homens-bomba do mundo islâmico, estes atos ainda são considerados como heroicos e incentivados até os dias atuais, e a falta de uma condenação moral ou religiosa, servem de estímulo a sua prática. Nesses países, tal prática chega a ser considerada como uma possibilidade de salvar a própria honra ou da família, ou uma promessa de alcançar o reino divino (Asnis, 2007).

Outra cultura onde o suicídio também era aceito e respeitado é a dos esquimós. Entre estes, os velhos eram considerados como um peso, um fardo para seus descendentes e para toda a comunidade, sendo a morte vista como uma saída. Se, durante uma viagem, uma pessoa idosa demorava mais a realizar o percurso, ela se afastava voluntariamente do grupo para morrer – esta prática ficou conhecida como eutanásia altruísta. Consta que, nos séculos XVII e XVIII, os velhos e incapacitados eram deixados em pontos de convergência de ursos polares para serem, por eles devorados. Também era comum os filhos entregarem uma manta aos pais quando estes se tornavam um estorvo para a família, para que eles saíssem de casa e

se entregassem à sua sorte. Conforme esta tradição, os mais idosos se afastavam de suas famílias para morrerem isolados e os seus descendentes não interferiam (Ruesch, 1974).

Outro exemplo refere-se a uma antiga prática hindu; o Sati, que remonta ao Século XVI, na qual as viúvas por força da tradição, questões de honra ou moral, pressão dos familiares ou das leis do país, se autoimolavam, lançando-se na pira funerária junto com o marido morto. A mulher que cometia o Sati era adorada como uma deusa e templos foram construídos em sua memória (Kamat, 1997).

Na antiga sociedade grega pré-cristã, considerada o "berço da filosofia", com o surgimento das cidades (polis) e da concepção de um Estado (cidade-estado) de cunho racional, o indivíduo não detinha a decisão pessoal sobre a sua própria vida, não podendo se suicidar sem a prévia autorização da comunidade. O suicídio não autorizado era considerado uma transgressão, embora em determinadas situações o ato fosse tolerado, chegando, inclusive, a ser considerado um ato de nobreza e coragem, em batalhas, ou como forma de negativa de rendição ou traição ao seu povo ou a sua pátria (Minois, 1998).

Na Antiguidade, os gregos e romanos ainda consideravam que cabia às entidades mitológicas (*moiras*, para os gregos e *parcas*, para os romanos) a tarefa de tecer o fio do destino das pessoas, cortando-o no momento determinado, para o final da vida dos mortais, sem que ninguém pudesse interferir nessa tarefa (Brandão, 1997, Werlang e Asnis, 2004). Como a morte era atribuída a essas entidades, não se concebia a ideia da morte voluntária, pois a decisão de acabar como a vida não pertencia aos seres humanos. Em nenhuma circunstância a morte dependia do homem, e sim das moiras ou parcas (Raupp, 2011). Na época ainda não existia a ideia de religiosidade ou de um Ser Superior, um Deus, a quem caberia a determinação do momento final da vida das pessoas (Werlang e Botega, 2004).

Na Grécia antiga, os grandes filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles são obrigatoriamente lembrados quando se refere à história do suicídio. Foi atribuída a Sócrates a característica de questionador, de indagador, que fazia com que as pessoas, principalmente os jovens, refletissem e tomassem conhecimento do *bem* que os levaria a jamais escolher o *mal* (o ato suicida). Esse filósofo é sempre lembrado por afirmar que nada estava imune à dúvida e só através do conhecimento se chegaria à virtude. Ele foi acusado de desrespeitar as divindades, corromper os jovens, violar as leis, sendo obrigado a suicidar-se ingerindo um veneno (Whelan, 1993, Werlang e Asnis, 2004).

Platão condenava o suicídio, porém concebia a existência de situações em que o ato poderia ser justificado, como nas doenças incuráveis, nos sofrimentos e nas situações de humilhações e misérias (Minois, 1998). As punições e os castigos atribuídos aos suicidas estão relatados nos escritos de Platão. A eles, eram proibidas honras fúnebres, sendo enterrados sem nenhuma marca de respeito, em lugar solitário e sem nome na lápide. Deveriam ter os corpos cremados e a mão direita (mão culpada) cortada e enterrada separadamente, como forma de evitar uma posterior vingança do morto, impedindo que outras pessoas seguissem o mau exemplo, agindo da mesma forma (Dias, 1991, Cassorla, 1992, Werlang e Asnis, 2004). Aristóteles condenava totalmente o ato suicida, adotando uma filosofia ética, menos ascética que a de Platão. Ele considerava o suicídio como um sinal de fraqueza contra a Pátria, um indicativo de abandono e de renúncia aos deveres civis, argumentando que o homem se distingue dos animais pela sua condição de cidadão responsável (Werlang e Asnis, 2004).

A reprovação total ao ato suicida ainda continua ao longo de vários séculos. No período da República Romana, as regras acerca do suicídio eram semelhantes às dos gregos. Ele era reprovado, existindo uma exigência das autoridades na qual o cidadão que tivesse a intenção de se matar submetesse suas razões à decisão do Senado, a quem caberia a palavra final, permitindo ou negando a realização do ato. Posteriormente, sob a influência de algumas correntes filosóficas, e em determinadas circunstâncias, o suicídio passa a ser tolerado, como na defesa da pátria, num ato moral, nas doenças crônicas ou mentais. Nesses casos, o suicídio era considerado como um ato heroico e merecedor de respeito (Dias, 1991, Werlang e Botega, 2004).

Na visão do Cristianismo, o suicídio era um pecado, um ato negativo que infringia o quinto mandamento “não matarás”. A Filosofia Cristã de Santo Agostinho (354-430) considerava a existência humana como uma purificação, afirmando que a dor e o sofrimento seriam uma forma de desafio que a pessoa precisava aceitar. Ele afirmava que ninguém sabe o que significa a morte, pois não há experiência de morte, e, portanto, não há legitimação do suicídio, sendo este considerado um pecado. Santo Agostinho inicia a condenação radical ao suicídio, em seu tratado *A Cidade de Deus*, aprofundando o rigor no cumprimento da doutrina que marca a posição da Igreja (Alvares, 1999). O suicídio fica então proibido em qualquer situação, não existindo justificativa para o ato, nem mesmo para evitar um pecado, pois segundo a sua visão, não se evita um pecado cometendo outro. Para São Thomás de Aquino,

em todo ser humano há um instinto de vida e o suicídio apresentava-se com uma maneira de furtar-se à participação social, considerando que cada pessoa é parte de uma comunidade e que toda parte pertence a um todo. Portanto, matar-se seria uma forma de injustiça contra a comunidade. Ele condenava o suicídio, considerando-o contrário à natureza (Monteiro, 2006). Na sua *Summa Theologica*, São Tomás de Aquino reafirmava a interdição do suicídio e a proibição da sepultura dos suicidas em terras sagradas, retomando as posições, antes adotada por Santo Agostinho. Para Tomás de Aquino, o Homem deve evitar todos os meios que possam levar à privação da vida, tanto da sua como de outra pessoa, considerando a negligência como um pecado (Monteiro, 2006).

Até o século XVI, o suicídio era uma questão religiosa ou filosófica, condenada ou glorificada, dependendo das circunstâncias e conveniências. Há uma mudança com o surgimento do movimento intelectual do Iluminismo, já no final do século XVII e no século XVIII, que se baseava no antropocentrismo (o homem e não Deus como centro), em oposição à ideologia em vigor no período medieval, que era voltada para o teocentrismo (Deus como centro do universo). Os iluministas buscaram esclarecer todas as questões relativas ao homem utilizando a razão, pois acreditavam que todos eram iguais e tinham direito à liberdade de expressão e a escolher e praticar a sua própria religião. A partir daí, a repressão ao suicídio começa a enfraquecer, surgindo o liberalismo e a tolerância. Passa-se então, a entender o suicídio como um ato de infelicidade e alguns filósofos passam a demonstrar certa tolerância, questionando a visão autoritária da sociedade (Alvarez, 1999). O suicídio começa então a ser visto como de caráter estritamente pessoal, proibindo-se as punições e desonra dos familiares, o confisco dos bens e a exclusão da sepultura comum.

Com a Revolução Industrial no século XIX, inicia-se um período de grandes transformações, embora ainda persista um forte traço conservador. Desde então, o suicídio não apresenta mais a conotação de crime ou pecado, não sendo considerado um ato vergonhoso, negado, excluído ou mantido em segredo pela família, mas passando a ser considerado sinal de doença mental (Werlang e Botega, 2004). Inicia-se uma nova visão do suicídio, que passa a ser entendido como objeto da psiquiatria e indicativo de uma doença mental. A contribuição fundamental para esta mudança de paradigma foi o surgimento da escola de psiquiatria de Esquirol (1838), que iniciou o estudo da mente humana, com o intuito de compreender os transtornos mentais. Com uma visão ampliada e comprometida com o trabalho clínico, Esquirol foi um precursor da psiquiatria ao penetrar na mente humana, com o

intuito de compreender os transtornos de humor e a melancolia. Imprimiu alterações expressivas na psiquiatria elevando, a partir daí, os alienados, à condição de homens (Corrêa e Barrero, 2006).

Esquirol (1838) sustentou a tese de que o suicídio oferece todas as características das alienações mentais e que o homem só atenta contra sua vida quando está em delírio (Werlang e Asnis, 2004). Surge então, o interesse da psiquiatria pelo estudo do suicídio, descriminalizando o ato, ao considerar que os suicidas são pessoas alienadas e as tentativas de se matar seriam decorrentes de um desequilíbrio ou uma doença mental. Esquirol imprimiu mudanças expressivas na psiquiatria da época, propôs uma nova sistematização nosográfica e uma diferenciação mais detalhada das síndromes psicopatológicas e do conceito de melancolia (Pessotti, 1999, Pacheco, 2003). A postura da Igreja Católica também se modifica, a partir daí, e o suicídio perde a conotação de pecado, passando a ser considerado como decorrentes de problemas psíquicos (Werlang, 2000).

Ainda, no final daquele século, surge uma nova explicação para o suicídio com o estudo sociológico publicado por Durkheim, em 1897, que considera o suicídio como um fenômeno essencialmente social. Sua principal motivação seria, não somente estudar a especificidade de um fenômeno relevante, mas também comprovar a própria viabilidade de uma ciência social, que naquela época, ainda não havia alcançado o status acadêmico, embora já contasse com certo prestígio no meio científico (Durkheim, 1982).

As grandes catástrofes e as crises entre as nações são destacadas no século XX e neste início do século XXI. Atualmente, a ênfase é na violência entre os povos, gerando causas externas de mortalidade, vitimando populações inteiras, seja através das guerras, dos homicídios, da poluição ambiental, da devastação das florestas e dos mares. O uso intenso das bebidas alcoólicas e das drogas pesadas, que começam a ter maior impacto na vida das famílias, acarretando sofrimento às pessoas, tanto aos próprios usuários, como aos seus familiares, intensifica-se também a partir deste período.

Acrescenta-se aos problemas acima citados, altas taxas de desempregados ou subempregos, o aumento da criminalidade e o abandono das tradições religiosas. Também começam a surgir as doenças decorrentes do processo de modernização, como a disseminação do HIV/AIDS, os vários tipos de câncer, a obesidade, os problemas cardiovasculares, a elevação do número de pessoas com transtornos depressivos. Todos estes fatores estão,

possivelmente, relacionados ao suicídio, na medida em que geram sofrimento e levam ao aumento dos distúrbios psicológicos e psiquiátricos, que são atualmente considerados como os principais Fatores de Risco e estão descritos no Capítulo 2.3.

2.2.2 Aspectos Sociológicos associados ao suicídio

A teoria social de Emile Durkheim, pioneira na abordagem do suicídio, seguindo a vertente social, foi uma das primeiras a buscar explicações para o ato suicida. Sua obra “Le Suicide”, publicada em 1897, apresenta uma análise empírica dos suicídios ocorridos na França, durante o século XIX. A partir dessa obra, uma vasta literatura surgiu e diversos autores se propuseram a explicar os determinantes do suicídio, confirmando ou questionando os pressupostos teóricos apresentados por essa teoria.

A abordagem sociológica de Durkheim (1982) concebe o suicídio como um fato social, desconsiderando os processos individuais e mentais que se situam no campo da psicologia e das patologias. Seus estudos e postulados procuraram dar uma visão essencialmente sociológica ao suicídio, alegando que suas causas estão muitas mais ligadas à socialização e às suas consequências do que aos fatores individuais. Para Durkheim, todo o comportamento humano, desde o sentir, o pensar, o agir, seria determinado pela sociedade, afirmando ser impossível separar o indivíduo dos grupos e da sociedade na qual ele está inserido.

Segundo a visão clássica desse autor, o suicídio se define como um evento social, inserido em um contexto econômico e cultural, onde a intenção do indivíduo é a base. A definição durkheimiana para o suicídio considera: *“todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, sabedora de que deveria produzir esse resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte”* (Durkheim, 2004, p.14).

A teoria de Durkheim propõe a existência de diferentes tipos de suicídios, valorizando a existência de causas sociais diferentes. O autoextermínio, que resulta de um processo de excessiva individualização, seria motivado por um isolamento exagerado do indivíduo em relação à sociedade que o transforma em um solitário, um marginalizado, sem laços sólidos com o grupo social, seria o **suicídio egoísta**. Ao contrário, o **suicídio altruísta** se liga a uma

valorização dos interesses coletivos em detrimento dos valores individuais, onde indivíduo está demasiadamente ligado à sociedade, desligando-se de sua individualidade. O outro tipo, o **suicídio anômico** associa-se às perdas e transformações socioeconômicas, ao rompimento dos limites e normas sociais de segurança, estabilidade e de amparo que garantem o ordenamento da sociedade. Neste tipo, estão aquelas pessoas que aspiram mais do que podem alcançar, que apresentam demandas muito acima de suas possibilidades reais e, por isto, acabam caindo em desespero (Durkheim, 1982).

Na visão durkheimiana, tanto o suicídio egoísta como o altruísta poderia ser considerado como sintomático da maneira como o indivíduo se insere na sociedade. Estes comportamentos, enquanto fatos sociais, segundo Durkheim (1982), estão baseados no nível de desequilíbrio que se verifica entre duas forças sociais: *a integração social*, como as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo, e *a regulação moral*, incluindo os requisitos normativos ou morais exigidos para que um indivíduo faça parte de um determinado grupo.

Em suma, a teoria durkheimiana exprime uma tendência para o suicídio que afeta coletivamente cada sociedade, afirmando que todas as sociedades estão predispostas a fornecer um determinado contingente de mortes voluntárias e que esta mesma sociedade também exerce papel fundamental na construção do indivíduo. Fatores sociais como a família, a escola, os grupos sociais e os amigos exercem influência nos episódios suicidas, tanto para que o ato suicida ocorra, quanto para a tentativa de sua evitação (Durkheim, 1982).

Um aspecto relevante dos estudos e postulados da teoria de Durkheim foi iniciar o uso dos “dados estatísticos de Morselli”. Ele comparou as taxas de suicídios de diversos países, considerando a religião predominante em cada um deles, e encontrou maior incidência de suicídios entre os países protestantes, em relação aos de maioria católica, maior número de suicídios entre os países católicos do que entre os de predominância judaica (Durkheim, 1982).

Segundo Meleiro et al (2004), maiores taxas de suicídios entre protestantes em relação a católicos, muçulmanos e judeus, também foram encontrados em alguns trabalhos realizados recentemente, corroborando esta visão de Durkheim, sobre a influência da religião nos suicídios. Observou-se ainda, que os maiores índices de suicídios ocorriam entre o sexo masculino e que os solteiros suicidavam-se mais do que os casados. Essa tendência ainda permanece nas pesquisas atuais (Werlang e Botega, 2004).

Esta visão sociológica é reafirmada na atualidade por Gonçalves (2011), ao considerar que o estudo do conjunto dos suicídios cometidos em determinada sociedade, durante dada unidade de tempo, tem natureza própria e é totalmente voltada para o social. Ao analisar os suicídios dentro de uma perspectiva socioeconômica, Loureiro (2010) encontra uma linha comum entre diversos estudos, isto é, o fato das taxas de homicídios, normalmente refletirem realidades amplas e específicas de cada sociedade, enquanto a incidência de mortes por suicídio costuma ser constante, acompanhando a eclosão dos principais fatores econômicos.

2.2.3 - Aspectos Psicológicos associados ao suicídio e às diferentes Escolas

O ato suicida é um tema de interesse para vários estudos nas mais diversas áreas do conhecimento, um fenômeno exclusivamente humano, que ocorre em todas as culturas e um desafio para as ciências que tem o comportamento como seu objeto de estudo. O caráter multidimensional desta ação letal é indiscutível e múltiplos estudos foram promovidos, objetivando não só a sua compreensão, mas, também, a identificação de subsídios efetivos para sua prevenção (Asnis, 2007).

O ato extremo de por fim a própria vida sugere sempre um componente de agressividade, que pode ser compreendido como um aspecto destrutivo do funcionamento instintivo, ou um ato de ódio e violência que se volta contra a própria pessoa. Como não encontra alternativa, o indivíduo busca no suicídio uma resolução para as suas angústias. Entretanto, segundo Cassorla (1992), o suicida não está querendo necessariamente matar-se, mas apenas eliminar a parte de si que ele não aceita, ou que está sofrendo. Na verdade, não é a morte que ele procura, mas outra vida, a qual imagina livre dos sofrimentos. Ao tentar resolver esta situação, acaba matando-se por inteiro.

2.2.3.1 Psicanálise

As teorias psicológicas baseadas nas doutrinas de Freud constituem um insubstituível corpo de conceitos e hipóteses que podem ser consideradas essenciais para a compreensão do comportamento humano e, conseqüentemente, de suas patologias. Os seus principais conceitos, tais como conflitos, motivação, inconsciente, resistências, transferências,

associações livres e o papel dos sonhos são considerados como pilares para o trabalho terapêutico.

A abordagem freudiana atribui as causas do suicídio a depressões derivadas de estados emocionais de agressividade, medo, culpa, frustração e vingança, ocupando-se, também, do estudo da constituição do sujeito, a partir das suas primeiras relações de objeto mãe/filho dentro do seu contexto familiar, o que possibilita mais de uma leitura sobre o ato suicida. Mais recentemente, as interações sociais se incorporaram ao contexto psicanalítico, no intuito de compreender as motivações humanas através dos processos psíquicos mais complexos.

No contexto psicanalítico, o suicídio pode ser compreendido como uma forma de autopunição, no qual está localizado um grande sentimento de culpa, que espera seja redimida pelo ato suicida. A teoria concebeu a existência de dois instintos básicos: o instinto ou pulsão de vida (Eros) o amor e o instinto ou pulsão de morte (Tanatos) o destrutivo. A Psicanálise considera um modelo, segundo o qual, a pulsão que tem como meta a preservação da vida e cujos investimentos se dariam no território de Eros, se contrapõe à pulsão de morte, à força contrária que operaria de forma agressiva e destrutiva, visando reconduzir o ser vivo de volta ao estado primitivo e inorgânico (Freud 1940[1938]1969c).

Na verdade, o funcionamento psíquico se compõe desses dois instintos, da luta entre Eros, o instinto de preservação, que leva ao crescimento, ao desenvolvimento, à reprodução e à ampliação da vida e Tanatos, o instinto de morte, que está presente em todos e luta para fazer o organismo voltar ao estado de inércia. Dessa forma, a vida, nas suas várias fases de desenvolvimento e involução, até à morte, seria uma interação desses dois instintos (Cassorla, 1992).

Para a Psicanálise, o suicídio está relacionado a uma escolha do próprio indivíduo, a uma associação entre determinados fatores psíquicos e a um processo de angústia. O ato representaria as pulsões de agressão e destrutividade, derivadas da pulsão de morte, originalmente dirigidas contra outras pessoas, que acabam, neste caso, transformando-se em uma autopunição ao se voltar contra a própria pessoa, numa dinâmica que se torna evidente na melancolia. A agressividade, se não neutralizada ou dirigida pelo instinto de vida, se torna insuportável, passando a se manifestar para fora ou para dentro do indivíduo, ou da sociedade (Freud 1940[1938]1969c).

Na obra *Luto e Melancolia* (1917[1915]1974a) Freud afirmou que o indivíduo só seria capaz de atentar contra a própria vida se renunciasse à autopreservação, e que o narcisismo deveria ser considerado como um dos fatores desencadeantes do ato. Outros dois aspectos básicos, que devem ser considerados, na tentativa de compreender esse processo estão representados pela estrutura da psique e a questão do sadismo e do masoquismo, ambos ligados à pulsão de morte. Do ponto de vista da Psicanálise, este texto é o que fornece os melhores elementos para a compreensão da mente suicida.

O suicídio do melancólico ou suas tendências autodestrutivas seriam decorrentes da agressão aos objetos introjetados, sugerindo que, de alguma forma, a melancolia esteja relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, contrapondo-se ao luto, no qual a perda se apresenta de forma consciente. Os traços mentais do melancólico se distinguem pelo penoso e profundo desânimo, comprometimento da capacidade de amar, inibição de todas as atividades, falta de interesse pelo mundo exterior, baixa autoestima, autodepreciação, necessidade de autopunição, sentimentos ambivalentes de amor e ódio, inibição de toda e qualquer atividade, culminando em uma expectativa delirante de punição (Freud 1917[1915]1974a).

Nas situações de luto verificam-se graves situações de afastamentos daquilo que se constituiu em atitude normal para a vida. A reação à perda envolve situações de afastamentos, como a perda de um ente querido, da liberdade ou do ideal, entre outras várias situações que podem desencadear um processo de luto. A dor e a tristeza das pessoas enlutadas são causadas pelo sofrimento da perda real, a pessoa precisando encontrar uma maneira de retirar suas cargas libidinais, ou seja, seus afetos, das diversas representações intrapsíquicas do objeto perdido. O trabalho do luto é penoso e pressupõe grande esforço, em razão da inércia psíquica (Freitas 2000).

A tentativa de suicídio, na visão psicanalítica, assinala um sofrimento psíquico insuportável, em que o gesto suicida apaga todos os pensamentos, emoções e angústias que torturam o sujeito. Pode ser considerada como uma tentativa de restaurar o amor-próprio e é mobilizada por sentimentos de onipotência sobre si mesmo (Freud, 1922[1920]1976a).

Nos diversos casos clínicos relatados por Freud, em toda a sua obra, várias situações se associam de forma direta ou indireta aos suicídios. Embora não exista um interesse direto pelo aprofundamento do tema, no acompanhamento da obra se observa na análise de alguns

casos clínicos, que Freud se ocupou do mesmo, na tentativa de compreender o processo do luto e os aspectos mais destrutivos do dualismo pulsional. Pode-se dizer, que à medida que desenvolvia sua teoria, ele foi percebendo a necessidade de um maior aprofundamento para os aspectos mais destrutivos do funcionamento instintivo (Werlang, 2000). Nos relatos dos casos, o autor apresentou diferentes manifestações de desejo suicida e procurou associá-las aos sintomas apresentados pelos pacientes.

No primeiro relato “Fragmentos da análise de um caso de Histeria”, que foi publicado em 1905 (embora seja do ano de 1901), o “Caso Dora” apresenta um importante relato de sintomas histéricos. Dora, uma jovem de 18 anos, foi encaminhada a Freud por seu pai, que já havia sido paciente de Freud anteriormente. Sua doença se caracterizava por “*um desânimo e uma alteração do caráter*”, associados com demonstrações de insatisfação e pouco contato social. Durante o período em que foi tratada, a moça chegou a uma suposta intenção suicida. Ela deixou uma carta de despedida aos pais, onde afirmava “*não mais suportar a vida*”. Segundo Freud, ela apresentava uma ideação suicida, que foi interpretada como uma simulação, com o propósito de assustar os pais e de interferir em um relacionamento amoroso do pai com uma amiga da família (Freud, 1905 [1901]1989).

O caso clínico conhecido por “*O Homem dos Ratos*” (Notas sobre um caso de neurose obsessiva) de 1909 é considerado como uma das mais significativas contribuições da psicanálise freudiana ao saber psicopatológico, pois, com ele, Freud (1909, 1969b) introduziu a categoria nosográfica, a que denominou “neurose obsessiva compulsiva”. Nesse caso, também identificou fantasias suicidas ligadas ao desejo relatado pelo paciente de cortar a própria garganta. O relato apresenta a história de Ernest, um homem que seguiu a carreira militar, repetindo a escolha profissional de seu pai. Os problemas de Ernest surgiram a partir de 1901 quando começou a ser dominado por estranhas obsessões sexuais e mórbidas: passou a frequentar funerais sentindo prazer com os ritos de morte e adquiriu hábitos estranhos, e fantasias suicidas. Ernest tinha aversão a ratos e após ouvir, de um capitão, adepto de castigos corporais, a narrativa de uma tortura oriental, que usava ratos como instrumento, passou a apresentar complicações ainda maiores.

Outro relato importante, o “Caso Schreber” sempre ocupou um lugar de destaque na história da Psicanálise. O paciente era de uma família protestante burguesa, filho de um importante médico e educador. Tinha um irmão que se suicidou com um tiro, aos 38 anos de idade (sofria de uma psicose evolutiva) e uma irmã, que morreu como doente mental. Ele era

um intelectual, doutor em Direito e juiz. Freud nunca esteve com Schreber e só o conheceu através do livro que este publicou em 1903 "Memórias de um doente dos nervos", utilizando-se dessa obra para realizar a sua análise, por meio das memórias autobiográficas apresentadas no livro. Schreber teria chegado a desejar a morte, além de ter tentado o suicídio (Freud, 1913[1911]1969a).

Na sua obra, Freud abordou o tema do suicídio de uma forma mais explícita, ao descrever detalhadamente uma tentativa de suicídio de uma jovem de 18 anos, que mantinha uma relação íntima com uma mulher dez anos mais velha (uma dama da sociedade). A tentativa de suicídio da jovem aconteceu após um pequeno incidente e se vincula a sentimentos de culpa e de castigo. Ela e a dama passeavam na rua e encontraram o pai da jovem. O encontro gera uma reação de ira do pai e uma reação enfurecida da dama, que decide pelo término do caso entre as duas. Em desespero, a jovem corre em direção à linha do trem e, com esta atitude acaba comovendo a dama com uma “prova tão inequívoca de séria paixão” e seus pais reconheceram a impossibilidade de impedir o relacionamento entre as duas, optando por buscar a ajuda e orientação de Freud, a quem confiam o caso (Freud, 1920, 1976b).

Ao analisar esse caso de homossexualidade feminina, por volta de 1920, Freud expressa a ideia de que a energia investida na tentativa de acabar com a própria vida se vincula ao desejo de eliminar um objeto, com o qual já se identificou, e ao mesmo tempo, com o retorno contra si mesmo de um desejo de morte, que anteriormente era dirigido para outra pessoa (Freud, 1920, 1976b).

Como já foi dito, Freud não se dedicou especificamente ao estudo do suicídio, considerando apenas, em sua teoria, o sentimento que se adota em relação à morte. No texto “Nossa atitude para com a morte” (1915, 1974b), argumenta que, embora naturalmente preparado para sustentar que a morte era o resultado necessário à vida, um processo natural, inegável e inevitável, o ser humano revela uma tendência natural ao negá-la, procurando maneiras de silenciar a realidade. Ele conclui que, de fato, é impossível imaginar a própria morte, e assim, a escola psicanalítica crê que no inconsciente, todos estão convencidos da própria imortalidade. Esta visão freudiana explicaria, em parte, a afirmação de que a intenção do suicida é matar ou eliminar apenas a vivência dolorosa, ou seja, apenas eliminar o sofrimento e as angústias. Seu objetivo não é a morte. Cassorla (1992) afirma que o ato suicida seria a tentativa de encontrar outra forma de vida, uma maneira eficaz de reduzir a

angústia, portanto, o ato suicida seria na verdade, uma tentativa de extinção do sofrimento e não a busca da morte.

2.2.3.2 Teorias Humanistas Existencialistas

As correntes humanistas existenciais abordam o suicídio dentro de uma perspectiva que engloba as condições existenciais do indivíduo, reconhecendo a importância de compreender a existência em sua totalidade, respeitando o homem como alguém possuidor de sentimentos, sensações e emoções.

Os seus pressupostos teóricos consideram a pessoa humana como a medida de si mesma. Ela sabe o que é o que quer e para onde pretende ir. A pessoa é fundamentalmente livre e responsável, e tem o poder interno de fazer suas escolhas e suas opções preferenciais ao longo da sua vida (Ribeiro, 1997).

As orientações existenciais e fenomenológicas são formas de abordagens humanistas, e colocam o ser humano como centro e medida do processo vivencial, considerando que nele se encontram as fontes e forças mais relevantes para a sua construção, como sujeito da sua transformação e aperfeiçoamento. Estas abordagens põem em questão o próprio modo de ser do homem e a sua busca pela compreensão do “ser” e do “existir”. Desse modo, a vida é um processo constante de transformação e, enquanto viver, é preciso conhecer, compreender a existência em sua totalidade e resolver suas “crises existenciais”. O homem precisa tomar consciência de que, somente a ele pertence a possibilidade de “fazer-se” ou “desfazer-se”, como uma obra que precisa ser completada (Rudio, 1998).

Por ter que “ser-no-mundo”, o indivíduo se vê “condenado” a cuidar-se, a tomar decisões em busca de “ser” ou de “não-ser” como alternativas básicas da existência. Por ser o próprio “ser” das possibilidades, o “dasein” (condição de ser do indivíduo que possui inúmeras possibilidades) escolhe, mas não há caminhos certos, existem diferentes caminhos a serem escolhidos e esses caminhos são “construídos” pelo próprio sujeito em seu caminhar (Heidegger 1987).

O mesmo autor considera que essa condição, embora libertadora, torna o viver humano constantemente angustiado, por causa da difícil tarefa de ser imerso sempre em inúmeras possibilidades e afirma, ainda que, quando o homem olha para o futuro, ele vislumbra a única possibilidade que é certa: a possibilidade de “não-mais-ser-aí”. Dessa

forma, o “não-ser” passa a ser parte importante da constituição do indivíduo, enquanto o “ser-aí” passa a adquirir presente, passado e futuro e a fazer sua história (Heidegger 1987).

Com base nos pressupostos heideggerianos, considera-se que o homem deva refletir acerca do sentido de sua vida, ou do sentido que lhe foge, para adquirir um modo de viver mais “apropriado” e mais “autêntico”. Nessa visão, os momentos de confronto só estabeleceriam o desejo de viver, quando ajudassem a pessoa a ver um sentido maior em seu sofrimento. Porém, a morte não é só um limite colocado num horizonte marcado e distante, ela pode acontecer a qualquer instante. Quando o homem nasce, ele já está sujeito e predestinado a morrer (Heidegger 1987).

2.2.3.3 Teoria Cognitivo-Comportamental

Dentro dos pressupostos teóricos e epistemológicos da teoria comportamental, é possível identificar mecanismos de compreensão dos mais diferentes fenômenos psicossociais. Segundo Skinner (1998), a ciência do comportamento tem como interesse principal analisar as causas, buscando entender as diferentes maneiras do comportamento dos homens, incluindo-se o comportamento suicida e os aspectos a ele relacionados.

Por acreditar que o comportamento se desenvolve em uma relação funcional, a teoria comportamental não trabalha com categorias, e sim com a compreensão de que um comportamento se dá na análise funcional (Skinner, 1998).

Do ponto de vista funcional, a análise do comportamento estaria influenciada por uma série de contingências, os estímulos que agem sobre o comportamento. O estímulo positivo (reforço positivo) que aumenta a probabilidade futura de emissão da resposta que o antecedeu e o estímulo punitivo (reforço negativo) que diminui a probabilidade futura de ocorrência da resposta (Skinner, 1998).

A análise comportamental subdivide o comportamento em três dimensões, que considera como fortemente influente: os aspectos fisiológicos que constituem o contexto biológico do indivíduo, os aspectos ontogenéticos que dizem respeito à história individual de cada sujeito e os aspectos culturais que se referem ao ambiente social, ao meio em que o indivíduo se encontra. Assim, na análise funcional do comportamento suicida, acredita-se que a história individual de cada sujeito tem uma forte determinação no seu repertório

comportamental presente, principalmente, se a ele estiver associado à análise desses aspectos (Skinner,1998).

Segundo Leader (2011), essa teoria não se preocupa com a sexualidade e, as violências localizadas na vida das pessoas são consideradas como erros de aprendizagem, em vez de impulsos primários e fundamentais. Os sintomas apresentados não são considerados como indicadores de uma verdade, mas, ao contrário, são vistos como erros a serem evitados por meio da modelagem.

Nessa teoria, o suicídio é considerado uma fuga das necessidades e da coação repentinamente esmagadora, ou de uma vida dominada por reforçamento negativo e punição (Sidman, 1995). Assim, pode-se compreender o comportamento suicida como uma categoria comportamental, dotada de especificidade e constituída pelas diversas instâncias contingenciais, que através de determinados estímulos discriminativos, modelam o comportamento suicida, no qual preponderam os estímulos de punição e o reforço negativo.

Atualmente, a visão predominante nas diversas abordagens psicológicas do suicídio é de um problema de saúde pública, responsável por um grande sofrimento psíquico. O principal foco de atuação dos Serviços de Saúde, com relação a este agravo, deve ser o trabalho de prevenção, além da intervenção nas crises. A identificação dos fatores de risco associados aos atos suicida, bem como as dificuldades em lidar com os eventos estressores, o impacto dos transtornos mentais e os fatores que poderiam atuar como uma proteção para novas tentativas precisam ser os aspectos de relevância para as novas pesquisas na área da psicologia.

2.3 Fatores de risco e de proteção associados ao suicídio

Os fatores de risco e de proteção dos suicídios são múltiplos e de interação complexa. Entretanto, estudos recentes apresentam indicativos de que a prevenção e o tratamento adequado de determinados comportamentos podem reduzir os riscos, tanto dos suicídios como das tentativas de suicídio.

A prevenção deste agravo tem por principal objetivo poupar vidas, minimizar o sofrimento das pessoas e, para isto, apoia-se na identificação e caracterização dos fatores de risco e de proteção. Tanto em nível individual como em nível coletivo a prevenção se caracteriza, principalmente, pelo reforço dos fatores de proteção e a diminuição dos fatores de risco (Botega et al, 2006).

2.3.1 Fatores de Risco

Os fatores de risco para o suicídio têm merecido maior interesse dos pesquisadores e referem-se à existência de indicadores clínicos, sociais, culturais e psicossociais associados ao aumento do potencial suicida. O conhecimento dos fatores associados ao agravo e de suas taxas de incidência possibilita o delineamento de estratégias de prevenção, além do trabalho de intervenções nas crises (Prieto e Tavares, 2005).

Entretanto, para que o trabalho preventivo seja eficaz, torna-se necessário o conhecimento dos indicadores clínicos associados ao ato suicida. Os que mais se destacam são: história anterior de tentativas de suicídio não fatais, perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade impulsiva e agressiva, sentimentos intensos de desesperança, certos tipos de transtornos mentais (como depressão e alcoolismo) e algumas condições clínicas tais como doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas e HIV/AIDS (Prieto 2002, WHO 2003).

Os fatores socioeconômicos como mudanças de cidade, de condição social e a privação de certos bens básicos são também condições que afetam a saúde, constituindo-se em importantes fatores de risco para os eventos suicidas. A OMS, em seu Relatório sobre

Saúde de 2002, reconhece a importância dos fatores socioeconômicos, quando define saúde “*não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social*”. Também, dentro dessa visão global, Scliar (2007) formulou um conceito de saúde que reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e considera as concepções religiosas, filosóficas e científicas e conclui que o conceito de saúde não é o mesmo para todas as pessoas, mas depende da época, do lugar, da classe social e dos valores individuais de cada um.

Devemos considerar ainda, os fatores sociodemográficos, como o gênero masculino, com maior propensão ao suicídio, aqueles que se encontram na faixa etária entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, bem como os residentes em áreas urbanas, os aposentados e os desempregados (Viana, 2008), principalmente, os que perderam o emprego recentemente (Meneghel et al, 2004) ou pertencem aos estratos econômicos extremos (os muito ricos ou muito pobres), além da ausência de uma religião definida. Encontram-se ainda, em maior risco, os indivíduos solteiros, separados e viúvos (WHO, 2003).

A situação profissional e o desemprego podem desencadear o suicídio, como afirmam Kapczinshi et al (2001). Embora o estabelecimento de uma relação entre suicídio e renda/emprego seja relativamente recente, vários estudos, independentemente da linha de investigação, indicam uma significativa associação entre suicídio e as variáveis econômicas (Loureiro, 2010). No entanto, o impacto causado pelas condições desfavoráveis de trabalho, pelas perdas financeiras, ou pelo desemprego está relacionado à saúde das pessoas, na medida em que gera conflitos ou desencadeia transtornos psiquiátricos, que podem conduzir ao ato de autoextermínio.

O estresse no ambiente do trabalho, gerado principalmente pelas precárias condições de trabalho e pela pressão por metas e/ou produtividade, jornadas prolongadas e os novos modelos de gestão nas empresas, entre tantos outros, contribuem para o aumento na incidência de distúrbios psiquiátricos que incapacitam o trabalhador ou pode levá-lo ao suicídio, nos casos mais graves. Este problema foi discutido em um estudo de Santos et al (2010), que aborda as dificuldades dos bancários no contexto das reestruturações produtivas que se iniciaram na década passada e que ainda continuam a submeter os empregados dos bancos a condições desumanas nas relações de trabalho e exigindo elevadas metas de desempenho.

Ainda, se associam ao evento, as situações de crise econômica e os fracassos no desempenho do homem como provedor da família, que podem levar a atritos e à exacerbação do consumo de álcool e drogas, até à dissolução familiar (Marin-Leon e Barros, 2003), além de mudanças de condição socioeconômica e a migração (Schmitt, 2008), com a presença de conflitos subjetivos relacionados à identidade cultural, entre outros.

Especialmente para os adolescentes são apontados, como fatores de risco, as brigas entre os pais, a solidão e a traição de amigos e namorados que se afiguram comuns a todos os grupos (Benincasa e Rezende, 2006). Em um estudo realizado em Brasília (DF), por Prieto (2002), entre adolescentes e jovens com história de tentativa de suicídio recente, foi detectada a elevada importância dos eventos estressores na história de desenvolvimento desses indivíduos. As experiências estressoras caracterizaram-se por uma infância marcada pela presença de indicativos de negligência emocional, violência física, verbal ou sexual intrafamiliar. No mesmo estudo, os eventos que assumiram a função de precipitadores do comportamento suicida foram os conflitos relacionais graves e as separações recentes, além de história de abuso sexual na infância, que também estão associadas à elevação no risco de comportamentos suicidas na fase adulta.

Estudo realizado por Miotto (1994) procurou analisar os sentimentos dos familiares diante do adolescente que tentou o suicídio, buscando entender a dinâmica e a estrutura familiar desses adolescentes tentadores e sua ligação com o ato. A conclusão é que a tentativa de suicídio no adolescente pode ser interpretada como uma forma de expressão dos conflitos familiares acumulados ao longo de uma infância comprometida. Normalmente, esses conflitos se agravam na adolescência e acabam sendo expressos pelo desejo de morte. Este desejo é atuado pelo jovem num momento marcado pelo desespero e desesperança, não só do próprio jovem, mas também de sua família. Nessa perspectiva, a tentativa de suicídio é entendida como um sentimento que subjaz às relações familiares, fazendo parte de uma estrutura inconsciente.

Em estudo sobre a prevalência e os fatores associados ao planejamento suicida entre adolescentes escolares, Baggio et al (2009) observaram que relatos de solidão e de tristeza representaram cerca de três vezes mais planejamento suicida em relação aos que não referiram esses sentimentos. Da mesma forma, aqueles adolescentes que referiram ser agredidos pelos pais ou responsáveis e os que faltaram às aulas sem o conhecimento e a permissão deles

apresentaram uma prevalência, quase nos mesmos índices de suicídios (2,7 vezes maior), do que os demais.

Como já foi dito, outro fator importante relacionado ao suicídio se liga à história de abuso sexual na infância, uma vez que existe uma forte associação entre a elevação no risco de comportamentos suicidas na fase adulta e a violência sexual sofrida nos anos iniciais da vida (Prieto, 2002). E, quando este tipo de violência se liga ao abuso físico, os riscos são ainda mais elevados (Chachamovich et al 2009).

Para a população idosa são apontados como fatores de risco: o isolamento social, introspecção, o luto, a perda de independência financeira, o uso de álcool e outras drogas, os processos depressivos e as doenças físicas incapacitantes (Hawton e Heeringer, 2009). Ainda, em relação à população idosa, Conwell et al (2002) considera que existem diferenças entre os fatores de risco para os idosos jovens (faixa de 60 anos) daqueles que se encontram nas faixas etárias mais avançadas (faixa dos 85 anos). As tentativas prévias de suicídio na população idosa representam um importante fator de risco, tendo em vista que nesta faixa etária a relação entre tentativas e suicídios consumados é, de no máximo, três tentativas para cada óbito consumado, enquanto na população geral a média fica entre 10 a 20 tentativas para cada suicídio exitoso (Prieto e Tavares, 2005, Botega et al, 2006, Macente et al, 2009).

Os esforços de prevenção, independentemente do nível de intervenção, apoiam-se necessariamente na compreensão destes fatores e na adoção de medidas estratégicas, que estão distribuídas em três níveis de atuação: primária, secundária e terciária e se destinam a públicos distintos que se encontram em situações diferentes.

Na **prevenção primária**, as intervenções são educativas e estão voltadas às comunidades em geral, às famílias e à escola. Seu objetivo principal é evitar o aparecimento dos riscos, por meio de informações, orientações e conscientizações acerca das dificuldades e perigos diretamente relacionadas ao tema. As pesquisas demonstram que as intervenções baseadas no fortalecimento da autoestima, no desenvolvimento de aptidões para enfrentar a vida e em um processo sadio de tomada de decisões reduzem o risco de suicídio, principalmente entre os jovens.

Há também, como medida preventiva, a necessidade de se restringir o acesso a métodos letais, como armas, pesticidas, medicamentos e lugares altos (OMS, 2000). Estudos

têm demonstrado que o risco de suicídio é cinco vezes maior em residências onde existem armas de fogo. Este risco se afigura de forma preocupante, inclusive para os profissionais que tem acessibilidade a métodos letais, como os policiais e militares que normalmente conduzem armas como objeto de trabalho (OMS, 2000, Brasil MS/OPAS, 2009). Outra categoria que apresenta elevado risco são os profissionais da área da saúde, como médicos, estudantes de medicina, dentistas e enfermeiros, que dispõem de uma grande quantidade de medicamentos e drogas ao seu alcance e, diante da perda das condições idealizadas e da ansiedade pelo temor em falhar, podem adotar o suicídio como uma maneira de eliminar seus problemas (Meleiro, 1998). Ainda, as pessoas que trabalham ou residem em fazendas onde geralmente encontram grande quantidade de defensivos agrícolas estão, também, mais vulneráveis aos riscos (Tavares, Montenegro e Prieto, 2004).

A atuação em nível de **prevenção secundária** é necessária nas situações em que já existe um risco configurado, no sentido de atuar em uma situação concreta que necessita de uma intervenção objetiva para minimizar o impacto de fatores de risco reconhecidos, buscando aumentar a influência de características de proteção relevantes (OMS, 2002). Reconhecer, orientar e encaminhar adequadamente as pessoas que apresentam sofrimento ou transtornos mentais seria uma forma importante de atuar neste nível de prevenção.

Entende-se como **prevenção terciária**, a atuação voltada à intervenção em uma condição ou um quadro mórbido (médico ou psicológico) já instalado. A atuação neste nível requer profissionais especializados e com foco direcionado para o indivíduo que desencadeou a situação (Tavares, Montenegro e Prieto, 2004).

As experiências adversas na história de vida das pessoas, marcadas pelos atos de autoextermínio, apontam para a presença de fatores estressores. Estes seriam os fatos ou circunstâncias que precipitariam ou desencadeariam o ato autoagressivo (Werlang, 2000).

2.3.2 Fatores de Proteção

A prevenção do comportamento suicida fundamenta-se na identificação de fatores de risco e em uma caracterização atenta da parcela da população que manifesta ideação suicida, o que pode revelar especificidades que refinem o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil (Silva et al, 2006).

As pesquisas têm demonstrado que conhecer os principais fatores de risco do suicídio pode atuar como uma forma importante de prevenção. Entretanto, para Silva et al (2006), além da compreensão destes fatores, os esforços de prevenção necessitam de uma caracterização atenta da população que manifesta ideação suicida, o que vai permitir trabalhar com as especificidades, potencializando a capacidade de diagnosticar e agir rapidamente e de forma preventiva ou curativa. A abordagem epidemiológica tem buscado caracterizar o perfil dessas vítimas e as circunstâncias do evento, considerando que estes são requisitos imprescindíveis para que os programas, a serem postos em prática para a sua prevenção, sejam adequados à população mais vulnerável (Mello-Jorge, 2002).

Estudos apontam algumas características que podem funcionar como fatores de proteção para o comportamento suicida, destacando aspectos psicológicos, socioeconômicos, além da religiosidade. Consideram-se como mais protegidos, os casados ou pessoas com companheiros fixos, e os que estão integrados em um grupo ou comunidade. Ainda, ter bons vínculos afetivos e possuir sentimentos de ser importante ou estar ligado de alguma forma a outras pessoas, auxilia na proteção. Determinados aspectos socioculturais também podem funcionar como fatores de proteção do suicídio, tais como a valorização da família, a proibição ao uso de álcool e drogas e o respeito aos valores éticos e morais (Botega et al, 2006).

Para os adolescentes, os fatores de proteção estão ligados, principalmente, aos padrões familiares: personalidade e estilo cognitivo, como habilidades e relações sociais satisfatórias, autoestima, confiança em si mesmo e capacidade de procurar ajuda quando surgem as dificuldades (OMS, 2000).

Para as mulheres, a gravidez e a maternidade, especialmente na fase em que os filhos são pequenos e mais dependem dela, pode ser um importante fator de proteção. Para os homens, os principais fatores de proteção estão ligados à capacidade de atuarem como provedores da família, ao sentirem-se produtivos e integrados por meio de seu trabalho (Botega et al, 2006).

Também se considera que os órgãos de comunicação social podem ajudar na prevenção, na medida em que limitarem a apresentação gráfica e desnecessária dos suicídios e ao evitarem as notícias sensacionalistas sobre estes eventos. Em muitos países, a ocorrência de um declínio nos índices de suicídio coincidiu com a concordância dos órgãos de

comunicação em minimizar a divulgação de notícias de suicídios e em seguir as diretrizes propostas, concluindo-se que a forma como as notícias são apresentadas ou o sensacionalismo sobre os casos de suicídio podem levar à imitação, em indivíduos vulneráveis (WHO, 2002, ABP, 2009).

Na atualidade, um setor importante e que necessita de regulamentação diz respeito ao desenvolvimento tecnológico e ao avanço dos meios eletrônicos de comunicação. Estes meios de comunicação permitem acesso livre e divulgam, sem o menor critério de seleção, informações sobre meios de autoextermínio. Na Internet, existem “sítios eletrônicos” que descrevem métodos de morte e mostram cenas de pessoas famosas ou anônimas, no momento em que realizavam o ato suicida. Outros falam de pessoas que fugiram dos métodos mais comuns e adotaram meios inusitados. Encontram-se, também “sítios” de incentivo aos atos de autoextermínio, que colaboram para o aumento dos índices de suicídio, na medida em que fornecem orientações, inclusive para a escolha do método mais adequado para o autoextermínio, além de oferecerem explicações detalhadas, inclusive com imagens dos atos suicidas. A influência da Internet no comportamento suicida começa a merecer o interesse dos estudiosos da área, e pesquisas recentes já podem ser encontradas na literatura sobre o tema (Biddle et al, 2008, Biddle et al, 2012).

2.4 Autópsias psicológicas

As ciências do comportamento ocupam lugar de destaque na tentativa de compreender a relação do homem com a vida e a morte. Entender que a morte faz parte do ciclo da vida e, que o modo de morrer é em parte uma maneira da vida, representa um dos maiores enigmas desta busca, um esforço relativamente recente e que direciona o enfoque científico na tentativa de compreensão, predição e controle do funcionamento humano e da saúde mental (Farberow e Shneidman, 1969). O método que recebeu a denominação de autópsia psicológica configura-se em um importante instrumento para a investigação retrospectiva. Atuando do ponto de vista científico e clínico na elucidação dos casos em que a determinação da causa da morte não ficou totalmente esclarecida (Cavalcante et al, 2012), procura identificar e explicar a natureza psicológica da intenção suicida e da motivação do sujeito.

A autópsia psicológica deve ser utilizada em casos onde há dúvidas sobre as circunstâncias de uma morte, quando se necessita reconstruir o perfil psicológico e

psiquiátrico ou as características pessoais dos indivíduos que se suicidaram, auxiliando no entendimento e determinação dos fatores que se relacionam, de alguma forma, aos atos consumados ou às suas tentativas. Permitem entender a motivação envolvida nesses atos e orientar os familiares (Werlang, 2000).

Fundamentada na reconstrução da história de vida e da personalidade da pessoa por meio de entrevistas retrospectivas, na análise de documentos e objetos pessoais e das pistas que foram deixadas ou das informações obtidas dos entrevistados, permite, em decorrência dessas análises, o esclarecimento das dúvidas sobre as circunstâncias do ato suicida, além de servir como forma de minorar o sofrimento dos sobreviventes, na medida em que pode explicar ou esclarecer situações de dúvidas ou conflitos familiares (Werlang e Sperb, 2004).

Os principais critérios que nortearam a compreensão desse ato foram desenvolvidos nos Estados Unidos, no final da década 1950, por Shneidman (1981a). O objetivo inicial do pesquisador era auxiliar os médicos legistas a esclarecer a natureza das mortes de causas indeterminadas que poderiam ser naturais, acidentais ou decorrentes das violências, como suicídio ou homicídio. O método idealizado fornece, ainda, a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre as causas e a motivação que envolveu o ato suicida, permitindo oferecer apoio terapêutico para os familiares enlutados.

Shneidman (2004) desenvolveu seu método sem estabelecer roteiros fixos para as entrevistas, apenas apresentando categorias norteadoras do trabalho e procurando integrar as dimensões biológicas, psiquiátricas, históricas e sociológicas, buscando uma visão mais abrangente sobre o fenômeno. Seu método examinava explicações nos depoimentos de parentes, amigos e profissionais que, de alguma forma, participaram da vida do indivíduo e os resultados consideravam as diferentes perspectivas oferecidas pelos entrevistados. Para esse autor, não se ater a um único tipo de visão sobre o caso e buscar diferentes perspectivas é o que leva ao sucesso de todo o processo da autópsia psicológica (Figueiredo et al, 2012).

Schneidman, Farberow e Litman, (1969) consideram que pesquisas e estudos teóricos intensos possam levar às explicações sobre a motivação subjacente à autodestruição, concluindo que, nesta busca, se incluem problemas epidemiológicos, clínicos, taxonômicos, sociopsicológicos, demográficos e muitos outros (Quadro 2).

Quadro 2 - Lista de temas para avaliar a autodestrutividade dos atos suicidas, segundo o critério de Schneidman, Farberow e Litman

1. Informações sobre a pessoa (sexo, idade, estado civil, religião, ocupação)
2. Conduta autodestrutiva: (mudanças recentes, ameaças de suicídios)
3. História de perda de membros da família (morte, separação ou divórcio)
4. Padrões típicos da vítima (reações emocionais, desequilíbrios e incômodos)
5. História de doenças (sintomas recentes, no último ano)
6. Estilo de vida da vítima (uso de álcool ou outras drogas)
7. Natureza dos relacionamentos interpessoais da vítima
8. Fantasias, sonhos, pensamentos, premonições ou medos (relacionados à morte, aos acidentes ou aos suicídios)
9. Mudanças antes da morte (hábitos, hobbies, alimentação, sexualidade ou rotinas de vida)
10. Avaliação da intencionalidade (atitudes da pessoa em relação à sua morte)
11. Avaliação da letalidade
12. Tipos de sentimentos expressados
13. Descrição da personalidade e estilo de vida da pessoa

Fonte: LITMAN e FARBEROW, 1969, p.55-56

Muitas pesquisas sobre as formas de identificar e compreender a motivação que envolve os atos suicidas tem surgido. Entretanto, a compreensão desse fenômeno apresenta-se como um grande desafio para os profissionais que se dedicam a desvendar as causas e os fatores envolvidos nesses atos. Segundo Werlang (2000), a necessidade atual não é a de nos limitarmos, apenas aos números, nem às generalizações do método estatístico, tornando-se necessária uma análise muito mais profunda, que defina um perfil psicológico do indivíduo e que procure compreender a motivação envolvida na decisão de por fim à própria vida.

A intenção autodestrutiva se destaca como uma condição relevante na compreensão dos fatores determinantes de um ato suicida e, entre os critérios para a autópsia psicológica desenvolvidos por Schneidman, Farberow e Litman (1969), esta intenção pertence ao domínio psicológico. Werlang (2000) complementa, afirmando que psicólogos e psiquiatras, como cientistas habilitados na compreensão dos processos mentais, poderão fornecer aos peritos legistas, por meio das entrevistas de autópsias psicológicas, relevantes informações para

determinar o modo de morte. A pesquisadora considera ser responsabilidade dos profissionais da área da saúde mental a avaliação psicodinâmica de um indivíduo ou um grupo, além da responsabilidade de identificar e compreender os fatores que concorreram para o ato suicida.

Esse processo indireto de exploração da personalidade e da vida da pessoa que se suicida, além de ser utilizado, como já foi dito na determinação do modo de morte e no delineamento das características psicológicas e sociais dessas vítimas, pode ser útil na prevenção do problema e para minimizar o sofrimento dos familiares.

Na determinação do modo de morte de um indivíduo (quando existem dúvidas sobre as circunstâncias em que ocorreu) e na busca pela reconstituição da biografia da pessoa falecida, um de seus principais recursos é a entrevista com pessoas próximas ao suicida. Geralmente estas pessoas são parentes próximos, amigos e professores, além de médicos ou outros profissionais da equipe de saúde que acompanharam a pessoa, tinham acesso à história de vida e ao contexto familiar e que podem representar uma importante fonte de informações (Werlang e Sperb, 2004).

Além de ser um procedimento utilizado em casos onde existem dúvidas sobre as circunstâncias da morte, a autópsia psicológica também se torna útil na reconstituição do perfil psicológico e psiquiátrico da pessoa. Permite a reconstituição da história de vida da pessoa, desde os sentimentos, os afetos, os relacionamentos, as dificuldades, os conhecimentos e o trabalho da pessoa, até a história clínica, processo judicial, escritos, gravações, notas suicidas ou cartas da vítima nos meses anteriores ao evento (quando houver esses registros). Pode ser utilizado, também, como recurso para a análise de documentos (pessoais, policiais, acadêmicos, hospitalares, auto de necropsia) e na análise dos antecedentes médicos, psicológicos, sociais e judiciais. Ainda, podem ser úteis em estudos de indivíduos com diagnósticos de transtornos mentais graves, usuários de álcool/outras drogas e em estudos de suicídios aparentemente inexplicáveis ou duvidosos (Werlang e Sperb, 2004).

Outra forma importante de utilização do método é na prevenção do comportamento suicida, quando utilizada como parâmetro para avaliar outras pessoas que apresentam os mesmos sintomas. A partir da definição dos fatores considerados de risco para o suicídio, com os quais os pesquisadores e outros profissionais da área concordem, podem-se avaliar as pessoas que apresentam os mesmos sintomas e, conseqüentemente, os mesmos riscos. Segundo Kovács (2002), outro aspecto considerado preventivo acontece quando a entrevista

realizada com pacientes que tentaram o suicídio fornece elementos para um planejamento eficaz do suporte psicoterápico a ser conduzido durante o processo de intervenção.

Em relação aos familiares, a entrevista pode ter efeito benéfico ao auxiliar no processo de compreensão dos eventuais motivos que levaram seu familiar a buscar o suicídio, na medida em que permite esclarecer situações de conflito e dúvidas, além de minimizar sentimentos de culpa ou de revolta, possibilitando a compreensão e aceitação das razões que desencadearam o ato suicida de seu familiar (Kovács, 2002, Werlang e Sperb, 2004). A entrevista pode representar também, uma forma de suporte, de escuta e de elaboração do vivido para os familiares, que se sentem em um ambiente de compreensão e empatia, livres da sensação de que estão sendo julgados (Cavalcante et al, 2012).

Como uma reconstrução narrativa, a consistência do trabalho vai depender da qualidade das informações prestadas pelos entrevistados e, como geralmente os pesquisadores trabalham com amostras reduzidas, esse fato acaba dificultando a generalização dos resultados. Para aumentar a fidedignidade das informações recolhidas sobre o caso, recomenda-se buscar mais de um interlocutor, realizar mais de uma entrevista ou trabalhar com diferentes fontes de informações e diferentes pontos de vistas (Cavalcante et al 2012).

Considera-se que ainda não existe uma estratégia definida para estruturar o método de autópsia psicológica (Kovács, 2002, Werlang e Sperb, 2004), e a falta de um modelo de procedimento estruturado deixa o profissional, muitas vezes, sem a necessária segurança para emitir conclusões (Werlang e Botega, 2003). Apesar de vários autores já terem realizado pesquisas na área, ainda não existe um procedimento sedimentado e cada estudo apresenta objetivos, especificações e características variadas. Alguns destes trabalhos foram revisados por Clarck et al (1992), que procuraram relacionar informes metodológicos e teceram comentários a respeito das técnicas adotadas na autópsia psicológica, em um estudo que abrangeu o período de 1959 a 1988.

Muitas são as dificuldades ainda encontradas pelos profissionais que se dedicam a buscar a compreensão dos motivos implicados na decisão de acabar com a própria vida, entretanto, as pesquisas tem mostrado que o entendimento dos principais fatores desencadeantes do suicídio pode ser uma importante forma de prevenção. Com objetivo de auxiliar no processo de investigação e análise desses dados, Kovács (2002) apresenta uma

lista de temas a serem investigados durante as entrevistas de autópsias psicológicas, que estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Lista de temas a serem investigados numa Autópsia Psicológica, segundo Kovács

1. História de alcoolismo
2. Bilhetes, notas, mensagens e cartas do suicida
3. Livros (verificar que livros lia e gostava de ler)
4. Avaliação dos relacionamentos (familiares, empregatícios e de amigos)
5. Relacionamento marital.
6. Humor (sintomas de depressão, flutuações de ânimo, problemas somáticos)
7. Estressores psicossociais (perdas e separações de pessoas significativas, perdas de emprego, problemas financeiros e legais)
8. Comportamento pré-suicida (verificar questões financeiras, providências)
9. Linguagem (dados verbalizados pelo paciente, que poderiam conter indícios de um futuro suicídio)
10. Drogas usadas
11. História médica
12. Estado mental e racional na condição do suicida (antes de sua morte)
13. História psicológica (verificar tentativas de suicídio anteriores)
14. Estudos de laboratório
15. Relatório do médico legista (uso de drogas, ferimentos e estado físico em geral)
16. Avaliação dos motivos (arrolar os modos: suicídio, natural, acidental ou homicídio, anotar as possíveis razões)
17. Reconstrução dos eventos ocorridos no dia anterior à morte (relatório detalhado e cronológico)
18. Avaliação dos sentimentos relacionados com a morte (preocupações, fantasias)
19. História militar (honrarias e estresses vinculados à história militar)
20. História de morte na família (arrolar suicídios e outras mortes na família)
21. História da família (verificar relações com o morto e eventuais conflitos que ocorreram antes da morte)
22. História de empregos (tipos de trabalho, empregos estressantes e conflitos com chefes e colegas)
23. História educacional (identificar nível educacional e eventuais conflitos nesta área)
24. Familiares com instrumentos que provocam a morte (verificar uso de armas e drogas)

Fonte: Kovács, 2002, p. 190-191

2.4.1 Autópsias Psicológicas e Psicossociais desenvolvidas no Brasil

Descrevemos a seguir os dois principais métodos de entrevista de autópsias psicológicas que foram desenvolvidas por pesquisadores brasileiros: a entrevista semiestruturada para autópsia psicológica (ESAP), idealizada por Werlang (2000), que serviu como fonte de orientação no desenvolvimento deste estudo e a autópsia psicossocial, concebida por Minayo e colaboradores em 2004, 2006 e 2010 (Cavalcante e Minayo 2004, Minayo e Cavalcante 2006, Minayo e Cavalcante 2010 e Minayo et al, 2010), que além de fonte de orientação, forneceu a trajetória metodológica, os instrumentos e modelos de entrevistas utilizados no presente estudo.

2.4.1.1 Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (ESAP)

Em vista da necessidade de se estabelecer “critérios metodológicos” que sistematizassem a avaliação dos fatores envolvidos no ato suicida, surgiu a proposta de criação da Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) apresentada por Werlang (2000), que procurou normatizar os procedimentos e traçar um esquema estruturado para a coleta de dados. Sua proposta é de padronizar um instrumento que permitisse verificar a presença de um grau razoável de concordância entre os avaliadores, levando conseqüentemente à diminuição do viés produzido pela subjetividade desse recurso de avaliação (Werlang e Botega, 2003, Werlang e Sperb, 2004).

A Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) desenvolvida por Werlang (2000) é uma entrevista diagnóstica e semiestruturada. É diagnóstica, por ter como objetivo examinar, analisar, avaliar e descrever uma determinada condição, na tentativa de compreendê-la e é semiestruturada, porque utiliza questões fechadas, abertas e/ou em eco (o eco repete a parte da resposta do paciente, a qual se quer que ele elabore), procurando identificar os temas chaves associados ao suicídio, além de analisar alguns fatores que costumam se relacionar à probabilidade de ocorrência do suicídio.

Composta por 69 questões, distribuídas em quatro módulos, o instrumento apresenta os seguintes temas-chave: Precipitadores e/ou estressores, Motivação, Letalidade e Intencionalidade, que foram organizados seguindo uma sequência lógica de raciocínio clínico e procuram responder a uma questão geral aberta (O quê? Por quê? De quê? Como?), destinada a avaliar o tema principal. Com base nesses critérios, Werlang (2000) considera ser possível estabelecer com razoável grau de certeza os aspectos psicológicos da intenção suicida.

No primeiro módulo da ESAP - Avaliação dos Precipitadores e/ou Estressores - procura-se entender a pergunta inicial “O que aconteceu antes da morte e o que pode ter alguma relação com o fato?”. Na avaliação da Motivação, que representa o segundo módulo, busca-se responder a pergunta geral “Por que será que o suicídio ocorreu, ou quais as razões que o levaram a querer morrer?”. O terceiro módulo, Avaliação da Letalidade, tem como pergunta introdutória “De que a pessoa morreu?” e, no quarto módulo, se avalia a Intencionalidade e a pergunta introdutória é “Como chegou a ocorrer o fato?”.

Respostas afirmativas para as questões iniciais e subsequentes devem ser seguidas por questões abertas e/ou em eco, que possibilitam, de acordo com critérios associados ao suicídio e a habilidade do entrevistador, alcançar respostas que fundamentam a decisão final. Permitem ainda, que se adicione, às perguntas já existentes, a quantidade de indagações que se julgar necessárias para investigar ou questionar as respostas (negativas, afirmativas ou contraditórias) ou para confirmar ou confrontar fatos de seu conhecimento.

Os critérios para avaliação dos temas-chaves e o processo de decisão final passam sempre por três estágios – estabelecimento do problema, questão e decisão – chegando ao final, quando o problema inicial é resolvido através de uma tomada de decisão que se desenvolve no curso do processo de investigação (Werlang, 2000).

2.4.1.2 Entrevista de Autópsia Psicossocial

O termo “autópsia psicossocial” foi adaptado por Minayo et al (2010), por entender que essa expressão integra melhor os aspectos antropológicos e sociais à análise dos estados emocionais do indivíduo. O instrumento apresenta uma proposta metodológica do estudo do suicídio e da tentativa de suicídio sob o ponto de vista socioantropológico, epidemiológico e

psicossocial, de forma articulada. Trata-se de um modelo de investigação complexa e interdisciplinar que examina simultaneamente aspectos individuais, socioeconômicos, histórico-culturais e populacionais, apoiando-se em uma realidade social concreta.

As autópsias psicológicas são a base para este tipo de pesquisa, que adotou o termo “autópsia psicossocial” para dar mais relevância ao embricamento entre a perspectiva sociológica e subjetiva. Por meio da autópsia psicossocial procuramos conhecer e compreender, entre outros aspectos, as questões microssociais que envolvem o âmbito familiar e comunitário do suicida (Figueiredo et al, 2012).

O instrumento de autópsia psicossocial focaliza uma análise dos motivos que são encontrados nos relatos coletados, através de um método retrospectivo que visa compreender as razões pelas quais uma pessoa tenta contra a própria vida, a partir das pistas verbais, comportamentais e sociais que ela deixou e podem ser reconstituídas nos relatos de pessoas entrevistadas.

A entrevista de autópsia psicossocial interage com a estratégia apresentada por Shneidman (1969 e 1981b), ao valorizar as razões e circunstâncias afetivas, sociais, econômicas e culturais que se associam às mortes autoinfligidas. Busca também uma interação com outras propostas: com a perspectiva psicossociológica de Bertaux (1981), que aprofunda a relação entre biografia e o modo como se vive em sociedade; à visão clássica de Durkheim (1982) que considera o suicídio como uma interação entre os fatores pessoais e psicológicos e que estes fatores se fazem presentes em contextos sociais específicos; e às recomendações de Lester e Thomas (2000), que sugerem o uso de estudos contextualizados para se estabelecer nexos causais entre os aspectos sociais e subjetivos. Segundo Cavalcante et al (2012), nos critérios de avaliação empregados neste instrumento, foram utilizadas a proposta de Golafshani (2003), que propõe uma avaliação qualitativa para os instrumentos da pesquisa onde verifica *o rigor, a qualidade e a credibilidade* do instrumento e do método, em termos de conteúdo (consistência) e de aplicabilidade (procedimento para replicação).

A proposta inicial do trabalho de Minayo e colaboradores foi elaborada em estudos de 2004, 2006 e 2010, sendo em 2012 adaptada e testada para autópsias psicossociais com idosos que faleceram por suicídios. Foram desenvolvidos: um roteiro de entrevista semiestruturada para estudo de mortes autoinfligidas que foi testado e avaliado quanto ao rigor; estratégias de *estudos de caso* que contextualizam os dados individuais e fazem uma análise da biografia e

das circunstâncias pessoais e socioeconômicas em que o autoextermínio ocorreu; *o método de autópsias psicológicas e psicossociais* que organiza, padroniza, socializa e propõe um fio condutor para análise de dados provenientes dos materiais de campo e situam especificidades individuais, sociais, locais e regionais.

Para a realização das autópsias psicossociais, seis instrumentos foram desenvolvidos: **1) Ficha de Identificação** pessoal e familiar da pessoa que cometeu o suicídio e do seu familiar; **2) Roteiro simplificado para a realização do genograma**; **3) Roteiro de entrevista para autópsias psicológicas e psicossociais**, com 44 perguntas simples e compostas sobre a caracterização social, retrato e modo de vida, descrição do suicídio e da atmosfera que o acompanhou, além do estado mental anterior ao evento e do impacto do ato na família; **4) Roteiro de organização dos estudos de caso**; **5) Organização dos Dados Socioantropológicos** e, **6) Roteiro de análise de dados por região** (todos estão apresentados no Anexo 1).

Estes instrumentos, considerados como um roteiro para uma entrevista semiestruturada, permitem a caracterização psicossocial das pessoas que faleceram por suicídio e de seus familiares a partir de dados da história e do modo de vida, da caracterização dos antecedentes e do ambiente, do impacto na família, da letalidade do método, da intenção de morrer manifestada pela pessoa, do estado mental antes do ato fatal, da imagem e das reações da família e da comunidade, da existência ou não de fontes de apoio de familiares, amigos vizinhos e dos serviços de saúde e de assistência social (Minayo et al, 2012a).

3. CARACTERIZAÇÃO DA CIDADE DE PALMAS (TO)

3.1 Aspectos geográficos e históricos da cidade de Palmas

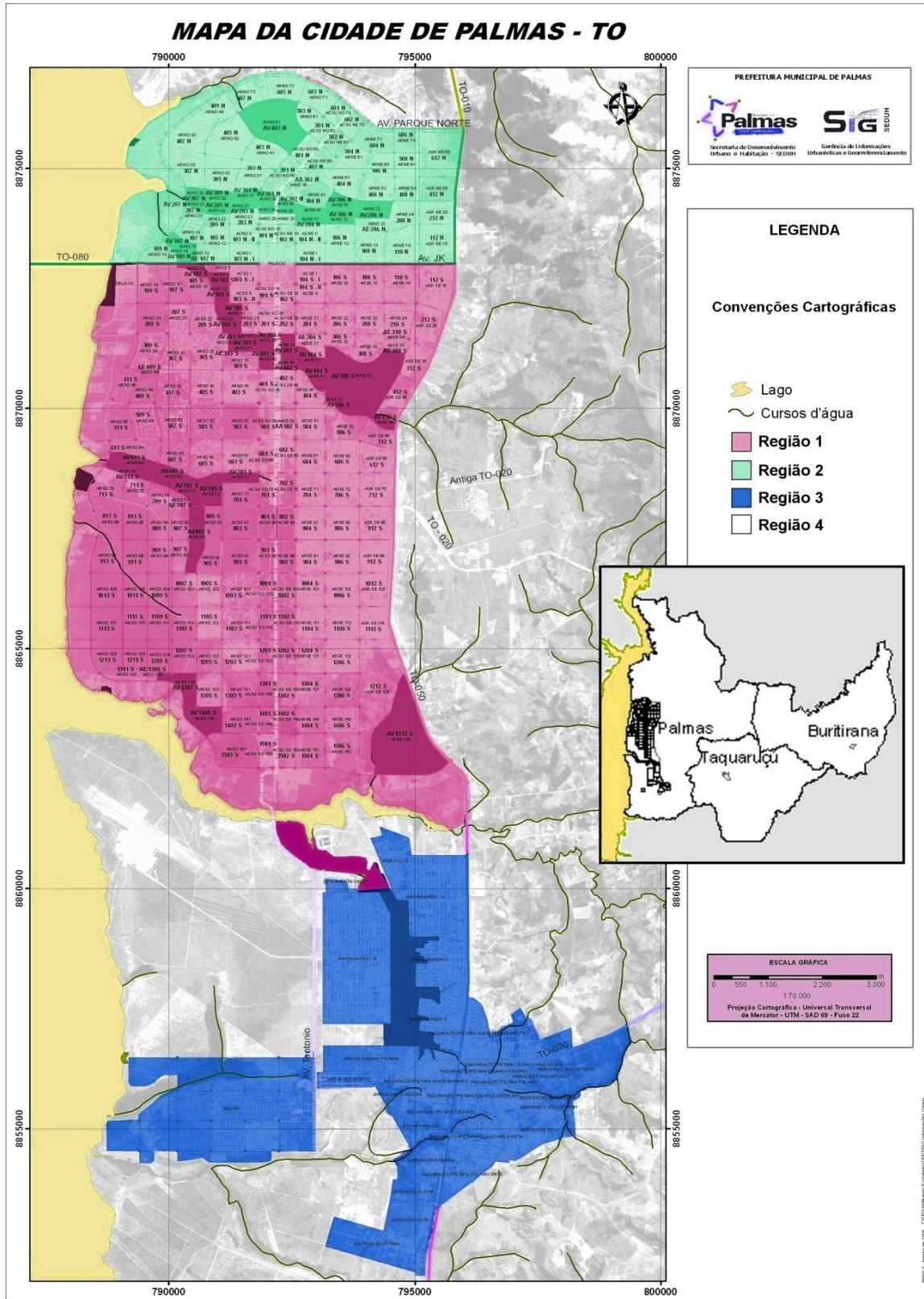
A história de Palmas é intimamente relacionada com a história da criação do estado do Tocantins. A área onde atualmente se localiza o Estado era o norte do estado de Goiás. Desde o século XIX houve alguns movimentos separatistas na região, e a proposta de divisão de Goiás ficou em latência até a década de 1970 do século XX, quando começou a ser discutida no Congresso Nacional, chegando finalmente a ser aprovada pela Constituição de 1988 (Palmas. Prefeitura Municipal, 2012)

A cidade de Palmas foi fundada em 20 de maio de 1989, após a criação do Estado do Tocantins e construída por trabalhadores locais e muitos outros vindos de todo o País, iniciando daí um ciclo de migração que só tem aumentado, principalmente nos últimos anos. A capital foi definitivamente implantada em 1º de janeiro de 1990, com a instalação dos poderes constituídos, após a alocação na capital provisória no município de Miracema do Tocantins (Palmas. Prefeitura Municipal, 2012).

Em função da recente criação do Estado, a cidade de Palmas vem apresentando um elevado crescimento populacional. É a Capital que mais evoluiu na última década, de acordo com o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, que acompanha a evolução socioeconômica dos 5.565 municípios brasileiros, conforme índices de saúde, educação e geração de emprego e renda (Palmas. Prefeitura Municipal, 2012).

De um modo geral, a cidade é caracterizada pelo seu planejamento, pois foi criada com base no projeto arquitetônico de Brasília, com a preservação de áreas ambientais e um projeto de infraestrutura moderno, com amplas quadras e avenidas. Uma média de setenta por cento das quadras estão habitadas e pavimentadas, o mesmo ocorrendo com saneamento básico e água tratada que chega a 98% da população (IBGE, 2012). Além da região do Plano Diretor, a área central da cidade conta com vários bairros nas regiões de Taquaralto e dos Jardins Aurenys. O município de Palmas também possui dois distritos localizados ao longo da rodovia TO-030, o distrito de Taquaruçu e o distrito de Buritirana (Figura 2).

Figura 2 - Mapa da cidade de Palmas



Fonte: Modificado de Assessoria de Comunicação – Prefeitura Municipal de Palmas disponível no endereço: <http://srvsefin.palmas.to.gov.br/portalfprefeitura/servicos/seduh/>. Acessado em: 15 jan. 2012.

As maiores densidades estão na Região Sul (Taquaralto e Jardins Aurenys I, II, III e IV) e nas Quadras da Região Norte, coincidindo com as áreas inicialmente ocupadas por meio de invasões de lotes urbanos, que em parte foram urbanizados e regularizados posteriormente, para onde migrou o contingente populacional mais pobre, mantendo-se esta tendência de ocupação nas demais quadras dessa região e ocasionando o surgimento de vários bairros periféricos (Kram e Ferreira, 2006). Com essa rápida multiplicação de bairros observa-se a precariedade em alguns indicadores, como a ausência de pavimentação asfáltica e rede de esgotamento sanitário, elevando o número de habitações em condições insatisfatórias e implicando em um maior adensamento, justamente na região de maior vulnerabilidade socioambiental (Kram e Ferreira, 2006).

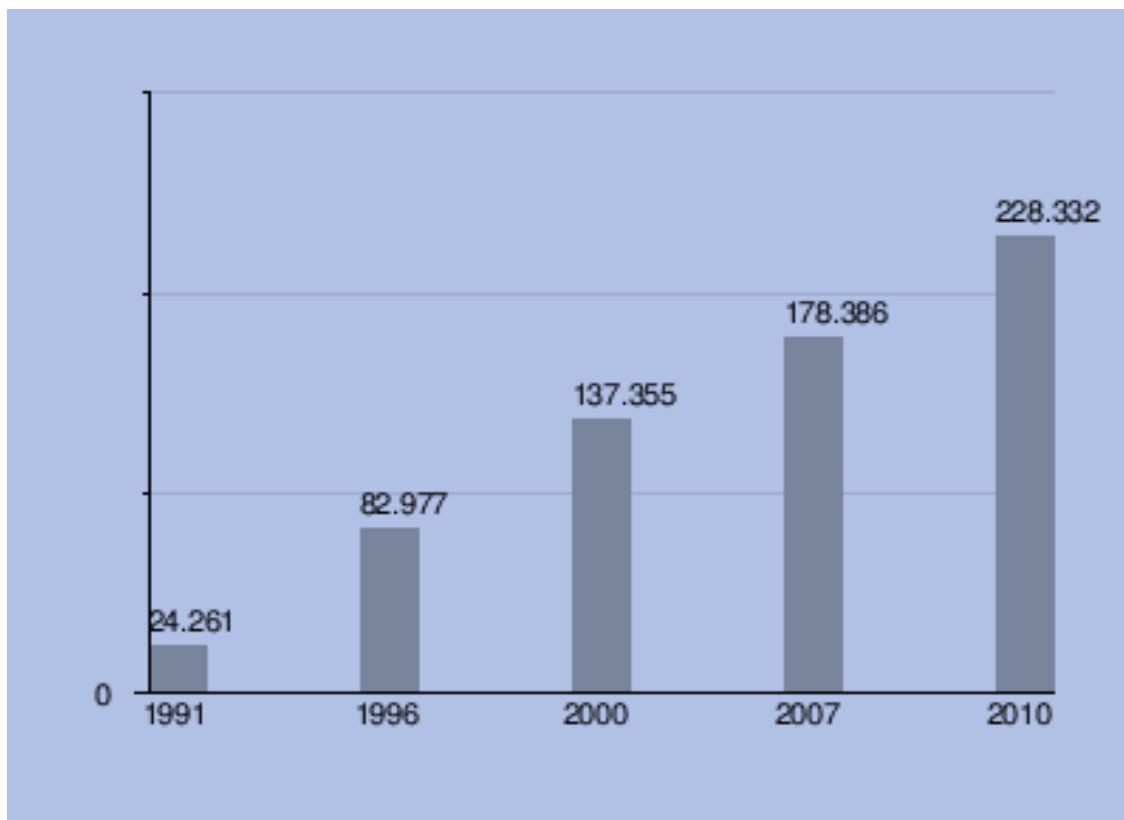
A cidade possui quatro distritos industriais. A sua economia é predominantemente formal, composta principalmente por sociedades limitadas e firmas individuais. A empresa mais comum no município é a micro, que compõem mais de 80% das 4.394 empresas existentes na cidade. Por ter sido concebida com a finalidade de ser um centro administrativo, possui um setor de serviços mais desenvolvido, quando comparado aos outros setores da economia. A participação da agropecuária na economia da cidade, ainda é considerada pequena, estando baseada em pequenas chácaras no entorno da cidade e das rodovias que dão acesso à cidade, além de fazendas de plantação de soja e de criação de gado no distrito de Buritirana (Palmas. Prefeitura Municipal, 2012).

3.2 Aspectos demográficos da cidade Palmas

Demograficamente, a cidade de Palmas é a menor capital do Brasil, embora apresente as mais importantes taxas de crescimento demográfico do país nos últimos dez anos, recebendo pessoas de praticamente todos os estados brasileiros. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), o município atingiu um crescimento populacional de mais de 110% em 2008, comparando com a população residente em 1996, saindo dos 82.977 habitantes para uma estimativa de 184.010 habitantes. Em 2009, passa a 188.645 habitantes e em 2010, sua população chegou a 228.332 habitantes, segundo o

censo populacional (Figura 3). As estimativas populacionais indicam que a cidade chegou a 235.315 habitantes em 2011 e 242.070 em 2012, conforme dados divulgados (IBGE, 2012).

Figura 3 - Evolução Populacional de 1991 a 2010, segundo IBGE, 2012



Fonte: Modificado do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Palmas está localizada na região central do Estado, com área de 2.219 km² de extensão territorial e densidade demográfica de 102,9 habitantes p/ km². As mais elevadas densidades habitacionais (chegam a 365 unidades/ha) estão localizadas em alguns pontos da Região Central, onde se inicia um processo de verticalização e também na região de Taquaralto e proximidades do Jardim Aurenny IV, onde se verifica uma multiplicidade de bairros, principalmente de ocupações irregulares, levando a uma proliferação de habitações extremamente precárias (Kram e Ferreira, 2006). A área urbana da cidade é representada pelas regiões Central, Sul e Norte, que formam o Plano Diretor e as regiões de Taquaralto, Aurenny's, e Taquaruçu, que representam a área metropolitana (Kram e Ferreira, 2006).

3.3 Perfil de morbimortalidade da cidade de Palmas

Como uma cidade jovem, Palmas não vivenciou as mudanças epidemiológicas pelas quais passou o Brasil, na segunda metade do século XX, mas mesmo assim já vivencia os problemas decorrentes do processo de desenvolvimento, observados nas demais cidades do país. Dentre estes estão o aumento da violência, classificada como causas externas de mortalidade, onde os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios começam a apresentar índices preocupantes (Palmas, SMS/DVS/DANT, 2007). Embora sejam as doenças crônicas as principais causas de mortalidade, conforme dados do VIGITEL (2006), os principais fatores de risco associados a essa categoria de doenças crônicas não transmissíveis, na cidade, são o consumo alimentar, a inatividade física e o consumo de álcool e, ainda com taxas crescentes, surgem o tabagismo e a obesidade.

A cidade apresentou um percentual de 38,3% de indivíduos insuficientemente ativos entre os adultos e, percentuais ainda mais elevados, entre os idosos. O grau de escolaridade (maior ou menor) não representou interferência na prática de atividade física. O uso abusivo de álcool é mais prevalente no sexo masculino e na faixa etária de 25 a 34 anos. No entanto, na faixa etária de 18 a 24, o consumo diário de álcool apresenta-se de forma preocupante. As pessoas de maior escolaridade apresentam prevalência mais elevada de consumo do que as de menor escolaridade. A pesquisa (VIGITEL, 2006) identificou que o hábito de fumar se apresenta mais disseminado entre os homens e em todas as faixas etárias, com maior número de fumantes na faixa de 45 a 54 anos (Brasil/MS/SVS/SGEP, 2007).

Em relação às causas externas de violência, principalmente no que diz respeito aos acidentes de trânsito e à violência autoinfligida, todas as faixas etárias estão expostas, embora os adultos jovens sejam responsáveis pelos maiores índices. Os acidentes de transporte são mais frequentes entre os homens do que entre as mulheres e o maior percentual (58%) das notificações são relativas aos acidentes envolvendo motociclistas. Ao se correlacionar a incidência de acidentes ao uso de álcool encontramos 18,51% de casos com pessoas que fizeram uso de álcool. Dentre os acidentes de transporte, 17,69% dos casos se caracterizaram como acidentes de trabalho, sendo mais frequentes os acidentes envolvendo motociclistas e ciclistas (Palmas, SMS/DVS/DANT, 2007).

3.4 Estrutura do Sistema de Saúde da cidade de Palmas

A cidade apresentou uma importante taxa de crescimento demográfico nos últimos dez anos, recebendo um grande número de pessoas providas das mais variadas regiões do país, que são atraídas pelo desenvolvimento econômico e pelas oportunidades de negócios e empregos (Palmas, Prefeitura Municipal, 2012). Entretanto, esse movimento migratório geralmente provoca o distanciamento dos familiares e amigos, a falta de suporte social e a perda da identidade cultural, acarretando diversos tipos de problemas psicossociais e de saúde.

No período em que foi realizado este estudo, o Sistema de Saúde de Palmas contava com 42 equipes de Saúde da Família e 27 equipes de Saúde Bucal em 33 unidades de saúde, 4 Policlínicas, 2 Complexos de Atenção à Saúde, 5 Centros de Especialidades, além de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) e 8 Farmácias Municipais. A cobertura desses serviços chegava a 74,21% da população (Palmas. SMS/DVS/DANT-Palmas, 2007).

Em relação às condições de saneamento e habitação das famílias cadastradas e acompanhadas pelo Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS), segundo dados de 2008, a cidade apresentava a seguinte situação:

- 53.191 famílias cadastradas;
- 94,9% de residências com abastecimento de água;
- 94,7% com coleta regular de lixo;
- 29,6% com rede de esgoto;
- 97,4% com energia elétrica;
- 190.294 pessoas cadastradas no Sistema;
- 7.061 hipertensos cadastrados;
- 1.678 diabéticos cadastrados;
- 240 etilistas cadastrados.

Na ocasião da realização deste estudo, a cidade possuía: uma rede de Saúde Mental composta por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), com atendimento aos portadores

de sofrimento psíquico em geral; um CAPS Ad III (com atendimento 24 horas) para usuários de álcool e outras drogas, além de serviços ambulatoriais de psiquiatria e psicologia e de uma enfermaria especializada, com 10 leitos para pacientes psiquiátricos no Hospital Geral de Palmas (HGP).

4. JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, o crescimento dos índices de mortalidade por causas externas configuram-se em um problema de saúde pública no Brasil. Os elevados coeficientes de mortes violentas, como acidentes, homicídios e suicídios têm causado um forte impacto na morbidade e mortalidade da população brasileira, alterando o seu perfil epidemiológico e demográfico. Especificamente em relação aos suicídios, seguindo uma tendência mundial, os intentos acontecem com maior frequência na faixa dos 20 a 34 anos e, da mesma forma, que nos acidentes de trânsito e nos homicídios, o maior percentual de indivíduos acometidos é do sexo masculino (Waiselfisz, 2011).

Em decorrência do aumento na frequência do comportamento suicida, principalmente entre os jovens de ambos os sexos, em todas as camadas sociais e do impacto causado pelos danos, tanto do suicídio como das tentativas, o Ministério Saúde no Brasil, por meio da Portaria/GM, Nº. 1.876, de 14.08.06, instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e passou, oficialmente, a reconhecer a magnitude dos eventos e a importância epidemiológica do registro fidedigno desses atos, além da necessidade de uma Rede de Atenção à saúde que garanta linhas de cuidados integrais, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado.

Sob o ponto de vista econômico, tanto os suicídios como suas tentativas demandam altos custos para a sociedade. Em primeiro lugar, pela perda de capital humano, estimada em termos de anos de vida perdidos. Segundo, em decorrência dos gastos públicos na área da Saúde, com procedimentos hospitalares, internações e tratamentos, e na Seguridade Social, com pagamento de pensões e aposentadorias, por mortes ou invalidez (Gonçalves et al, 2011).

Entre 1998 e 2008, houve no Brasil um incremento de 33,5% nas taxas brasileiras de suicídio, aumento superior aos homicídios, que cresceu 19,5%, e aos óbitos por acidentes de transportes com uma elevação de 26,5%. No período, o aumento dos suicídios foi bem menor nas capitais (11,0%), enquanto nos Estados como um todo, o índice foi de 33,5%. Na população jovem, a diferença é ainda maior: 22,6% de aumento nos Estados e 8,4% de queda nas capitais. Verifica-se uma maior concentração de suicídios na região Sul, especialmente no Rio Grande do Sul (média de 10,7 por 100 mil habitantes) e na região Centro-Oeste, principalmente no estado do Mato Grosso do Sul (7,8 por 100 mil habitantes). Na região Norte destaca-se, de forma preocupante, o aumento dos suicídios nos estados do Tocantins, Amapá e Acre, onde as taxas mais do que duplicaram (Waiselfisz, 2011).

Ainda, o estado do Tocantins, que ocupava a 19ª colocação em relação à população geral do Brasil em 1998, apresentou um forte incremento, passando à 6ª posição, em 2008. Entre a população jovem o Estado era o 14º em 1998, e chegou a 2008 na 7ª colocação. Entre as capitais, Palmas ocupava o 23º lugar, em 1998, em relação à população geral e em 2008, alcançou a 6ª posição, enquanto na população de jovens passou do 8º, em 1998, para o 5º, em 2008 (Waiselfisz, 2011). Por estes índices crescentes nos últimos 10 anos, o suicídio e as tentativas de suicídio na cidade passaram a representar uma preocupação constante, principalmente por atingir a população de jovens, seguindo uma tendência comprovada pelas pesquisas realizadas nas diferentes regiões do país.

No primeiro semestre de 2007, as causas externas foram responsáveis pelo maior número de óbitos na cidade de Palmas. E, dentre essas causas, o suicídio ocupou o segundo lugar, sendo superado unicamente pelos acidentes de trânsito (Palmas/SMS/DVS/DANT, 2007), conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos por causa externa segundo causa determinante, em residentes de Palmas, no primeiro semestre de 2007

Causas Determinantes	n
Acidentes de transito transporte	31
Suicídios	8
Homicídios	6
Outros acidentes	5
Lesões Intenc. indeterminada	4
Quedas	1
Total	55

Fonte: SVS/DANT /Palmas, 2007

O entendimento da tendência sobre os métodos utilizados é de grande importância na epidemiologia dos suicídios e dos óbitos por causas indeterminadas. E, quando se buscam medidas para a diminuição das taxas de incidência, torna-se necessário analisar os índices e tendências quanto ao gênero, ao padrão, à curva etária de incidência e aos meios utilizados, além das diversidades regionais e culturais e da religiosidade (Barros et al, 2004).

Conhecer a magnitude dos eventos, as regiões mais acometidas e as tendências históricas pode ajudar na identificação do público-alvo, gerar hipóteses sobre o impacto das

intervenções e propor melhor direcionamento das ações preventivas (Duarte et al, 2008). As pesquisas regionalizadas de mortes violentas, como homicídios e suicídios, precisam ser implantadas urgentemente, em virtude de sua importância na verificação dos fatores de risco e na aplicação de medidas preventivas em populações específicas (Hutchinson, 2005). Essa temática, contudo, ainda é raramente estudada em algumas regiões do Brasil, como por exemplo, a região Norte, que juntamente com a região Centro-Oeste, apresentam, além de uma literatura bastante resumida sobre o tema, fragilidade nas informações sobre mortalidade (Duarte et al, 2008).

Ainda, implantar ações que promovam ou facilitem a identificação dos fatores de risco para o suicídio e para as tentativas torna-se uma forma importante de fortalecimento da rede de prevenção e proteção às pessoas expostas a este tipo de violência, além de minimizar o impacto social gerado pelo problema, tanto para as famílias e população de modo geral, quanto para o Sistema de Saúde (Palmas/SMS/DVS/DANT, 2007).

Com relação às taxas de tentativas de suicídio, a situação apresenta-se ainda mais complexa, tendo-se em vista que muitas tentativas apresentam um baixo grau de letalidade e podem não chegar ao atendimento hospitalar e, conseqüentemente, ao conhecimento das equipes de saúde. Vansan (1999) salienta que, em muitos casos de intoxicação medicamentosa, a intenção suicida pode não ser perceptível ou, em outros casos, pode deliberadamente ser omitida, tanto pelo próprio tentador como por seus familiares.

Aos indivíduos em risco também devem ser assegurados os cuidados necessários, particularmente aos que apresentam perturbações mentais e aos sobreviventes de tentativas de suicídio. Deve-se considerar que o conhecimento das taxas de incidência e das características psicossociais dos envolvidos possibilita o delineamento de estratégias preventivas, como, por exemplo, o desenvolvimento de Programas de Prevenção e tratamentos apropriados que venham a reduzir as taxas de suicídios ou de tentativas e o impacto social gerado pelo problema, tanto para familiares e amigos quanto para as instituições.

Diante das especificidades do comportamento suicida, e dos elevados índices observados no município, torna-se necessário o acompanhamento e a descrição do evento, como ferramentas fundamentais para a diminuição desse agravo na população. Ademais, pesquisas locais apropriadas que contribuam para uma melhor compreensão desse grave

problema de saúde pública (WHO, 2002) são os principais recursos que os profissionais de saúde têm para apoiar os potenciais suicidas e oferecer possibilidades de prevenção.

O reconhecimento, pelos Órgãos Públicos, do suicídio, como um problema de saúde pública em decorrência da constatação da perda de uma população basicamente de jovens, em idade produtiva e economicamente ativa, possibilitará a adoção de medidas ou políticas públicas capazes de minimizar os danos desse agravo. Por sua vez, o estudo dos fatores de riscos e determinantes, na cidade de Palmas (TO), possibilitará o reconhecimento do seu impacto epidemiológico e a identificação dos grupos mais vulneráveis.

Por outro lado, a análise da tendência de mortalidade por causas externas em áreas geográficas distintas, permite o monitoramento e avaliação do comportamento e a prevenção dos riscos à saúde dos indivíduos e dos grupos expostos, podendo contribuir para organização de programas e ações preventivas e para melhoria da qualificação dos profissionais do Sistema de Saúde.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o perfil epidemiológico e psicossocial dos casos de suicídio e das tentativas de suicídios, ocorridos na cidade de Palmas, Tocantins, no período de 2000 a 2009.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil epidemiológico e a incidência dos casos de suicídio e as tentativas de suicídio em Palmas, no período de 2000 a 2009, utilizando os Bancos de Dados Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) do Ministério da Saúde, alimentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS).
- b) Evidenciar os indicadores sociodemográficos do grupo afetado, quanto aos fatores: sexo, idade, situação conjugal, cor da pele, religião, nível de escolaridade, ocupação profissional, método utilizado, local de residência e local da ocorrência.
- c) Identificar os aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas, investigando, por meio de autópsias psicossociais (nos casos de suicídios) e por entrevistas retrospectivas (nos casos de tentativas de suicídio), os possíveis fatores de risco e os eventos adversos envolvidos nesses atos suicidas.

6. MÉTODOS

6.1 Tipo do Estudo

Desenvolveu-se um estudo descritivo do tipo retrospectivo (Pereira, 1995), onde se buscou caracterizar o perfil epidemiológico e psicossocial dos suicídios e das tentativas de suicídio ocorridos entre os residentes da cidade de Palmas (TO), no período de 2000 a 2009.

6.2 Aspectos Éticos

Foi garantido o total anonimato e privacidade aos entrevistados, o caráter de confidencialidade das informações prestadas, assim como a liberdade para desistir de participar da entrevista a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para si próprio ou para seus familiares.

Com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, “e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”, o Projeto da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (UFT), com Parecer Consubstanciado Aprovado sob Nº 030/2008 (Anexo n.5).

Tendo em vista ser a SEMUS, a Instituição gestora no Município do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA), o Projeto foi submetido também à aprovação do Conselho Gestor de Educação em Saúde da SEMUS, tendo recebido Aprovação sob o Nº 28-02/08 (Anexo n.6).

6.3 Local do Estudo

O estudo considerou todo o perímetro urbano da cidade de Palmas (TO), representados de acordo com dados do IBGE, 2007. Conforme a Figura 2 a cidade foi dividida em quatro regiões:

Região-1 que corresponde ao Plano Diretor Sul (quadras 101 a 1506, Sul);

Região-2 que representa o Plano Diretor Norte (quadras 101 a 612, Norte);

Região-3 que compreende os bairros da Região Sul (Aureny's I, II, III e IV, Santa Bárbara, Santa Fé, Morada do Sol, Bela Vista, Alto Bonito, Taquaralto e Taquari), segmento com o maior número de habitantes, o qual está dividido em pequenos bairros que representam a população de menor poder aquisitivo em relação as demais regiões.

Região-4 que inclui os distritos de Taquaruçu, Buritirana, a Zona Rural e o entorno que representa a área Metropolitana.

6.4 População do Estudo

A população do estudo foi composta pelos 88 suicídios e 196 tentativas de suicídio (total de 284), ocorridos entre residentes da cidade de Palmas (TO) e notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA), no período pesquisado.

Quadro 4 - Informações gerais sobre a população do estudo

Distribuição dos casos	
Suicídios	Tentativas de Suicídios
Casos notificados no período: 88	Casos notificados no período: 196
Famílias entrevistadas: 24	Sujeitos entrevistados: 70
Número de entrevistas realizadas: 33 (9 casos c/ 2 entrevistas)	Número de entrevistas realizadas: 70
Número de pessoas entrevistadas: 43	Número de pessoas entrevistadas: 99
Local das entrevistas: Residência: 57,4% Local de trabalho: 36,3% USF: 6,2%	Local das entrevistas: USF: 92,8% Residência: 5,7% local de trabalho: 1,5%
Duração das entrevistas: mínimo: 55 m. máximo: 2 h e 15 m médio: 95 m.	Duração das entrevistas: mínimo: 50 m. máximo: 1 h e 45 médio: 77,5 m.

6.5 Sujeitos

Para as entrevistas de autópsias psicossociais a amostra foi composta por 24 famílias (entre os 88 casos de suicídios notificados no período) que foram localizadas e aceitaram participar da pesquisa. E para as entrevistas retrospectivas a amostra se compôs de 70 sujeitos que tentaram o suicídio (entres os 196 casos notificados) que foram localizados e concordaram em participar do estudo.

A princípio foram considerados todos os familiares e/ou amigos das pessoas que se suicidaram e os próprios sujeitos, no caso das tentativas. Entretanto, uma parcela significativa destes (72% dos casos de suicídios e 64% dos casos de tentativas de suicídio) não foi localizada, em virtude do tempo decorrido, das mudanças de endereço ou das constantes migrações, características na cidade. Outro fator limitante foi a grande quantidade de endereços incompletos e/ou incorretos, informados nas notificações e que impossibilitou a localização das pessoas. A seleção dos casos atendeu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Crítérios de inclusão:

- 1) Todos os casos de suicídios e de tentativas de suicídio de residentes na cidade de Palmas (TO), ocorridos e notificados no período de 2000 a 2009.

Crítérios de exclusão:

- 1) Todos os casos notificados na Cidade, de residentes em outros Municípios ou Estados.

6.6 Período

As etapas do estudo foram realizadas da seguinte forma: a) Os dados epidemiológicos foram coletados entre o período de outubro de 2009 a julho de 2010.

b) O processamento desses dados foi efetuado entre agosto e setembro/2010.

c) O contato com os entrevistados, a realização das entrevistas e as transcrições das mesmas foram realizados no período de Outubro/2010 a Dezembro de 2011.

d) A análise e tratamento das informações obtidas nas entrevistas foram realizados entre Janeiro e Junho de 2012.

6.7 Instrumentos

As informações para identificação da população do estudo foram disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), obtidas nas bases de dados do SINAN e complementadas por meio de Levantamento Epidemiológico - um estudo realizado com base nos dados existentes nos registros dos serviços de saúde e que se destina a coletar dados para complementar informações já existentes, servindo para a recuperação de séries históricas, análise de tendências, busca ativa de casos, e aferição da eficiência dos sistemas de notificação (Brasil/MS/SVS, 2005).

Os dados sobre mortalidade por suicídio foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os dados sobre as tentativas, do Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA), que são sistemas de informações mantidos pelo Ministério da Saúde e alimentados pelas informações geradas nos municípios. Segundo Barcellos et al (2008), é de responsabilidade da gestão municipal a captação desses dados e o correto preenchimento dos formulários dos Sistemas de Informações.

A análise das características psicológicas e psicossociais envolvidas nos atos suicidas foi realizada por meio da Entrevista de Autópsia Psicossocial. Como instrumento utilizou-se a Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicossocial, desenvolvida por Minayo e colaboradores (2004, 2006, 2010 e 2012) a qual foi adaptada para a realidade da população geral da cidade, (o instrumento está descrito no item 6.7.2). Os instrumentos originais do estudo de Minayo e col. estão apresentados no Anexo 1 e os instrumentos adaptados compõem o Anexo 2.

6.7.1 Sistemas de Informações

a) O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM, foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. O SIM proporciona a produção de estatísticas de

mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sociodemográfico. O sistema está informatizado desde 1979 e constitui um importante elemento para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, tanto como fonte principal de dados, quando há falhas de registro de casos no SINAN, quanto como fonte complementar, por também dispor de informações sobre as características de pessoa, tempo e lugar, assistência prestada ao paciente, causas básicas e associadas de óbito, extremamente relevantes e muito utilizadas no diagnóstico da situação de saúde da população (Brasil/MS/FNS, 2001a).

- b) O Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) foi iniciado no país em 2006, com o objetivo de conhecer a magnitude e estruturar a vigilância das violências, inclusive as lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio). Mesmo não resultando em mortes ou internações, os eventos são responsáveis por grandes consequências sociais e demandas de atendimentos ambulatoriais e de emergência. O VIVA possui dois componentes: a vigilância das violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais nos serviços de referência; e a vigilância das violências e acidentes com base em informações sobre atendimentos em unidades de urgência e emergência. Os dados do VIVA correspondem apenas aos atendimentos de pessoas que procuraram as urgências e emergências nas cidades que contam com esse serviço. Os resultados reúnem importantes informações que subsidiam a tomada de decisão e o aprimoramento das ações de prevenção (Brasil/MS, 2010a).

6.7.2 Instrumentos de Avaliação

Utilizou-se a entrevista semiestruturada para autópsia psicossocial, desenvolvida por Minayo e colaboradores em 2004, 2006 e 2010 e aprofundada em um estudo posterior para a população de idosos (Cavalcante e Minayo, 2012; Minayo et al, 2012b, Cavalcante et al, 2012). Os instrumentos originais: *ficha de identificação, roteiro simplificado para a realização do genograma, roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicossociais, roteiro de organização dos estudos de caso, roteiro de organização dos dados socioantropológicos e roteiro de análise de dados por região*, estão apresentados no Anexo 1.

Foram utilizados para este estudo: *a ficha de identificação, o roteiro de entrevista semiestruturada para autópsia psicossocial e o roteiro de análise dos dados*. Uma adaptação desses instrumentos foi desenvolvida, considerando as características originais e ampliando o enfoque para uma população que incluiu adolescentes, adultos e idosos (conforme Anexo 2, Quadro 1, 2 e 3). O mesmo instrumento foi adaptado, também para as entrevistas retrospectivas (realizadas com as pessoas que tentaram suicídio).

As adaptações foram necessárias, tendo em vista que o roteiro original está direcionado para uma população de idosos, com algumas perguntas específicas para esta categoria, que não se aplicava ao público-alvo da presente pesquisa.

Os instrumentos adaptados:

a) *Ficha de Identificação* - Composta pelos dados gerais de caracterização da pessoa que se suicidou, do seu ato, de seus familiares e do (s) entrevistado(s): nome, idade, grau de parentesco, modo de perpetração e outros (Quadro 1, do Anexo 2). Considera-se este momento inicial, como o mais indicado para o esclarecimento das dúvidas sobre a confiabilidade e o sigilo sobre as informações prestadas, tanto do entrevistado como de seu familiar. Nesse instrumento, apenas o item Etnia foi modificado para Cor da Pele (de acordo com o termo utilizado nas notificações).

b) *Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsia psicossocial*- Dividido em duas partes. A primeira parte - Perfil pessoal e socioeconômico, item I Contato Inicial, II Caracterização Social, III Retrato e Modo de Vida que investigam, além do perfil pessoal e socioeconômico, as condições de vida do sujeito dentro do seu contexto biográfico. Na segunda parte - atmosfera e imagem do suicídio, item IV Avaliação da atmosfera do ato de suicídio, V Estado mental que antecedeu o suicídio e VI Imagem da Família, são abordadas as circunstâncias do suicídio, os fatores precipitantes e o impacto sobre a família. A sequência dos temas e das questões favorece uma aproximação gradual do evento traumático e a contextualização biográfica do evento. No item I, foi modificado o público-alvo e retirada a observação “c” (montar o genograma). Pequenas adaptações foram realizadas no item II (perguntas 1, 2, 3 e 4) e no item III (perguntas 1, 7, 10 e 16) e a pergunta 17 do mesmo item foi totalmente eliminada; e, a primeira pergunta do item VI foi parcialmente eliminada. O instrumento

original contem 44 perguntas simples e compostas e o instrumento adaptado ficou com 43 perguntas, também simples e compostas (Quadro 2, do Anexo 2).

c) *Roteiro de Análise dos dados* - No instrumento original é identificado com “Roteiro de análise de dados por região”. O roteiro se divide em: I) Estudo do suicídio por frequência das variáveis e II) Estudo do suicídio por hierarquia de variáveis e foi desenvolvido para direcionar a análise dos dados. Para este estudo foram modificados: no item I Distribuição dos suicídios segundo faixas etárias foi alterada para a população geral (faixas etárias de 10 a > de 70 anos) e Distribuição dos suicídios segundo forma de perpetração e sexo, Queda de altura, Carbonização e Afogamento foram suprimidos e foi incluído “Outros métodos” que permite a inclusão de outros tipos de métodos de perpetração, que são utilizados com menor frequência, nos eventos suicidas. No item II Motivos atribuídos ao suicídio, segundo sexo, foi incluído “Conflitos no trabalho ou na escola” (Quadro 3, Anexo 2).

Recomendações importantes, que foram observadas durante a aplicação das entrevistas:

Tempo de duração da entrevista - Considerou-se um tempo médio entre 60 e 120 minutos. Segundo Cavalcante et al (2012) é preciso, sempre, ter cuidado com o tempo despendido na entrevista. Deve-se estar atento para não esgotar emocionalmente os entrevistados, passando além do razoável – que seria no máximo de até duas horas (embora o trabalho de campo e a literatura demonstrem que o tempo de estada com a família depende das circunstâncias do acolhimento e da situação de empatia criada no encontro);

Quantidade de pessoas entrevistadas - Sempre que foi possível, a entrevista foi realizada com mais de um familiar. A presença de mais de uma pessoa na entrevista ajuda a agregar vários pontos de vistas e a esclarecer diferentes dimensões do fenômeno. Procurou-se realizar a entrevista com pelo menos dois parentes ou amigos próximos (ao mesmo tempo ou em momentos diferentes).

Tempo decorrido entre o ato e a realização da entrevista – Foi observado um período médio de dois anos entre a consumação do ato suicida e a realização da entrevista, com o objetivo de preservar emocionalmente as pessoas entrevistadas. De acordo com a literatura científica sobre o tema, tal recomendação, além de procurar preservar aspectos emocionais dos

familiares, considera que o resgate da memória do ocorrido pode acarretar sofrimentos e fazer aflorar fortes emoções (Figueiredo et al, 2012).

Em relação às *Entrevistas*, tendo em vista tratar-se de uma entrevista semiestruturada, recomenda-se o uso flexível do roteiro, que deve ser aberto à inclusão de outros tópicos e assuntos considerados importantes pelos interlocutores e que surjam ao longo da entrevista. Os detalhamentos podem ser feitos conforme a pertinência das falas, os interesses dos entrevistados e os pontos identificados pelo entrevistador como importantes de serem aprofundados.

Quanto ao *Conteúdo da entrevista*, a recomendação é que o pesquisador mantenha-se atento aos pontos fundamentais para a compreensão do caso e, quando for possível, busque outros pontos de vista sobre o mesmo fato. O conteúdo precisa ser abordado com segurança e sensibilidade para se perceber as manifestações de sofrimentos. Entretanto, deve-se permitir que o entrevistado exponha suas ideias e necessidades, não se deixando envolver por um roteiro pré-estabelecido. O entrevistador precisa adotar uma postura flexível e permitir ao entrevistado expressar sentimentos e elaborar seu próprio entendimento.

6.8 Procedimentos

O contato com as famílias se deu, inicialmente, com a ajuda do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Referência, por quem foi encaminhada uma correspondência em que se explicava o objetivo do trabalho e solicitava a sua autorização, por escrito, para um contato telefônico, no qual seriam esclarecidas as dúvidas, solicitada a permissão para a entrevista e combinada a hora e o local para a sua realização.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. Foi facultada aos participantes a escolha do local da entrevista, sendo oferecida a opção de sua própria residência, a Unidade de Saúde de sua Referência ou outro local de sua preferência. Os dados obtidos nas entrevistas foram gravados em áudio e transcritos posteriormente. A duração das entrevistas foi de 50 minutos a 2 horas e 15 minutos. Para garantir a fidedignidade das informações, procurou-se realizar a entrevista com mais de uma pessoa.

Ficou acordado entre a pesquisadora e os entrevistados que, caso fosse observado durante a entrevista, qualquer sintoma sugestivo de sofrimento psíquico intenso ligado ao evento suicida, que pudesse comprometer o bem-estar do entrevistado (ou de seus familiares), o trabalho seria interrompido e a pessoa receberia a orientação adequada e/ou seria encaminhada para assistência médica/psicológica.

Para a efetiva aplicação da entrevista acima descrita, e em conformidade com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi previamente obtida a anuência do entrevistado, por meio de assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo n.4), que confirma a concordância do sujeito em participar do estudo e fornecer as informações solicitadas.

6.9 Análise dos Dados

Inicialmente foram descritas as Características Epidemiológicas dos casos de suicídios e das tentativas de suicídios, ocorridas na cidade de Palmas, no período de 2000 a 2009. Em seguida, foram levantados os dados relativos ao perfil sociodemográfico. Em todas as variáveis pesquisadas, os dados foram tratados ano a ano, o que permitiu uma visão da evolução dos casos, no período.

Para caracterização dos eventos foi utilizada a mesma nomenclatura do SIM e a codificação da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão - CID-10, referente ao capítulo XX, causas externas de morbidade e mortalidade, abrangendo as categorias X60 a X84 (Lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87 (sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente) (OMS, 1993).

O perfil psicossocial das vítimas de suicídio foi desenhado por meio de entrevista de autópsia psicossocial, realizada com familiares e/ou amigos dessas vítimas. No caso das tentativas de suicídio, foi realizada entrevista retrospectiva com o próprio sujeito, onde se buscou conhecer os aspectos psicológicos e psicossociais associados aos atos suicidas.

Método de Análise:

Foi realizada uma análise dos dados obtidos por meio das entrevistas por frequência de variáveis, com o propósito de descrever a amostra estudada. O instrumento adaptado, o *Roteiro de Análise dos Dados* (Quadro 3), foi usado para direcionar a análise desse dados. Comparou-se a frequência dos suicídios e das tentativas por sexo em relação aos fatores socioeconômicos, método utilizado, local da ocorrência e local de residência. Num segundo momento, os dados obtidos foram agrupados conforme os motivos associados ao caso, chegando-se a uma quantificação de motivos e a uma diversidade de fatores associados aos atos suicidas, que permitiu produzir algumas hipóteses explicativas para os casos.

6.10 Processamento dos dados

O processamento dos dados foi efetuado mediante a construção de planilhas eletrônicas de cálculo, para os grupos referentes aos suicídios e tentativas de suicídio. Para o cálculo dos coeficientes específicos e gerais foram estruturadas nove planilhas para os eventos suicidas e dez para as tentativas de suicídio, perfazendo um total de 19 planilhas. A base de dados foi organizada, utilizando-se o software Microsoft Excel Office, versão 8.3 (Microsoft Corporation, 2000). Todas as análises estatísticas foram feitas utilizando o pacote PASW® 18.

6.10.1 Tratamento estatístico dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e a série histórica estudada inclui a distribuição proporcional da mortalidade e os coeficientes específicos, para cada uma das variáveis pesquisadas.

As possíveis associações entre variáveis foram analisadas com o teste de qui-quadrado. As possíveis diferenças entre as médias dos grupos investigados foram avaliadas com o teste t de Student.

Os valores apresentados nas figuras e tabelas referem-se à média \pm erro padrão da média. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5% ($p \leq 0,05$). Todos os testes foram bicaudais.

7. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas as características epidemiológicas dos suicídios e das tentativas de suicídio ocorridos na cidade de Palmas (TO) no período pesquisado. No item 7.1 Suicídios, são descritas as características epidemiológicas e os resultados das 24 entrevistas de autópsias psicossociais (realizadas com familiares e/ou amigos das pessoas que se suicidaram), além da contextualização de alguns casos analisados. No item 7.2, que se refere às tentativas de suicídios, são apresentadas as características epidemiológicas e os resultados das 70 entrevistas psicossociais retrospectivas (realizadas com as próprias pessoas) bem como, a contextualização de alguns dos casos analisados.

7.1 Suicídios

No decorrer da série histórica, foram notificados 88 casos de suicídio na Cidade. Deste total, 76,1% (67/88) foram de casos ocorridos no sexo masculino e 23,9% (21/88) de casos entre pessoas do sexo feminino.

7.1.1 Características epidemiológicas dos suicídios

A Tabela 3 evidencia os coeficientes de mortalidade por suicídio, padronizado para ambos os sexos, revelando uma oscilação significativa nas taxas anuais. Observaram-se oscilações nos índices anuais com variações positivas em 2000, 2002, 2006, 2007 e 2008, enquanto em 2001, 2003, 2004, 2005 e 2009 a variação foi negativa.

O coeficiente de mortalidade por suicídio, no período, apresentou uma taxa média de 4,9 casos por 100 mil habitantes. Entretanto, os anos 2007 e 2008 apresentaram elevações significativas nos coeficientes de 8,4 e 6,0 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Tal elevação nos coeficientes de mortalidade, por suicídio, justifica-se pela redução considerável no número estimado de habitantes da cidade, ocasionado pela contagem geral da população, realizada pelo IBGE no ano de 2007, em que aponta uma redução de mais de 42.500 no número anteriormente estimado de habitantes da cidade.

Tabela 3 - Coeficientes de suicídios no município de Palmas (TO) para cada ano do estudo

Ano	População	Sexo				Totais		
		Masculino		Feminino		n	%	Taxa*
		n	%	n	%			
2000	137.355	7	10,4	0	-	7	8,0	5,1
2001	150.884	7	10,4	0	-	7	8,0	4,6
2002	161.137	6	9,0	2	9,5	8	9,0	5,0
2003	172.176	6	9,0	2	9,5	8	9,0	4,6
2004	187.639	4	6,0	2	9,5	6	6,9	3,2
2005	208.165	4	6,0	2	9,5	6	6,9	2,9
2006	220.889	7	10,4	4	19,5	11	12,5	5,0
2007	178.386	10	14,9	5	23,5	15	17,0	8,4
2008	184.010	9	13,5	2	9,5	11	12,5	6,0
2009	188.645	7	10,4	2	9,5	9	10,2	4,8
Total		67	100,0	21	100,0	88	100	4,9

* Taxa para cada 100 mil habitantes

Fonte; IBGE, 2012

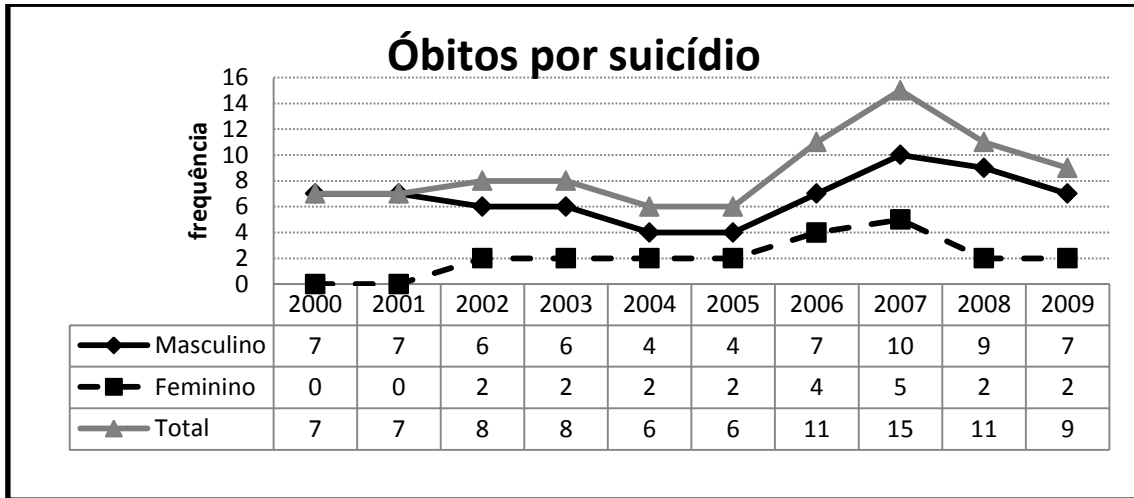
A razão entre as taxas por sexo apontou uma sobremortalidade masculina importante, superior a três suicídios masculinos para cada suicídio feminino.

7.1.1.1 Características descritivas da amostra

Sexo - Na distribuição dos suicídios ocorridos na cidade no período pesquisado, segundo sexo, observou-se que, nos anos 2000 e 2001, não houve registros do evento entre a população feminina. Entre 2002 até 2005, dois casos foram notificados a cada ano. Entretanto, chama à atenção a elevação dos casos femininos ocorridos entre os anos 2006 e 2007, quando os números duplicaram.

Nos casos masculinos, as taxas apresentam pequenas oscilações nos anos iniciais da pesquisa, e uma elevação significativa nos anos de 2007 e 2008. Estes índices podem ser observados na Figura 4.

Figura 4 - Série histórica de suicídios na cidade de Palmas no período de 2000 a 2009, segundo sexo.



Faixa Etária - Quanto à distribuição dos casos de óbitos por suicídio, no período da pesquisa, segundo sexo e faixa etária, verificou-se um percentual de 29,5% dos casos na faixa de 20 a 29, 20,4% na faixa de 30 a 39 anos, 35,3% entre os com mais de 40 anos e 14,8% entre os menores de 20 anos. As idades variaram entre 13 e 74 anos, com média geral de $34,4 \pm 1,5$ anos. As menores frequências ficaram na faixa dos mais jovens (10 a 14 anos) e dos mais idosos (70 a 79 anos), com dois casos em cada uma.

Os eventos femininos aumentaram gradativamente: 4,8 % na faixa etária de 10 a 14 anos; 9,5% na faixa de 15 a 19 anos, 14,3% na faixa de 20 a 29, chegando a 42,9% na faixa etária de 40 a 49 anos. Entre os homens os percentuais foram: 1,4% na faixa de 10 a 14 anos, 13,5% para os de 15 a 19 anos. As faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos apresentaram os maiores percentuais, 34,3% e 23,8%, respectivamente. Na faixa de 60 a 69 anos, foram três casos masculinos e um feminino. Entre as pessoas na faixa de 70 a 79, anos foram registrados dois casos entre os homens e não houve registro de ocorrências entre as mulheres, em todo o período pesquisado.

Foi testado se houve diferenças no número de casos de suicídios quanto às médias de idade dos dois sexos. No entanto o teste t de Student não mostrou diferença entre os grupos (Feminino: $39,4 \pm 3,2$ anos; Masculino: $32,8 \pm 1,7$; $p=0,067$).

Cor da Pele - Em relação à cor da pele, as pessoas que mais cometeram suicídio no período pesquisado foram as de cor branca, seguidas pelas pardas com percentuais de 45,5% e 40,9%,

respectivamente. As de cor preta representaram 9,1 do total de casos notificados. Na distribuição por sexo, os percentuais de casos masculinos foram 46,3% para os brancos, 40,3% para os pardos e 7,5%, para os pretos. Entre as mulheres, obtiveram-se percentuais de 42,9% para brancas e pardas e, 14,3% para as de cor preta. Em quatro casos (4,5%), a informação sobre a cor da pele, não constou da notificação.

Estado Civil - Em relação ao estado civil, na série histórica, verificou-se um maior número de ocorrências notificadas no segmento dos solteiros, tanto para os homens como para as mulheres, com percentual de 58,2% e 47,6% respectivamente, enquanto o percentual de homens casados foi de 26,9% e de mulheres casadas 38,1%. Os viúvos representaram 7,5% de homens e 4,8% das mulheres. Em 9,5% das notificações do sexo feminino apresentava “Outros” como situação conjugal. O estado civil não foi informado em 7,5% dos casos notificados. Não houve associação estatística entre o sexo e a variável estado civil ($p>0,05$).

Escolaridade - Na série histórica estudada, o maior percentual (26,1%) dos casos ocorreu para as pessoas com escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo, que equivale ao atual Ensino Fundamental II. Verificou-se que o maior percentual de casos de suicídios ocorridos entre as mulheres (42,9%) ficou entre as que contavam com escolaridade entre 1 a 4 anos de estudo (Ensino Fundamental I) e, em seguida, com 19,0% e 14,2%, respectivamente, as que estudaram entre 5 a 8 anos (Ensino Fundamental II) e com 9 a 11 anos de estudo (Ensino Médio). Entre os homens, 28,4% contavam entre 5 a 8 anos de estudo, 19,5% com 9 a 11 anos e 13,4% com 1 a 4 anos. As pessoas com mais de 12 anos de estudo (Ensino Superior incompleto), foram 1,5% dos homens e 4,8% de mulheres, representando apenas um caso masculino e um feminino. Em um percentual bastante elevado (37,3% dos casos masculinos e 19,0% dos femininos), as notificações não apresentaram a informação sobre o grau de escolaridade. Não houve associação estatística entre variável sexo e a variável escolaridade ($p>0,05$).

A Tabela 4 apresenta as características descritivas da amostra, permitindo uma visão dos coeficientes totais e individuais de cada sexo ao longo do período estudado, destacando a magnitude dos indicadores de alguns coeficientes.

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos casos de suicídios quanto às variáveis descritivas da amostra, na cidade de Palmas, no período de 2000 a 2009 n = 88

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Idade						
10 a 14 anos	1	1,4	1	4,8	2	2,3
15 a 19 anos	9	13,5	2	9,5	11	12,5
20 a 29 anos	23	34,3	3	14,3	26	29,5
30 a 39 anos	16	23,9	2	9,5	18	20,4
40 a 49 anos	10	14,9	9	42,9	19	21,5
50 a 59 anos	3	4,5	3	14,3	6	6,9
60 a 69 anos	3	4,5	1	4,8	4	4,6
70 anos e mais	2	3,0	0	0,0	2	2,3
Cor da pele						
Branca	31	46,3	9	42,9	40	45,5
Parda	27	40,3	9	42,9	36	40,9
Preta	5	7,5	3	14,3	8	9,1
Não Informado	4	6,0	0	0,0	4	4,5
Subtotal	67	100	21	100	88	100
Estado Civil						
Solteiro	39	58,2	10	47,6	49	55,7
Casado/união estável	18	26,9	8	38,1	26	29,6
Viúvo	5	7,5	1	4,8	6	6,8
Outros	0	0,0	2	9,5	2	2,2
Não Informado	5	7,5	0	0,0	5	5,7
Escolaridade						
1 a 4 anos	9	13,4	9	42,9	18	20,5
5 a 8 anos	19	28,4	4	19,0	23	26,1
9 a 11 anos	13	19,4	3	14,3	16	18,2
+ de 12 anos	1	1,5	1	4,8	2	2,3
Não Informado	25	37,3	4	19,0	29	32,9
Total	67	100	21	100	88	100

7.1.1.2 Características descritivas dos eventos

Local de Residência - Apresentamos a distribuição dos casos de suicídios, segundo o local de residência. Conforme descrito no Método, para localização dos casos, a cidade foi dividida em quatro regiões específicas:

Região-1 apresentou 21 casos, sendo 16 (23,9%) masculinos e cinco (23,8) femininos.

Região-2 com 20 casos, onde 15 (22,4%) foram de homens e cinco (23,8%) de mulheres.

Região-3 Na região foram notificados 40 casos, sendo 31 (46,3%) masculinos e nove (42,9%) femininos

Região-4 inclui o distrito de Taquaruçu, Zona Rural e o entorno, com cinco casos registrados, sendo três (4,5%) de casos masculinos e dois (9,5%) de casos femininos.

Em dois casos masculinos (3,0%) dos óbitos, a notificação não informava o local de residência. Não houve associação estatística significativa entre a variável sexo e a variável local de residência, ($p>0,05$).

Método Utilizado - O enforcamento foi o método mais utilizado para cometer suicídio, representando 59,1% do total, com a arma de fogo como o segundo método mais utilizado com 19,3%, e a autointoxicação em terceiro, com 18,2%.

Separadamente, por sexo, o enforcamento representou 64,2% dos suicídios masculinos, em seguida a arma de fogo (23,9%), ficando a autointoxicação voluntária, em terceiro (9,0%). “Outros métodos”, que incluíram a precipitação de lugares altos e ferimentos por objeto cortante ou penetrante, foram responsáveis por 3,0% dos casos masculinos.

Entre as mulheres, a autointoxicação foi o método mais utilizado (47,6%), o enforcamento foi o segundo método, com 42,9%, e o disparo de arma de fogo e “outros” (queimaduras por fumaça/fogo ou chama) representaram 4,8%, cada uma. O percentual de mulheres dentro do grupo de pessoas que usaram a autointoxicação foi significativamente maior que o observado na amostra total. Entre os homens, o percentual de casos de enforcamentos e armas de fogo foi superior ao observado na amostra total.

Local da Ocorrência* - Na descrição dos locais de ocorrência dos suicídios observou-se que um percentual de 67,0% de eventos ocorreu na própria residência (62,7% dos casos masculinos e 81,0% dos casos femininos). Os demais casos se distribuíram entre vários locais, como habitação coletiva **, via pública, local de trabalho, comércio/serviço e “outros” que se referem a duas ocorrências em instituições hospitalares.

Observou-se que em 20,9% dos casos masculinos e 14,3% dos femininos o local da ocorrência não foi informado na notificação. Não houve associação estatística entre o sexo e a variável local de ocorrência ($p>0,05$).

* Foi adotada a mesma Codificação utilizada nos Sistemas de Informações SIM e VIVA;

** Habitação coletiva se refere a: abrigo, pensionato, república, albergue, casa de passagem, cortiço, lar abrigo, etc (em conformidade com os Sistemas de Informações).

A distribuição dos eventos suicidas compõe a Tabela 5, permitindo uma visão dos coeficientes totais, distribuídos por sexo, relativos aos eventos suicidas notificados no período pesquisado.

Tabela 5 - Distribuição de frequências das variáveis descritivas dos eventos suicida, na cidade de Palmas no período de 2000 a 2009 n=88

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Local de Residência						
R-1 Plano Diretor Sul	16	23,9	5	23,8	21	23,8
R-2 Plano Diretor Norte	15	22,4	5	23,8	20	22,7
R-3 Bairros da Região Sul	31	46,3	9	42,9	40	45,5
R-4 Taquaruçu e Zona rural	3	4,5	2	9,5	5	5,7
Não Informado	2	3,0	0	0,0	2	2,2
Método utilizado*						
Enforcamento (X70)*	43	64,2	9	42,9	52	59,0
Autointoxicação (X64,65,68,69)*	6	9,0	10	47,6	16	18,2
Arma de fogo (X72,73,74)*	16	23,9	1	4,8	17	19,3
Outros (X76,78,80)*	2	3,0	1	4,8	3	3,4
Local ocorrência **						
Residência	42	62,7	17	81,0	59	67,0
Habitação coletiva***	3	4,5	0	0,0	3	3,5
Via pública	2	3,0	0	0,0	2	2,2
Comércio/serviços	1	1,5	1	4,8	2	2,2
Local de trabalho	3	4,5	0	0,0	3	3,5
Outros (Inst.Hospitalar)	2	3,0	0	0,0	2	2,2
Não Informado	14	20,9	3	14,3	17	19,4
Subtotal	67	100	21	100	88	100

- * Foi utilizada a codificação da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que inclui as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões provocadas intencionalmente).
- ** Foi adotada a mesma Codificação utilizada nos Sistemas de Informações SIM e SINAN;
- *** Habitação coletiva: abrigo, pensionato, república, albergue, casa de passagem, cortiço, lar abrigo, etc. (em conformidade com os Sistemas de Informações: SIM e SINAN).

Ocupação Profissional - Com base nos registros fornecidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a variável Ocupação Profissional só passou a integrar a notificação, a partir de agosto de 2006. Portanto, a descrição deste item não apresenta a totalidade dos casos notificados, o que impossibilita generalizações sobre os dados obtidos.

No período de 2006 a 2009, as ocupações profissionais que apresentaram maior percentual de ocorrências foram as donas de casa, com 12,7% (6/47) e os estudantes 10,6% (5/47) e, em seguida os comerciantes varejistas, empregados domésticos, trabalhadores da agricultura, pedreiros e servidores públicos com 6,5% (3/47) casos em cada. A Tabela 6 descreve os dados obtidos em relação à ocupação profissional.

Tabela 6 - Óbitos por suicídio, segundo Ocupação Profissional – série histórica de 2006 a 2009*

Ocupação	FREQUÊNCIA				TOTALS	
	2006	2007	2008	2009	n	%
Comerciante varejista	1	1	1	0	3	6,5
Advogado	0	1	0	0	1	2,1
Músico	1	0	0	0	1	2,1
Artesã	1	0	0	0	1	2,1
Empregado doméstico serviços gerais	1	1	1	0	3	6,5
Garçom	0	1	1	0	2	4,2
Trabalhador da agricultura	1	0	1	1	3	6,5
Pedreiro	0	2	0	1	3	6,5
Prod. Agrícola	0	0	0	1	1	2,1
Armador de estrutura de conc	0	0	1	0	1	2,1
Carpinteiro	1	0	0	0	1	2,1
Pintor de obras	1	0	0	0	1	2,1
Costureiro, a máquina confecção em série	0	0	1	0	1	2,1
Motorista de táxi	0	1	0	0	1	2,1
Motorista de caminhão	0	0	2	0	2	4,2
Estudante	0	4	0	1	5	10,6
Dona de Casa	2	3	0	1	6	12,7
Servidor público	0	1	1	1	3	6,5
Técnico de informática	0	0	0	1	1	2,1
Aux. Serv. Gerais	1	0	0	1	2	4,2
Sem profissão	1	0	0	1	2	4,2
Aposentado/Pensionista	0	0	1	0	1	2,1
Não informada	0	1	1	0	2	4,2
Total	11	16	11	9	47	100

* as informações sobre este item só passaram a ser apresentadas nas notificações a partir de agosto /2006.

7.1.2 Autópsias psicológicas e psicossociais

Apresentamos a seguir uma análise descritiva dos diversos fatores associados aos suicídios, obtidos por meio das 24 entrevistas de autópsia psicossociais, realizadas com pessoas próximas aos sujeitos que formaram a população do estudo, onde se buscou elucidar a história clínica dos suicídios. Também foram contextualizadas algumas características da vida dos sujeitos e a compreensão dos processos familiares onde se procurou valorizar a significação da dinâmica familiar, as circunstâncias afetivas, sociais, econômicas e culturais envolvidas no ato, além da opinião pessoal dos entrevistados sobre os fatos que precipitaram o suicídio de seu familiar.

7.1.2.1 Informações sobre as entrevistas e as famílias entrevistadas

Entre os 24 casos de suicídios em que os familiares foram localizados e concordaram em participar da pesquisa, foram realizadas 33 entrevistas (nove destas entrevistas foram realizadas em locais diferentes e com pessoas diferentes, mas relacionadas à mesma família). No total, 43 pessoas participaram das entrevistas, sendo (30 mulheres e 13 homens) familiares e/ou amigos da população do estudo e profissionais da saúde. A pessoa de menor idade contava 18 anos (irmão mais novo) e, a mais idosa, 68 anos (avô).

Para garantir a fidedignidade das informações colhidas, procurou-se realizar a entrevista com mais de uma pessoa. Quando não foi possível reunir dois familiares ou amigos, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conhecia a história da família, participou como a segunda pessoa da entrevista. Entretanto, na maioria das entrevistas (73%), não foi possível contar com esta segunda pessoa em decorrência do ACS não conhecer suficientemente a família, geralmente por ser lotado há pouco tempo na Unidade de Saúde de Referência.

Em 73% (24/33) das entrevistas só foi possível dialogar com uma pessoa, em 24% (8/33) duas pessoas participaram da reunião e em apenas uma entrevista (3%) foi possível reunir três integrantes da família (pai, mãe e uma irmã). Do total de pessoas entrevistadas, 63% eram parentes próximos, 14% amigos e vizinhos e 23% funcionários do sistema de saúde - Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entre os parentes, 70% foram de mães e pais e os 30% restante distribuíram-se entre cônjuges, filhos, tios, irmãos, cunhados, avô e nora.

A Tabela 7 apresenta as informações sobre as pessoas entrevistadas. No total, 33 famílias foram localizadas e 24 aceitaram participar das entrevistas (nove não aceitaram). Do total de 88 casos notificados, em 23 destes a notificação não apresentava o endereço completo ou correto; em outros 21 casos, os familiares mudaram de endereço ou de cidade (após o suicídio de seu familiar); em quatro casos a pessoa falecida residia sozinha e não foi possível localizar seus familiares na cidade; em outros cinco casos as residências estavam sempre fechadas (foram feitas três tentativas de contato, sem sucesso); em dois casos a pessoa responsável (esposa e mãe) faleceu algum tempo após o suicídio de seu familiar e não foram localizados registros de outros familiares na cidade.

Tabela 7 - Informações sobre a localização das pessoas entrevistadas = 88

Distribuição dos Casos	n	%
Entrevistados	24	27,3
Não localizados (endereços incompletos)	23	26,2
Familiares mudaram de endereço (ou de cidade)	21	23,8
Residiam sozinhos (não tinham familiares na cidade)	4	4,5
Residências sempre fechadas (não foi possível entrar em contato com os familiares em 3 tentativas)	5	5,6
Não aceitaram participar	9	10,3
Familiar faleceu algum tempo após (1 esposa e 1 mãe) e não foi possível localizar outros familiares	2	2,3
Total	88	100

Local de realização das entrevistas - Foi facultada aos participantes a escolha do local das entrevistas. A maioria (57,5% - 19/33) optou por sua própria residência; 36,5% (12/33) preferiram o seu local de trabalho e 6% (2/33) escolheram a Unidade de Saúde.

Tempo de duração das entrevistas - O tempo de duração das entrevistas variou entre 55 minutos a 2 horas e 15 minutos. Não foi previamente fixado um limite para a duração das entrevistas, facultando-se aos entrevistados que, após a resposta ao item abordado, fizessem as observações e comentários que julgassem importantes.

Local de origem das famílias - As famílias entrevistadas são todas provenientes de outras localidades: uma do Paraná, uma de São Paulo, duas do Mato Grosso, duas de Goiás, três do Maranhão, duas do Piauí, uma de Alagoas e doze de cidades do interior do Estado (antigo norte Goiás, antes da criação do Estado do Tocantins), fato justificado pela criação recente do Estado e pelo grande número de pessoas que se deslocaram de outras regiões para a cidade de Palmas.

7.1.2.2 Caracterização descritiva dos casos de suicídios estudados

Sexo/Faixa Etária - Entre os 24 casos de suicídios estudados, 19 eram homens e cinco mulheres, com idades variando entre 16 e 62 anos. Observou-se maior concentração de casos masculinos nas faixas entre 20 a 29 anos (36,8%) e de 30 a 39 anos (31,6%). Ainda, entre os casos masculinos, destacamos três casos de adolescentes (15 a 19 anos) e um idoso (61 a 70 anos). Nos casos femininos, as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 40 a 49 anos representaram 40% dos casos, cada uma. Apenas 20% se localizaram na faixa de 30 a 39 anos.

Método utilizado - O enforcamento representou o método mais utilizado. Foram 15 casos entre os homens (78,9%) e quatro entre as mulheres (80,0%). Em seguida, a autointoxicação com 10,5% e 20,0% respectivamente, para homens (dois casos) e mulheres (um caso). Nos outros dois casos masculinos estudados, as lesões foram autoprovocadas por arma de fogo e por objeto cortante ou penetrante (4,2% cada).

Local da ocorrência - Entre os casos masculinos, apenas três não ocorreram no domicílio (dois estavam hospitalizados em decorrência de tentativas anteriores e suicidaram-se na própria instituição e um suicídio foi perpetrado em via pública, todos por enforcamento). Verificamos que apenas quatro casos chegaram a ser hospitalizados (dois por envenenamento, um por ferimento com objeto perfurocortante e um por enforcamento), nos demais casos não houve possibilidade de socorro, em decorrência da alta letalidade empregada no ato. Nos cinco casos femininos, todos ocorreram na residência da vítima. Foram quatro enforcamentos e um envenenamento, único caso em que a vítima chegou a ser hospitalizada.

A distribuição das frequências das variáveis descritivas dos casos pesquisados, por meio das autópsias psicológicas, esta apresentada na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8 - Distribuição de frequências das variáveis descritivas dos casos estudados

Variável	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
15 a 19 anos	3	15,8	-	-	3	12,5
20 a 29 anos	7	36,8	2	40,0	9	37,5
30 a 39 anos	6	31,5	1	20,0	7	29,3
40 a 49 anos	-	-	2	40,0	2	8,3
50 a 59 anos	2	10,6	-	-	2	8,3
60 a 69 anos	1	5,3	-	-	1	4,1
Método utilizado						
Enforcamento (X70)*	15	78,9	4	80,0	19	79,4
Autointoxicação p/ pesticidas (X68) *	2	10,5	-	-	2	8,3
Autointoxicação (X69) *	-	-	1	20,0	1	4,1
Arma de fogo (X72)*	1	5,3	-	-	1	4,1
Lesão objeto cortante/penetrante (X78)*	1	5,3	-	-	1	4,1
Local ocorrência						
Residência	16	84,2	5	100,0	21	87,6
Hospital	2	10,5	-	-	2	8,3
Via pública	1	5,3	-	-	1	4,1
Total	19	100,0	5	100,00	24	100,0

7.1.2.3 Fatores socioeconômicos associados ao ato suicida

Os fatores socioeconômicos que foram indicados como associados aos atos suicidas investigados estão apresentados na Tabela 9.

Estado Civil - Verificamos um elevado percentual de homens solteiros (57,9%). Entre os casados, o percentual foi de 36,9% e separados representam 5,2%, enquanto as mulheres solteiras e casadas apresentaram os mesmos percentuais 40% cada, e separadas representaram 20%.

Escolaridade- Uma significativa parcela de homens (63,3%) e de mulheres (60%) contavam com 5 a 8 anos de estudo (ensino fundamental II). Já 15,7% de homens e 20% de mulheres apresentaram ensino médio (de 9 a 11 anos de estudo). Ademais, 10,5% de homens

apresentaram 1 a 4 anos de estudo (ensino fundamental I), além de 12,5% do total (dois homens e uma mulher) com o nível superior incompleto (mais de 12 anos de estudo).

Religião - Foram encontrados percentuais de 45,9% de católicos, 37,5% de evangélicos e 16,6% sem religião, embora em 36% (4/11) das pessoas católicas e 33% (3/9) das evangélicas, os familiares tenham informado a condição de não praticantes, ou que haviam alterado sua prática religiosa, especialmente nos meses que antecederam ao suicídio.

Cor da Pele - Entre os casos masculinos, maior frequência foi de pardos (57,8%) seguidos pelos brancos 31,7% e 10,5% de pretos. Nos casos femininos, os percentuais entre brancas e pardas foram 40% cada, enquanto 20% tinham cor de pele preta.

Tabela 9 - Distribuição dos casos, segundo fatores socioeconômicos identificados n=24.

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiros	11	57,9	2	40	13	54,2
Casados/união estável	7	36,9	2	40	9	37,5
Separados	1	5,2	1	20	2	8,3
Subtotal	19	100	5	100	24	100
Escolaridade						
Ensino Fundamental (1 a 4 anos)	2	10,5	-	-	2	8,3
Ensino Fundamental (5 a 8 anos)	12	63,3	3	60	15	62,6
Ensino Médio (9 a 11 anos)	3	15,7	1	20	4	16,6
Curso Superior Incompleto	2	10,5	1	20	3	12,5
Subtotal	19	100	5	100	24	100
Religião						
Católica	9	47,5	2	40	11	45,9
Evangélica	7	36,8	2	40	9	37,5
Sem Religião	3	15,7	1	20	4	16,6
Subtotal	19	100	5	100	24	100
Cor da Pele						
Branca	6	31,7	2	40	8	33,3
Preta	2	10,5	1	20	3	12,5
Parda	11	57,8	2	40	13	54,2
Total	19	100		100	24	100

Ocupação Profissional– Em conformidade com as informações dos entrevistados, um percentual de 29% era de trabalhadores na informalidade: auxiliares de serviços gerais e trabalhadores da construção civil. Em 33% dos casos havia um vínculo formal: trabalhadores do setor público (três casos), técnicos (dois casos) e um montador de acessórios automotivos. Entre as mulheres, três não exerciam atividades profissionais, uma trabalhava informalmente como artesã e outra era servidora pública. Outros 33% não realizavam atividades profissionais, conforme a Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos casos, segundo ocupação profissional n=24

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ocupação Profissional						
Sem atividade profissional	5	26,5	-	-	5	20,8
Trabalhador do Serv. Público	3	15,7	1	20,0	4	16,5
Trabalhadores da Constr. Civil	3	15,7	-	-	3	12,5
Auxiliar de Serviços Gerais	3	15,7	-	-	3	12,5
Dona de casa	-	-	3	60,0	3	12,5
Serviço técnico	2	10,5	-	-	2	8,4
Estudante	1	5,3	-	-	1	4,2
Montador de acessórios auto	1	5,3	-	-	1	4,2
Artesã	-	-	1	20,0	1	4,2
Aposentado	1	5,3	-	-	1	4,2
Total	19	100,0	5	100,0	24	100,0
Vínculo Ativo ou Inativo						
Vínculo formal	7	36,8	1	20,0	8	33,3
Vínculo informal	6	31,6	1	20,0	7	29,2
Sem Vínculo	5	26,3	3	60,0	8	33,3
Aposentado	1	5,3	-	-	1	4,2
Total	19	100,0	5	100,0	24	100,0

7.1.2.4 Fatores de Risco identificados nos casos estudados

Os principais fatores de risco e determinantes dos suicídios identificados foram agrupados em categorias afins e estão descritos na Tabela 11. Entre os homens, destacam-se

os transtornos mentais e os quadros depressivos (28,3%), incluindo pacientes com diagnóstico e acompanhamento psiquiátrico (dez casos) e sem diagnósticos (três casos). Ainda, entre os homens, o segundo maior fator de risco encontrado (15,2%) foi o uso do álcool e de outras drogas (principalmente o crack e maconha, geralmente associados a outros fatores de risco). Em terceiro, apareceram os desajustes causados pelos relacionamentos familiares conturbados (10,8%), que foram seguidos de tentativas de suicídio anteriores (8,6%). Foram relatados cinco casos (quatro homens e uma mulher) de tentativas anteriores, todas confirmadas pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Um caso chama a atenção por apresentar três tentativas nos quatro meses que antecederam ao ato consumado.

Em seguida, verificaram-se as condições desfavoráveis de trabalho; história familiar de mortes por suicídio e mudança de cidade ou estado 6,5% cada uma, além da violência intrafamiliar, doenças físicas incapacitantes e as dificuldades relacionadas ao trabalho ou à escola, e no acesso aos Serviços de Saúde, com 4,4% cada uma.

Os relatos evidenciaram uma história familiar de suicídios consumados em quatro casos (três homens e uma mulher). Nos casos masculinos, um irmão ou irmã cometeu suicídio anteriormente. No caso feminino foram relatados vários suicídios entre os familiares, inclusive um caso recente, ocorrido em outra cidade.

Entre as mulheres, os principais fatores de risco identificados foram os transtornos mentais e depressivos, com ou sem antecedentes familiares e associados ou não ao uso de substâncias psicoativas (38,4%). Em seguida, verificaram-se o alcoolismo e outras drogas, os distúrbios no relacionamento familiar, violências entre seus membros, tentativas e suicídios entre familiares, privações de bens básicos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, com 7,7% cada.

Em 6,5% de casos masculinos e 7,7% dos casos femininos, dificuldades relacionadas à adaptação a cidade foram mencionadas, principalmente pela perda do contato com os familiares, amigos e a cultura de sua região. Foram citados ainda, os problemas ligados à adaptação a novos padrões econômicos e socioculturais e a outros arranjos familiares, situações que agravaram casos pré-existent de quadros depressivos e levaram ao alcoolismo, ao uso de drogas e a dificuldades no ambiente profissional.

Tabela 11 - Distribuição dos fatores de risco identificados, segundo sexo

Fatores de Risco Identificados	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Transtorno mental / depressivo	13	28,3	5	38,4	18	30,5
Alcoolismo e outras drogas	7	15,2	1	7,7	8	13,5
Relacionamento Familiar conturbado	5	10,8	1	7,7	6	10,2
Tentativas de suicídio anteriores	4	8,6	1	7,7	5	8,4
Suicídios e tentativas entre familiares	3	6,5	1	7,7	4	6,7
Mudança de cidade	3	6,5	1	7,7	4	6,7
Condições desfavoráveis de trabalho	3	6,5	-	-	3	5,2
Violência intrafamiliar	2	4,4	1	7,7	3	5,2
Dificuldade de acesso Serviços de Saúde	2	4,4	1	7,7	3	5,2
Doenças físicas incapacitantes	2	4,4	-	-	2	3,4
Dificuldade na Escola ou Trabalho	2	4,4	-	-	2	3,4
Privação de bens básicos	-	-	1	7,7	1	1,6
Total	46	100	13	100	59	100

7.1.2.5 Contextualização de alguns casos analisados por meio das autópsias psicossociais

A partir dos relatos dos entrevistados, contextualizamos alguns achados da pesquisa, em que se pode identificar os fatores de risco mencionados pelos entrevistados. Procuramos também refletir sobre os casos com base em estudos científicos, já elaborados.

Entre os pacientes não avaliados por um especialista, dois casos demonstraram as dificuldades e as limitações dos familiares em lidar, sem suporte profissional adequado, com situações que fogem à normalidade. O primeiro se refere a um rapaz de 23 anos que apresentava alterações comportamentais. Vivia isolado e recusava sistematicamente um acompanhamento médico. Negava-se a usar qualquer tipo de medicação, chegando inclusive a rejeitar os alimentos oferecidos, por suspeitar que pudessem conter algum medicamento. Seus familiares não reconheceram a necessidade de uma intervenção profissional, tratando o filho com carinho e presentes caros, na esperança de conseguir convencê-lo a mudar de atitude e/ou aceitar um acompanhamento médico. Embora algumas pessoas tivessem tentado alertá-los e houvesse antecedentes familiares, não perceberam a gravidade da situação. O rapaz foi

encontrado por alguns colegas, inconsciente, em um galpão da chácara onde residia. Suspeita-se da ingestão de uma grande quantidade de agrotóxicos.

Meu filho era muito inteligente, escrevia versos e desenhava muito bem. Até recebeu alguns prêmios na escola. Mas, repetiu a 4ª série algumas vezes e abandonou a escola. Passou a se fechar no quarto, não queria ninguém por perto. Nunca conseguimos convencê-lo a ir ao médico, nem ao “Postinho de Saúde” ele aceitava ir (pai).

O estado dele se agravou após a morte de Michael Jackson. Ele sentiu muita tristeza quando soube e se isolou ainda mais. Ficou vários dias no quarto, só ouvindo músicas e assistindo televisão. Tentamos muitas vezes levá-lo ao médico, mas ele desconfiava e se trancava no quarto (irmã).

Nunca pensei que isto pudesse acontecer com o meu filho. Só agora é que percebo que devia ter agido de outra forma. Fiz tudo por ele, era o meu “caçula”. Comprava tudo que ele pedia. O último presente foi uma moto e um computador. Tentei, algumas vezes, dar um remédio no suco ou na comida, mas ele desconfiou e passou a não aceitar nada que fosse oferecido. Só comia o que ele mesmo colocava no prato. Ele precisava de ajuda e eu não vi, achava que ia melhorar (mãe).

Homem: 23 anos. Não trabalhava e não estudava, (com ensino fundamental incompleto).

No segundo caso, ao contrário, foi buscado insistentemente um acompanhamento médico especializado. Trata-se de uma moça de 21 anos, com quadro depressivo, histórico de antecedentes familiares e também com uma grande dificuldade de adaptação à cidade. Procurou orientação e acompanhamento médico por mais de um ano, em diferentes locais, mais recebeu apenas orientações básicas, não sendo encaminhada a um Serviço Médico Especializado.

Cometeu o suicídio por enforcamento, no quarto que dividia com a irmã mais nova, sem deixar nenhuma explicação para seu ato.

Já conhecia o problema. Sabia que ela não estava bem. Estava igual a sua avó, minha mãe, que tem as mesmas dificuldades. Buscamos ajuda

profissional, em vários locais. Mas, só davam conselhos “vai dançar” “passear com os amigos” “fazer exercícios ou caminhadas, ajuda muito” era o que ouvíamos sempre nas Unidades de Saúde. Faltou sensibilidade e competência aos profissionais (mãe).

Ela parou de estudar, não sabia o que fazer. Parecia não ter um objetivo (padrasto)

Mulher: 21 anos. Não trabalhava e não estudava (com ensino médio completo)

Em outros dois suicídios foram relatados, como fatores determinantes, as doenças físicas incapacitantes. No primeiro, um caso de tetraplegia provocada por uma cirurgia de hérnia de disco. Um homem de 54 anos que, após as complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, ficou por mais de 12 anos tentando recuperar algum movimento, com exercícios e fisioterapia, realizados regularmente, porém sem nenhum sucesso. Foi um processo longo e doloroso que acabou por levá-lo a buscar a própria morte, ao constatar que jamais conseguiria recuperar os movimentos. Este é um caso que foge totalmente ao esperado, pois é surpreendente um tetraplégico suicidar-se por enforcamento. Entretanto, ele conseguiu convencer um dos filhos a realizar todos os procedimentos necessários, alegando que seria para a sua sessão extra de fisioterapia. Orientou o rapaz como amarrar a corda e a deixar a cadeira de rodas sem a trava de segurança, o que permitiu a realização de seu intento, apesar de suas limitações físicas.

Meu irmão sofreu muito. Não suportava depender dos filhos e da mulher para tudo. Enquanto ainda acreditava na sua recuperação, ele lutou. Sua preocupação era a fisioterapia, onde colocava toda a esperança, mas só conseguiu recuperar um pequeno movimento em dois dedos da mão esquerda. Ele se sentia um peso para a família. Recusava-se a sair de casa. Não participava das festas e não ia mais à igreja. Vivia sempre isolado, foi perdendo a esperança e, resolveu acabar tudo. (irmã)

Homem: 54 anos, pedreiro (aposentado por invalidez).

O outro caso se refere a um homem de 62 anos que apresentava sequelas de três acidentes vasculares encefálicos. Passou a apresentar grandes limitações físicas (dificuldades

motoras e perda parcial da visão), além de apresentar lapsos de memória, episódios de agressividade, alterações de comportamento/humor e comprometimento das atividades básicas. Os problemas de saúde e as limitações impostas pelas sequelas acarretaram a sua demissão do emprego e a mudança de cidade. Seu quadro foi agravado pelo suicídio de um amigo, que residia em sua cidade de origem. Após o suicídio do amigo, ele passou a apresentar constantes episódios de agressividade e alucinações. Cortou a garganta com uma faca de cozinha e ficou internado por 12 dias, contraindo uma grave infecção respiratória que o vitimou.

Papai foi mudando, depois da doença. Não aceitava ficar sem trabalhar, mas não tinha condições de voltar e não conseguiu a aposentadoria. Sofria por ter mudado de cidade, sentia falta da chácara onde morava, antes da doença. Mas foi preciso mudar. No interior não tinha assistência médica e, ele precisava ficar perto dos filhos. Foi ficando cada dia mais agressivo; brigava com os vizinhos e desconfiava das pessoas. O estado dele só foi piorando. Quando soube do suicídio de um amigo, ficou mais agitado, passou a falar sozinho e dizia ver pessoas ao seu lado. Mudou tanto, que abandonou a igreja católica e passou a frequentar uma igreja evangélica. (filha).

Homem: 62 anos, auxiliar de serviços gerais (estava desempregado)

Condições desfavoráveis no trabalho e na escola ilustram outros dois casos. No primeiro, um funcionário público, responsável pela segurança noturna de um depósito, acabou envolvido em um processo e ameaçado de ser responsabilizado pelo desvio de material da empresa. Bem visto pelos colegas, considerado honesto e responsável, não suportou o peso das acusações. Saiu da empresa durante o expediente, alegando que iria comprar um lanche, foi para casa e se matou com um tiro no queixo (com a arma que usava para o trabalho). Foi encontrado horas depois por vizinhos e colegas de trabalho. Era solteiro e sua família residia em outra cidade.

Não conseguimos compreender o que aconteceu. Ele não deixou explicações. Algum tempo depois se falou em um problema com desvio de

material, mas que ele não tinha envolvimento, “apenas fechou os olhos para o caso”. Quando começaram a investigar, ele não conseguiu suportar. (amiga).

Homem: 36 anos, (funcionário público).

Dificuldades na escola estão representadas no caso de um adolescente (16 anos) com diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Entretanto, sem suporte terapêutico, apresentava episódios de ansiedade, comprometimento da socialização e de adaptação. Sofria constrangimentos de colegas e profissionais na escola. Após um desses problemas, os pais foram chamados para uma conversa que resultou em mais constrangimento para o garoto e acabou precipitando o ato. Ele constantemente recusava-se a comparecer às aulas, tendo solicitado reiteradas vezes aos pais, para mudar de unidade educacional. Infelizmente, não houve tempo para isto e o desfecho violento do caso aconteceu antes do final do semestre letivo. Após duas tentativas, sem sucesso, ele ingeriu um forte defensivo agrícola, que habitualmente era armazenado em sua casa. Chegou a ser hospitalizado, mas faleceu em poucas horas.

Não me perdoe. Eu devia ter deixado a reunião quando me chamaram na Escola do menino, mas pedi a mãe dele para ir e o resultado foi este. Meu filho era um menino bom, meu companheiro de pescarias. Hoje não consigo mais ter nenhum prazer na vida. Até a religião eu abandonei. Não acredito mais em nada. Ele também sofria, só ficava alegre quando estávamos na chácara, longe de todos. Pedia sempre para mudar de escola, mas resolvemos esperar o final do semestre, só faltavam dois meses e meio (pai).
Adolescente: 16 anos, estudante (6ª série).

Na maioria dos relatos encontramos evidências da intenção suicida, como alguns comportamentos anteriores ao ato que podem ser interpretados como uma comunicação prévia do propósito autolesivo. Segundo Werlang (2000), existe uma ambivalência interna que leva o indivíduo a buscar a morte, ao mesmo tempo em que espera a intervenção de alguém e, para isso, ele emite sinais verbais e/ou comportamentais que comunicam sua intenção. Porém,

quase nunca esses sinais (anteriores à autoviolência) são percebidos ou levados a sério pelos que os cercam (Minayo, 1998). Observamos em alguns relatos a presença desses indicativos. São sinais que aparecem de forma sutil, como mudanças de comportamento, pedidos de desculpa e de perdão aos familiares, pequenos bilhetes, versículos da Bíblia e poesias (de cunho religioso ou fúnebre) enviadas aos parentes e amigos, encontros e passeios combinados com companheiros de trabalho e amigos distantes. Outros foram mais diretos e incisivos adquirindo ou solicitando empréstimo de objetos característicos (como cordas e escadas), que deixaram expostos por algum tempo e depois utilizaram na concretização do intento.

1) Passou o dia todo no bar. Chegou bêbado e chorando, pediu perdão a mãe por todo sofrimento que causou. Depois foi à casa da vizinha, pediu uma corda emprestada e voltou para o seu quarto (irmão).

Homem; 31 anos (pedreiro).

2) Ele telefonou dizendo que precisava conversar comigo. Quando entrei, a corda da rede estava no chão da varanda, já com o nó pronto. Eu quis guardá-la, mas ele não deixou e pediu que eu fosse comprar cigarros. Voltei, 15 minutos depois, e não foi possível fazer mais nada (cunhada).

Homem: 36 anos (funcionário público).

3) Comprou a corda e a escada, no começo da semana e deixou na entrada da casa até o sábado, quando ocorreu o ato (amiga).

Mulher: 37 anos (funcionária pública).

4) Ele copiou o mesmo versículo da Bíblia (que falava sobre morte) em um papel escuro, e entregou aos amigos e a família. Só depois entendemos que era uma despedida (pai).

Homem: 23 anos (sem atividade profissional).

5) Organizou um encontro com os amigos da igreja, que tinha deixado de frequentar há algum tempo. Ele ligou para todos os amigos, pediu que não faltassem. Passaram o dia em uma cachoeira. (mãe).

Homem: 23 anos (armador de estruturas metálicas).

7.2 Tentativas de Suicídio

Descrevemos a seguir as características epidemiológicas das 196 tentativas de suicídio notificadas na cidade Palmas (TO) no período pesquisado. Em seguida apresentamos os resultados das 70 entrevistas psicossociais retrospectivas e contextualizamos alguns desses casos analisados.

7.2.1 Características epidemiológicas das tentativas de suicídio

A série histórica pesquisada, no caso das tentativas de suicídio, abrange o período de agosto de 2006 (quando se implantou o processo de notificações das violências) a dezembro de 2009.

A Tabela 12 apresenta as taxas médias anuais do evento, em que se observam percentuais em contínuo crescimento. Em 2006 a taxa ficou em 10,8 tentativas de suicídio por 100 mil habitantes, em 2007 chegou a 25,2 tentativas, elevando-se a 32,6 em 2008 e 35,5 em 2009.

Tabela 12 - Taxa média de tentativas de suicídio no município de Palmas (TO) para cada ano do estudo n=196

Ano**	População	Sexo				Total		
		Masculino		Feminino		n	%	Taxa*
		n	%	n	%			
2006	220.889	10	14,0	14	11,2	24	12,2	10,8
2007	178.386	11	15,5	34	27,2	45	23,0	25,2
2008	184.010	28	39,5	32	25,6	60	30,6	32,6
2009	188.645	22	31,0	45	36,0	67	34,2	35,5
Total		71	100,0	125	100,0	196	100,0	26,0

* Taxa para cada 100 mil habitantes
Fonte: IBGE, 2012

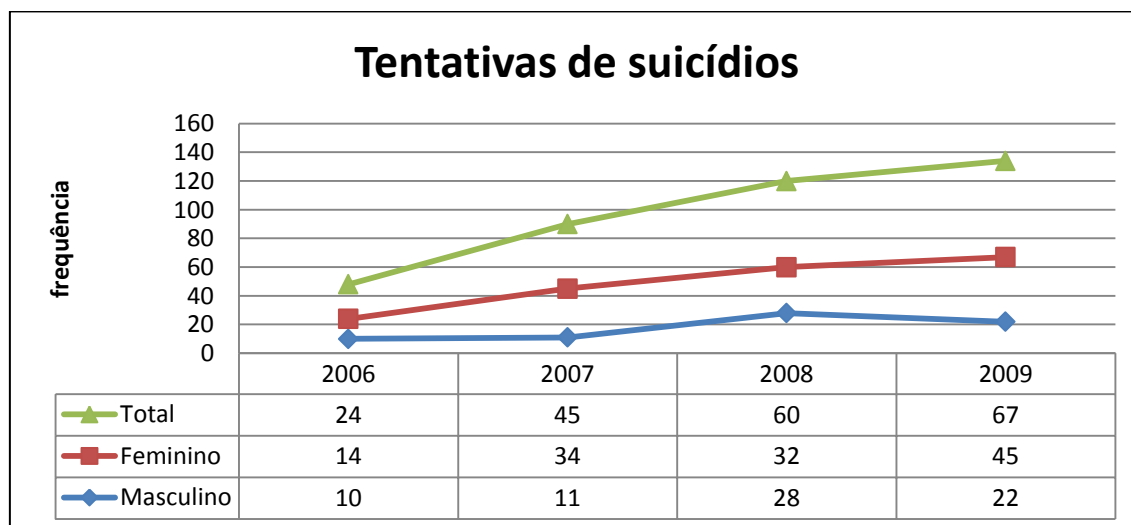
** Só a partir da implantação do Sistema de Vigilância Notificação das Violências e Acidentes (VIVA), em Agosto de 2006, iniciou-se o processo de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e outros tipos de violências, que incluem as tentativas de suicídio.

7.2.1.1 Características descritivas da amostra

Sexo – A distribuição dos casos de tentativas de suicídio ocorridas no período, segundo a variável sexo está na Figura 5. Verificou-se que do total de eventos notificados no período, 63,7% (125/196) ocorreram entre as mulheres e 36,3% (71/196) foram de tentativas ocorridas entre homens. Os valores se revelaram em constante elevação, destacando-se por sua magnitude, principalmente em relação ao sexo feminino.

Computaram-se 24 tentativas notificadas em 2006 (58,3% entre as mulheres e 41,7% entre os homens), em 2007 foram 45 casos (75,6% de casos femininos e 24,4% de casos masculinos), no ano de 2008 notificaram-se 60 tentativas (53,3% ocorridas entre as mulheres e 46,7% entre os homens) e em 2009 foram detectadas um total de 67 tentativas (67,2% de mulheres e 46,7% de homens).

Figura 5 - Percentagem de tentativas de suicídio distribuídas por sexo, no período 2006 a 2009, na cidade de Palmas (TO)



Faixa Etária – Em relação aos percentuais específicos de tentativas de suicídio, distribuídas segundo sexo e faixas etárias, obtiveram-se os seguintes resultados: as idades variaram entre 12 e 67 anos, os eventos apresentaram percentuais mais significativos nas faixas de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos para ambos os sexos. Observou-se ainda, uma elevação preocupante nas ocorrências de tentativas de suicídio entre os mais jovens (10 a 14 anos) com 10 casos femininos e dois masculinos, notificados no período. As menores frequências ficaram nas faixas de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos, com dois casos em cada uma.

Cor da Pele - O maior percentual de tentativas de suicídio ocorreu entre pessoas pardas 64,4% (124/196), as brancas representaram o segundo maior percentual 23,9% (47/196) e os pretos, apenas 3,1% (6/196). Em 9,8% dos casos masculinos e 8,0% dos femininos, a informação sobre a cor da pele foi omitida na notificação.

Estado Civil - Em relação ao estado civil, o maior percentual de ocorrências notificadas ficou entre as pessoas solteiras: foram 60,6% entre os homens e 54,4% entre as mulheres. As pessoas casadas foram responsáveis pelo segundo maior percentual (26,5%), sendo 21,2% entre o sexo masculino e 29,6% entre o sexo feminino. Em 12,3% das notificações não foi informado o estado civil.

Escolaridade - A maior concentração de indivíduos em relação ao nível de escolaridade encontra-se entre os que estudaram de 9 a 11 anos (ensino médio), dos quais 22,5% de homens e 23,5% de mulheres e com o ensino superior incompleto (mais de 12 anos de estudo), que representaram 26,8% dos homens e 21,6% de mulheres. Os que apresentam escolaridade entre 5 a 8 anos (ensino fundamental) foram 4,2% de homens e 9,6% de mulheres. Entre as pessoas de menor escolaridade (1 e 4 anos de estudo) encontramos 2,8% de homens e 5,6% de mulheres. Um percentual bastante significativo de notificações 43,7% e 40,0%, respectivamente para homens e mulheres, correspondeu à omissão de informação sobre a escolaridade.

A Tabela 13, a seguir, apresenta as frequências dos coeficientes gerais e padronizados por sexo, em relação à frequência das variáveis de descrição das tentativas de suicídio, notificadas na cidade, no período do estudo.

Tabela 13 - Distribuição de frequências das variáveis de descrição da amostra, divididas por Sexo. n=196

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Idade						
10 a 14 anos	2	2,8	10	8,0	12	6,1
15 a 19 anos	12	16,9	29	23,2	41	20,8
20 a 29 anos	29	40,8	43	34,4	72	36,8
30 a 39 anos	22	30,9	26	20,8	48	24,4
40 a 49 anos	5	7,2	14	11,2	19	9,7
50 a 59 anos	1	1,4	1	0,8	2	1,1
60 a 69 anos	-	-	2	1,6	2	1,1
Cor da pele						
Branca	15	21,2	32	25,6	47	23,9
Preto	3	4,3	3	2,4	6	3,1
Pardo	46	64,7	80	64,0	126	64,4
Não Informado	7	9,8	10	8,0	17	8,6
Estado Civil						
Solteiro	43	60,6	68	54,4	111	56,5
Casado/união estável	15	21,2	37	29,6	52	26,5
Viúvo	-	-	1	0,8	1	0,6
Separados/Divorciados	1	1,4	7	5,6	8	4,1
Não Informado	12	16,9	12	9,6	24	12,3
Escolaridade						
1 a 4 anos	2	2,8	7	5,6	9	4,6
5 a 8 anos	3	4,2	12	9,6	15	7,7
9 a 11 anos	16	22,5	29	23,2	45	22,9
+ de 12 anos	19	26,7	27	21,6	46	23,5
Não Informado	31	43,7	50	40,0	81	41,3
Total	71	100	125	100	196	100

7.2.1.2 - Características descritivas dos eventos

Local de Residência - em relação ao local de residência, das pessoas que realizaram tentativas de suicídio no período, apresentamos a distribuição dos casos, conforme a mesma divisão da cidade (em quatro áreas), adotada para a descrição dos suicídios.

Região-1, apresentou 65 casos, sendo 26 (36,7%) masculinos e 39 (31,2)% femininos;

Região-2, com 48 casos, onde 11 (15,4%) ocorreram entre os homens e 37 (29,6) entre as mulheres;

Região-3, onde foram notificados 59 casos, dos quais 20 (28,2%) foram efetivados por homens e 39 (31,2%) por mulheres.

Região-4, foram três casos registrados, sendo dois casos masculinos (2,8%) e um caso feminino (0,8%).

Em 16,9% dos casos masculinos e 7,2% dos femininos não foi informado, na notificação, o local de residência.

Método Utilizado - Em um elevado número de tentativas de suicídio, foi utilizada a autointoxicação por medicamentos, principalmente os psicofármacos de ação sobre o sistema nervoso autônomo, analgésicos, sedativos e anti-hipertensivos. Esta categoria apresenta uma característica especial, tendo em vista o grande número de casos registrados e as condições que envolvem a facilidade na aquisição dos medicamentos, em decorrência da disponibilização a preços baixos nas Farmácias Populares ou da dispensação (sem custos) nos Serviços de Saúde. Este foi o método mais utilizado nas tentativas, representando 56,8% dos casos femininos e 33,8% dos casos masculinos.

As demais autointoxicações (agrotóxicos, produtos químicos, domissanitários, álcool, produtos de uso veterinário e de higiene corporal) ocorreram na segunda maior frequência, com 24,8% dos casos femininos e 28,2% dos casos masculinos. Os casos restantes distribuíram-se entre tentativas de enforcamento, disparos de armas de fogo, precipitação de lugares altos e outros métodos não especificados nas notificações.

Em 2,5% dos casos o método utilizado não foi informado na notificação.

Local de Ocorrência - Uma significativa parcela de tentativas de suicídio ocorreu na própria residência da vítima, 55,0% dos eventos masculinos e 70,4% dos femininos. Em seguida, observaram-se as tentativas que ocorreram em via pública (7,1% dos homens e 2,4% das mulheres) e as demais se distribuíram entre vários locais, como instituição prisional, local de trabalho, habitação coletiva (república de estudantes) e “outros” que se refere à residência de parentes e amigos.

Em 25,% dos casos o local da ocorrência não foi informado na notificação.

A distribuição de frequências das variáveis relacionadas aos eventos pode ser observada na Tabela 14, a seguir. São apresentados os coeficientes gerais e, separadamente, por cada sexo.

Tabela 14 - Distribuição de frequências das variáveis de descrição dos eventos separadas por Sexo. n=196

Variável	Sexo				Total %	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Local de residência						
Plano Diretor Sul R-1	26	36,7	39	31,2	65	33,1
Plano Diretor Norte R-2	11	15,4	37	29,6	48	24,5
Bairros Região Sul R-3	20	28,2	39	31,2	59	30,2
Taquaruçu, Zona rural R-4	2	2,8	1	0,8	3	1,5
Não Informado	12	16,9	9	7,2	21	10,7
Método utilizado						
Autointoxicação p/pesticidas (X68,69)*	20	28,2	31	24,8	51	26,1
Autointoxicação p/ medic. (X61 a 65)*	24	33,8	71	56,8	95	48,5
Objeto perfuro cortante (X78)*	8	11,3	11	8,8	19	9,6
Enforcamento (X70)*	8	11,3	6	4,8	14	7,1
Arma de fogo (X72 a 74)*	4	5,6	-	-	4	2,1
Precipitação lugares elevados (X80)*	1	1,4	-	-	1	0,6
Outros (X83)*	3	4,2	4	3,2	7	3,5
Não Informado	3	4,2	2	1,6	5	2,5
Local ocorrência						
Residência	39	55,0	88	70,4	127	64,7
Via pública	5	7,1	3	2,4	8	4,1
Instituição prisional	4	5,6	-	-	4	2,1
Local de trabalho	3	4,2	-	-	3	1,5
Habitação Coletiva	1	1,4	1	0,8	2	1,1
Outros locais (residência de parentes amigos)	1	1,4	2	1,6	3	1,5
Não Informado	18	25,3	31	24,8	49	25,0
Total	71	100	125	100	196	100

* Foi utilizada a codificação da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que inclui as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões provocadas intencionalmente).

Ocupação Profissional - Os estudantes, tanto do sexo feminino como do masculino, representam o maior percentual 25,6%, em todos os anos (32 casos femininos e 16 casos

masculinos). Especificamente no caso das mulheres, o segundo maior percentual, 15,2% de casos (19) ficou entre as que não tinham uma atividade profissional remunerada, enquadrando-se no perfil de donas de casa. Os demais casos distribuíram-se entre vários tipos de ocupação, tanto entre os homens como entre as mulheres, em conformidade com as Tabelas 15 e 16.

Um ponto a ser destacado é o grande número de casos em que a notificação omitiu a ocupação profissional. Com referência às tentativas femininas, o número chega a 44, representando um percentual de 35,2% do total de casos e, entre as tentativas masculinas, registrou-se 31 casos, que representa um percentual de 43,6% do total.

Tabela 15 - Tentativas de suicídio femininas, distribuídas por Ocupação Profissional 2006 a 2009.

Ocupação	FREQUÊNCIA				Total	
	2006	2007	2008	2009	n	%
Estudante	8	6	5	13	32	25,6
Dona de casa	0	6	6	7	19	15,2
Secretária	1	1	1	0	3	2,4
Assistente Administrativo	1	1	0	1	3	2,4
Vendedora	0	2	0	0	2	1,6
Faxineira	1	0	0	2	3	2,4
Tec . Enfermagem	0	2	0	1	3	2,4
Bancária	0	0	1	0	1	0,8
Aposentada	0	1	0	1	2	1,6
Agente de Saúde	0	0	1	0	1	0,8
Camareira	0	0	1	0	1	0,8
Costureira	0	0	1	0	1	0,8
Comerciarista	0	0	1	1	2	1,6
Empregada doméstica	0	1	0	1	2	1,6
Comerciante	0	0	0	1	1	0,8
Contabilista	0	0	0	1	1	0,8
Autônomo	0	0	0	1	1	0,8
Enfermeira	0	0	0	1	1	0,8
Advogada	0	0	0	1	1	0,8
Nutricionista	0	0	0	1	1	0,8
Não Informado	3	14	15	12	44	35,2
Total	14	34	32	45	125	100,0

Tabela 16 - Tentativas de suicídio masculinas, distribuídas por Ocupação Profissional de 2006 a 2009.

Ocupação	FREQUÊNCIA				TOTAL	
	2006	2007	2008	2009	n	%
Estudante	6	0	4	6	16	22,6
Psicólogo Clínico	1	0	0	0	1	1,4
Professor de Educ. Física	1	0	0	0	1	1,4
Assistente Administrativo	0	1	0	0	1	1,4
Vendedor	0	1	0	0	1	1,4
Eletricista	0	1	1	2	4	5,8
Armador	0	1	1	0	2	2,8
Tec.Radiologia	0	0	2	0	2	2,8
Agropecuário	0	0	2	0	2	2,8
Agente de Saúde	0	0	0	1	1	1,4
Comerciário	0	0	1	0	1	1,4
Comerciante	0	0	1	0	1	1,4
Pedreiro	0	0	1	0	1	1,4
Aeroportuário	0	0	0	1	1	1,4
Caseiro/Vaqueiro	0	0	0	2	2	2,8
Autônomo	0	0	0	2	2	2,8
Lavrador	0	0	0	1	1	1,4
Não Informado	2	7	15	7	31	43,6
Total	10	11	28	22	71	100,0

7.2.2 Entrevistas psicossociais retrospectivas

Para caracterização dos diversos fatores associados às tentativas de suicídio, foram realizadas 70 entrevistas psicológicas e psicossociais retrospectivas com as próprias pessoas que formaram a população do estudo. Por meio dessas entrevistas retrospectivas, buscou-se contextualizar características da história clínica e da vida dos sujeitos, valorizando a significação da dinâmica familiar, as circunstâncias afetivas, sociais, econômicas e culturais, além da opinião pessoal dos entrevistados sobre os fatos que precipitaram o ato autolesivo.

7.2.2.1 Informações sobre as entrevistas e as pessoas entrevistadas

Do total de 196 casos notificados, 70 pessoas foram localizadas e aceitaram participar das entrevistas. Foram 61,4% (43/70) de mulheres e 38,6% (27/70) de homens. A pessoa de menor idade contava 15 anos e, a mais idosa, 65 anos. Os entrevistados menores de 18 anos (11 casos) estavam acompanhados de um responsável que também participou da entrevista e

assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em outros 18 casos, os entrevistados, mesmo maiores de 18 anos, também estavam acompanhados por um ou mais parentes, que também participaram da entrevista. Destes, 54% eram mães e pais e os 46% restantes, distribuíram-se entre cônjuges, filhos, tios, irmãos e avô.

A Tabela 17 descreve as informações sobre a localização das pessoas notificadas: em 19,4%(38/196) dos casos a notificação não apresentava o endereço completo ou correto; em 6,8% (13/196) dos casos os residentes do endereço informado não conheciam a pessoa; em outros 17,8% (35/196) a família havia mudado de endereço (ou de cidade); em 6,1% (12/196) dos casos, a residência estava sempre fechada (foram feitas três tentativas de contato) e em 14,2% (28/196) dos casos a pessoa não aceitou participar da pesquisa. Entre estas, incluímos um caso em que a entrevista foi combinada duas vezes, mas a pessoa não compareceu.

Tabela 17 - Informações sobre a localização das pessoas entrevistadas n=196.

Descrição dos casos	n	%
Entrevistados	70	35,7
Não localizados (endereços incompletos)	38	19,4
Desconhecido no endereço informado	13	6,8
Mudaram de endereço	35	17,8
Residências sempre fechadas (3 tentativas)	12	6,1
Não aceitaram participar	28	14,2
Total	196	100,0

Local de realização das entrevistas - Foi facultada aos participantes a escolha do local das entrevistas. A maioria 92,8% (65/70) optou pela Unidade de Saúde, 5,7% (4/70) escolheram a própria residência e um (1,5%) preferiu o seu local de trabalho.

Tempo de duração das entrevistas - O tempo de duração das entrevistas variou entre 50 minutos a 1 hora e 45 minutos. Não foi previamente fixado um limite para a duração das entrevistas, permitindo-se aos entrevistados que, após a resposta ao item abordado, fizessem as observações e comentários que julgassem importantes.

Local de origem das famílias - Entre as pessoas entrevistadas, 93% são provenientes de outras localidades: a grande maioria de cidades do interior do Estado (antigo norte de Goiás, antes da criação do Estado do Tocantins), do atual estado de Goiás e de outros estados da região Norte.

Parcela bastante significativa também vem dos estados da região Nordeste, principalmente do Maranhão, Piauí e Pernambuco. Alguns vieram da região Sul, do Paraná e Santa Catarina e do Centro-Oeste, principalmente do Mato Grosso e do Mato Grosso do Sul. Apenas 7% das pessoas entrevistadas (5) nasceram na cidade, embora seus familiares sejam provenientes de outras regiões.

7.2.2.2 Caracterização descritiva dos casos de tentativas de suicídio estudada

A Tabela 18 apresenta a caracterização dos casos de tentativas de suicídio analisados por meio das entrevistas psicossociais retrospectivas.

Sexo/Faixa Etária - Dos 70 casos de tentativas de suicídios investigados, foram 38,6% (27 casos) no sexo masculino e 61,4% (43 casos) do sexo feminino, com idades variando entre 15 e 65 anos. Observou-se maior concentração de casos nas faixas de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Entre os menores de 20 anos os percentuais também se mostraram elevados.

Método utilizado – Os casos femininos apresentaram percentual bastante elevado de tentativas por autointoxicação voluntária, com uso de medicamentos (60,5%) e por substâncias nocivas (pesticidas), com 25,5% dos casos. As lesões por objeto cortante ou penetrante ocuparam o terceiro lugar, com 9,4% dos casos. Ainda, entre as mulheres, ocorreu uma tentativa de enforcamento e uma tentativa de atropelamento (provocado pela própria vítima).

Nos eventos masculinos, as autointoxicações por substâncias nocivas representaram o método mais utilizado, com 37,1% dos casos, seguido pelas autointoxicações por medicamentos, com 33,3%. As tentativas de enforcamento e as lesões por objeto cortante ou penetrante representaram 14,8% e 11,1%, respectivamente, e ainda aconteceu uma tentativa por disparo de arma de fogo.

Local da ocorrência - Predominaram as ocorrências de tentativas de suicídio nos próprios domicílios: 74,0% de ocorrências masculinas e 83,7% das femininas. Em 11,2% e 9,4%, das tentativas, respectivamente, para homens e mulheres, a ocorrência foi na residência de parentes ou amigos. Os demais casos masculinos se distribuíram entre o local de trabalho e

“Outros Locais” (uma tentativa dentro de um hospital, onde a pessoa estava internada em decorrência de tentativa anterior e outra ocorreu em via pública - em frente a um bar, onde a vítima se encontrava). Nas ocorrências femininas, um caso aconteceu no local de trabalho e dois em “Outros Locais” (um caso na praia e outro em via pública - tentativa de atropelamento, provocada pela vítima).

Tabela 18 - Distribuição dos casos segundo método utilizado, distribuídos por sexo n=70

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Faixa Etária						
15 a 19 anos	7	25,9	9	20,9	16	22,9
20 a 29 anos	15	55,5	18	41,8	33	47,2
30 a 39 anos	3	11,1	8	18,6	11	15,7
40 a 49 anos	2	7,5	4	9,3	6	8,6
50 a 59 anos	-	-	2	4,7	2	2,8
60 a 69 anos	-	-	2	4,7	2	2,8
Método utilizado*						
Enforcamento (X70)*	4	14,8	1	2,3	5	7,2
Autointoxicação p/ medicamentos (X61,65)*	9	33,3	26	60,5	35	50,0
Autointoxicação p/ pesticidas (X68,69)*	10	37,1	11	25,5	21	30,0
Arma de fogo (X72)*	1	3,7	-	-	1	1,4
Lesão p/ objeto cortante/penetrante (X78)*	3	11,1	4	9,4	7	10,0
Lesão intenc.p/ impacto de veículo (X82)*	-	-	1	2,3	1	1,4
Local da Ocorrência						
Residência	20	74,0	36	83,7	56	80,0
Residência de Parentes e Amigos	3	11,2	4	9,4	7	10,0
Local de Trabalho	2	7,4	1	2,3	3	4,3
Via Pública	2	7,4	2	4,6	4	5,7
Total	27	100	43	100	70	100,0

* Foi utilizada a codificação da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que inclui as categorias X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões provocadas intencionalmente).

7.2.2.3 Fatores socioeconômicos associados às tentativas de suicídio

Os fatores socioeconômicos associados às tentativas de suicídio que foram identificados por meio das entrevistas psicológicas e psicossociais estão descritos e quantificados na Tabela 19.

Estado Civil – Entre as pessoas entrevistadas, as tentativas de suicídio também ocorreram em percentual mais elevado entre os solteiros, representando 66,6% dos casos masculinos e 53,4% dos casos femininos. Entre homens casados ou com união estável, o percentual foi de 33,3% e, entre as mulheres, o percentual foi de 30,2%. Um percentual de 16,3% de tentativas ocorreu entre mulheres separadas ou divorciadas.

Escolaridade – Uma significativa parcela de homens (59,5%) e de mulheres (41,8%) possuía ensino fundamental (5^a a 8^a série), 14,8% de homens tinham o ensino médio e igual parcela contava com o ensino superior incompleto. O segundo maior percentual entre as mulheres (32,7%) contava com o ensino médio e 13,9% com ensino superior incompleto (13,9%). Representaram o nível superior completo, 7,2% e 4,6%, respectivamente, de homens e mulheres. Quatro casos (um homem e três mulheres) contavam apenas entre 1 a 4 anos (ensino fundamental).

Religião – O maior percentual ficou entre os evangélicos 57,2% (40/70), embora uma parcela de 62,5% destes (25/40) se reconheça como não praticante. Os católicos representaram o segundo percentual 22,8% (16/70), contudo, 56,2% (8/16) informaram que não frequentam a igreja com regularidade. Ainda, 22,3% dos homens e 18,6% das mulheres informaram não ter religião.

Cor da Pele - Entre os homens, o maior número foi de pardos (66,6%), seguidos pelos brancos (29,7%) e, apenas um caso (3,7%) entre os pretos. O percentual de mulheres de cor parda foi de 48,9% e as brancas 39,5%. As mulheres de cor de pele preta responderam por 11,6% (5 casos). Nas entrevistas retrospectivas foi possível identificar um caso entre descendentes de indígena e um em descendente de pessoa de pele amarela.

Tabela 19 - Distribuição dos casos, segundo fatores socioeconômicos identificados n=70

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Estado Civil						
Solteiros	18	66,6	23	53,5	41	58,6
Casados/união estável	9	33,3	13	30,2	22	31,4
Separados	-	-	7	16,3	7	10,0
Escolaridade						
Ensino Fundamental (1 a 4 anos)	1	3,7	3	7,0	4	5,7
Ensino Fundamental (5 a 8 anos)	16	59,5	18	41,8	34	48,6
Ensino Médio (9 a 11 anos)	4	14,8	14	32,7	18	25,7
Curso Superior - incompleto	4	14,8	6	13,9	10	14,3
Curso Superior- completo	2	7,2	2	4,6	4	5,7
Religião						
Católica	4	14,8	12	27,9	16	22,8
Evangélica	17	62,9	23	53,5	40	57,2
Sem Religião	6	22,3	8	18,6	14	20,0
Cor da Pele						
Branca	8	29,7	17	39,5	25	35,8
Preta	1	3,7	5	11,6	6	8,6
Parda	18	66,6	21	48,9	39	55,6
Total	27	100	43	100	70	100

Ocupação Profissional- Os indivíduos sem nenhum vínculo profissional representaram a maior parcela (41,6%), os que trabalham na informalidade chegam a 22,8% e os que exercem atividades profissionais com vínculo formal representaram 32,8%.

As principais ocupações profissionais exercidas pelos homens foram: servidores públicos 14,8%, comerciários, trabalhadores da construção civil e lavradores/caseiros, com 11,1% cada, auxiliares de serviços gerais e serviços técnicos, 7,4%. Entre as mulheres, a maior parcela foi de donas de casa e estudantes (20,9% cada), servidoras públicas e comerciantes, com 13,9% cada, 9,4% de auxiliares de serviços gerais e 4,6% de trabalhadoras do comércio.

Uma parcela de 18,6% de homens e 4,7% de mulheres não exercia nenhuma atividade profissional e 11,6% de mulheres haviam deixado o emprego recentemente.

Tabela 20 - Distribuição dos casos, segundo ocupação profissional

Ocupação Profissional	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Sem atividade profissional	5	18,6	2	4,7	7	10,0
Trabalhador do Serv. Público	4	14,8	6	13,9	10	14,2
Trabalhadores da Constr. Civil	3	11,1	-	-	3	4,3
Auxiliar de Serviços Gerais	2	7,4	4	9,4	6	8,6
Dona de casa	-	-	9	20,9	9	12,9
Serviço técnico	2	7,4	-	-	2	2,8
Estudante	4	14,8	9	20,9	13	18,6
Comerciário	3	11,1	2	4,7	5	7,2
Comerciante	1	3,7	6	13,9	7	10,0
Lavrador/Caseiro	3	11,1	-	-	3	4,2
Desempregado	-	-	5	11,6	5	7,2
Total	27	100	43	100	70	100
Vínculo Ativo ou Inativo						
Vínculo formal	12	44,4	11	25,6	23	32,8
Vínculo informal	6	22,2	10	23,3	16	22,8
Sem Vínculo	9	33,3	20	46,5	29	41,6
Aposentado	-	-	2	4,6	2	2,8
Total	27	100	43	100	70	100

7.2.2.4 Fatores de Risco identificados nos casos estudados

Os principais fatores de risco e determinantes identificados para as tentativas de suicídios foram agrupados em categorias afins e estão descritos na Tabela 21. Entre os homens, destacaram-se as tentativas anteriores, com 18,7%, e os transtornos mentais ou depressivos, com 16,6%, incluindo pacientes com diagnóstico e acompanhamento psiquiátrico (três casos) e sem diagnósticos (cinco casos). Ainda entre os homens, o terceiro fator de risco encontrado foi o uso do álcool e de outras drogas (principalmente o crack e maconha, que geralmente

estão associados a outros fatores de risco), com 14,6% dos casos, seguidos dos desajustes causados pelos relacionamentos familiares conturbados, com 12,5%.

Os relatos da violência que ocorre nos núcleos familiares e entre os seus membros representou 10,4% dos casos masculinos. Obtivemos ainda relatos de dificuldades relacionadas às finanças, inclusive para saldar compromissos com traficantes de drogas. O abandono e a negligência dos cuidadores e demais familiares durante a infância e a adolescência, as dificuldades no relacionamento amoroso e as migrações, também figuraram entre os fatores de risco identificados na população masculina.

Para as mulheres, os maiores índices ficaram entre aquelas com histórico de algum tipo de transtorno mental ou quadro depressivo, com 23,1% dos casos, e as tentativas de suicídio anteriores com 19,4%. Em terceiro lugar, os conflitos no relacionamento familiar, com 11,1%. Em uma parcela significativa dos relatos foi possível identificar a negligência, o abandono e a violência sexual na infância e na adolescência, como fator associado ao ato (8,4%). As dificuldades financeiras e as brigas e traições entre namorados e companheiros aparecem em 6,4% dos casos.

Merece destaque o número de casos de tentativas de suicídio e suicídios consumados entre os familiares dos entrevistados. Foram nove entrevistados com casos de tentativas de suicídio e dois com casos de suicídios consumados entre seus familiares.

Tabela 21 - Distribuição dos fatores de risco identificados, segundo sexo n=70

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Tentativas de suicídio anteriores	9	18,7	21	19,4	30	19,2
Transtorno mental / depressivo	8	16,6	25	23,1	33	21,2
Relacionamento familiar conturbado	6	12,5	12	11,1	18	11,5
Alcoolismo e outras drogas	7	14,6	4	3,8	11	7,1
Abandono e negligencia na infância/adolesc.	2	4,2	9	8,4	11	7,1
Dificuldades financeiras	4	8,4	7	6,4	11	7,1
Dificuldades no relacionamento amoroso	2	4,2	7	6,4	9	5,7
Suicídios e Tentativas entre familiares	1	2,1	8	7,4	9	5,7
Violência intrafamiliar	5	10,4	4	3,8	9	5,7
Mudança de cidade	3	6,2	5	4,6	8	5,1
Violência sexual na infância/adolesc.	-	-	4	3,8	4	2,6
Suicídios entre familiares	-	-	2	1,8	2	1,3
Problemas com a Justiça	1	2,1	-	-	1	0,7
Total	48	100	108	100	156	100

7.2.2.5 Contextualização de alguns casos e análise das entrevistas retrospectivas

Dentro de um contexto biográfico, apresentamos alguns relatos dos entrevistados onde eles falaram sobre suas dificuldades, motivação e fatores associados aos seus atos. Destacamos as dificuldades na área da saúde, como transtornos psiquiátricos, quadros depressivos e depressão pós-parto, todos sem um acompanhamento regular, por abandono voluntário, resistência ao tratamento e/ou recusa da medicação (pela dificuldade em aceitar os seus efeitos colaterais ou pelo receio da dependência), e pela dificuldade em conseguir atendimento em um Serviço Especializado.

O primeiro caso se refere a uma mulher, com um histórico de quatro tentativas de suicídio mais graves (com necessidades de internações) e um quadro constante de autoagressividade. Costuma ingerir grande quantidade de medicamentos, material de limpeza

e substâncias nocivas, chegando a se ferir com utensílios domésticos, como facas e tesouras e provocando queimaduras no corpo e nos cabelos.

Choro toda hora. Não tenho alegria pra nada. Puxo os cabelos com força e bato nas paredes (...). Essa semana peguei a faca e passei no corpo, no pescoço, mas estava sem corte. Eu quero morrer (...). Quero sair por aí sem rumo, não voltar mais pra casa. Só choro e sou infeliz. Me ajuda, quero ficar boa, mas não consigo {começou a chorar}. Nunca fico alegre, não tenho vontade de nada, não gosto de ninguém. Quero fazer coisas ruins comigo, quero me matar, não gosto de ninguém, não gosto dessa casa, quero sumir e não voltar mais. A faca não deu certo... nem os remédios que tomei... a tesoura, a ponta não era fina... só falta a corda no pescoço....
(Mulher: 42 anos).

No segundo caso, as dificuldades de uma jovem, com curso superior completo, que compreende suas limitações, mas não consegue controlar seus impulsos agressivos. Diz não ter apoio dos familiares, o pai não a compreende e a mãe está fora do país há muitos anos.

Sou muito depressiva. Esta não é a primeira vez, tenho muitos casos [de tentativas de suicídio] durante a adolescência, por conta da minha dificuldade em conviver com outras pessoas, principalmente pelo meu comportamento compulsivo (...). Costumo ter visões noturnas, me vejo fora do corpo, e vejo bichos [monstros], que me perturbam, fazem barulho e não me deixam dormir, nem mesmo com a medicação.
(Mulher: 23 anos)

Dificuldades relacionadas ao controle dos impulsos estão representadas no terceiro caso. Um homem de 30 anos, com história de uso de drogas [informa ter parado há mais de quatro anos]. Seu envolvimento com as drogas começou na adolescência, já foi internado várias vezes e tem grande dificuldade em seguir um tratamento regular. Ele reconhece que já conseguiu muitas vantagens, inclusive financeiras, mas se diz insatisfeito com a sua situação e

decepcionado por não ter encontrado outros interesses após abandonar a faculdade há mais de dois anos.

Não compreendo esta insatisfação que sinto, pois sempre alcanço as metas que me proponho e me saio bem das situações (...). Sou servidor público, passei no concurso que queria. Trabalho onde escolhi e tenho uma boa situação financeira. Mas, mesmo assim, me sinto desanimado e tenho vontade de “deixar de existir”, “dormir e não acordar mais”
(Homem: 30 anos)

A seguir resumem-se três casos sugestivos de depressão pós-parto, onde as pacientes não receberam a orientação e o acompanhamento necessários. No primeiro, um quadro depressivo que começou após o nascimento de seu primeiro filho (atualmente com 9 anos). Ela fez acompanhamento ambulatorial por um período e conseguiu controlar a depressão com uso de medicamentos. Entretanto, há um ano deixou de tomar a medicação, considerando que estava curada (os sintomas voltaram após seis meses). Com ideação suicida, alega que sua vida passou a ser de constante sofrimento, pois não consegue controlar seus impulsos e sofre muito com isto, temendo por sua vida e pela dos quatro filhos. Demonstra carinho e cuida bem das crianças, mas afirma que todos foram concebidos durante “as crises, quando não tem controle de seus impulsos”.

Depois que meu primeiro filho nasceu eu fiquei com depressão. Tomei remédios por muito tempo e como não sentia mais nada, achei que já estava curada. Mas, tudo voltou, a vida virou um inferno. Tenho vontade de me matar, e chego a bater nas crianças. Não sei se vou conseguir me controlar na próxima vez [outra crise]. Minha vontade é matar as crianças e depois me matar (...). A maior dificuldade é conseguir um médico, uma receita para comprar os remédios (Mulher: 24 anos).

O segundo caso se refere a uma mulher com 31 anos que reconhece suas limitações e o sofrimento dos filhos e do marido, por conta de seus problemas. Informa que ultimamente tem passado o dia inteiro imaginando maneiras de acabar com a sua vida e o que a impede de

tomar uma atitude mais efetiva é a sua preocupação com o futuro dos filhos (um menino de 15 anos e uma menina de oito anos). Apresenta um comportamento compulsivo, rituais de limpeza e de armazenar papéis, que costuma rasgar durante horas.

Costumo me machucar fisicamente, quando fico muito ansiosa. Depois, isto me ajuda a ficar mais calma. Passo o dia esfregando o chão, lavando tudo e pensando num jeito de me matar. Só não faço isso por preocupação com os meus filhos. Não quero dar mais sofrimento para eles. (Mulher: 31 anos).

Ela começou a apresentar estes comportamentos depois do nascimento da menina. Limpa a casa o dia inteiro, rasga papel durante horas, diz que é uma forma de se acalmar. Costuma arrancar os cabelos e bater a cabeça conta a parede [como uma forma de reduzir a ansiedade e agressividade]. (Marido).

O terceiro se refere a uma adolescente, que segundo a sua genitora, sempre teve dificuldades na escola e no relacionamento com colegas e familiares. Entretanto, seu estado se agravou após o nascimento da filha [um ano e meio] e a mudança para outro estado. Passou a apresentar episódios depressivos, com choro, desânimo, ansiedade e brigas com o companheiro e a sogra. Após uma tentativa de suicídio na cidade onde estava residindo, retornou à casa de sua mãe e acabou tentando novamente.

Comecei a me sentir muito isolada. Na casa onde morava “só via muros”. Ficava o dia inteiro sozinha, o meu marido ficava o dia inteiro no trabalho (.....). Eu sentia vontade de conversar, de sair, de estudar e não podia fazer nada, só cuidar da casa e da menina. E, todo dia a minha sogra levava a minha filha e eu ficava mais só, ainda. Ela dizia que eu não sabia cuidar da minha filha. (Adolescente: 17 anos).

Além dos problemas de saúde, alguns relatos deixaram claras as atitudes negativas em relação ao acompanhamento psiquiátrico e, principalmente, a recusa em aderir ao tratamento medicamentoso. Um relato ilustra esta observação.

Estava ficando igual ao meu irmão, há uns cinco anos. Tenho muitos casos iguais na família (...). Iniciei vários tratamentos, mas não consigo seguir por muito tempo. Os medicamentos me deixam muito lenta, fico com dificuldades para compreender as coisas, não consigo lembrar nada e na faculdade não consigo aprender nada. Muitas vezes não consigo nem lembrar o número do meu telefone. E, o pior é que percebo o preconceito das pessoas, principalmente no trabalho, não confiam no meu trabalho, ou na minha capacidade e só recebo tarefas simples. Agora me colocaram no setor de almoxarifado, para atender ao telefone (Mulher: 28 anos, funcionária pública).

A ocorrência de abuso sexual, negligências e maus tratos durante a infância e adolescência, surgiram em muitas falas. Em quatro relatos foram descritos estupros. Em um destes casos, a violência que começou quando a menina estava com cinco anos perdurou por vários anos.

Minha vida foi muito sofrida. Só dificuldades e sofrimento. Foi abandonada pela minha mãe, aos cinco anos. Eu e minha irmã de três anos ficamos com ela após a separação (...). Mas, antes do abandono sofremos muita violência sexual do meu padrasto. Ela [a mãe] dizia que era tudo mentira, quando eu contava o que ele fazia. Depois do abandono [a mãe expulsou as duas filhas de casa] foi morar com o meu irmão mais velho [na época com 12 anos]. Ele foi o responsável por nós duas até o casamento da mais nova. (Mulher: 35 anos).

Em outros dois, a violência ocorreu na adolescência. No primeiro, o abuso [por um desconhecido] resultou em gravidez. A adolescente foi expulsa de casa e foi morar em outra cidade, onde passou a trabalhar como doméstica. Com muito sofrimento, ela fala das dificuldades que enfrentou para criar um filho que ela não sabe sequer quem é o pai.

Meu pai não aceitou, não acreditou que eu não soubesse quem era o pai [da criança que ela esperava]. Tive que sair de casa e criar o meu filho

longe da família. Fui morar em outra cidade e passei muita necessidade, sozinha e trabalhando nas casas dos outros em troca de um teto. Hoje, ele tem 17 anos, e cuida de mim, e da irmã de oito anos.

(Mulher; 34 anos).

No outro, a violência ocorreu uma única vez, mas deixou sequelas graves. Percebe-se, também, um grande sentimento de desagrado em relação à mãe, que trabalhava em outra cidade e precisava deixar os filhos sob a responsabilidade apenas do pai, por muito tempo.

Minha família não consegue me entender, eles acham que sou briguenta e ignorante. Sofro muito com isto. E, tenho sempre vontade de morrer. Fui violentada por um estranho, quando tinha uns 12 anos. Nunca descobri quem era ele e, sofro muito por isto. Fico pensando que podia ter evitado, mas também acho que foi culpa da minha mãe, que trabalhava em outra cidade e deixava os filhos sozinhos. Me sinto muito culpada, nunca contei isto pra ninguém, nunca tive coragem (...). Sofro muito pra guardar este segredo e às vezes não consigo me controlar. Tenho vontade de acabar tudo, me matar e matar os meus filhos e sobrinhos (....) (Mulher: 26 anos).

Outro fator mencionado foi a ocorrência de lares desfeitos, crianças abandonadas e separação dos irmãos, em decorrência da separação dos pais. Em muitos casos as crianças foram entregues a pessoas de mais posses ou parentes, que assumiram a responsabilidade de cuidar delas. Os relatos são marcados pelo sentimento de pesar, principalmente quando a mãe foi a responsável pela desestruturação da família. Por outro lado, mesmo reconhecendo a importância dos seus cuidadores, as suas falas são pontuadas por mágoas e ressentimentos em relação a esta condição. Os três casos a seguir apresentam-se sob diferentes vertentes, entretanto convergem para o mesmo sentimento de instabilidade emocional evocado em seus relatos.

Não conheci minha mãe verdadeira, nem o nome dela eu sei. Sempre morei com meu pai e a mulher dele, que considero como minha mãe. Mesmo depois que meu pai morreu, eu continuo morando com ela, mas eles nunca me falaram da minha mãe. Queria saber quem é a minha

mãe, falar com ela, saber por que não cuidou do filho, me abandonou (Homem: 28 anos).

Nessa entrevistada observamos um comportamento apático, com episódios de isolamento e várias tentativas de suicídio. Ela não consegue lidar bem com os problemas, demonstrando uma grande mágoa em relação à mãe biológica, que considera que a abandonou, e pela mãe adotiva que vê como uma pessoa autoritária e dominadora. Sempre que os problemas se agravam, ela costuma sair de casa e ficar alguns dias em um hotel ou na casa de amigos, até que o marido a localize ou que se sinta melhor e decida voltar para casa.

Fui criada por uma professora de mais posses. Minha mãe diz que me deixou com ela, por não ter condições financeiras. Mas criou os outros seis filhos, apesar das dificuldades. Minha vida foi com muitas limitações, pois não queria desobedecer às ordens da mãe [adotiva]. Aceitei um casamento aos 17 anos, com um rapaz que não amava, só por que ela queria [o casamento não deu certo e foi anulado algum tempo depois] (Mulher: 38 anos).

No relato a seguir, foram citadas algumas tentativas de suicídio ao longo da adolescência e principalmente depois que passou a morar sozinha em outra cidade, para fazer um curso superior. Fala sobre suas dificuldades em conviver com outras pessoas, em decorrência do seu estado depressivo e do seu comportamento compulsivo e ritualizado, principalmente em relação à limpeza da casa. Durante as crises, costuma tomar uma grande quantidade dos medicamentos que tem em casa. Na última tentativa pegou uma faca e feriu os braços, mas foi contida pela madrasta, que a socorreu e a levou ao hospital.

Sempre tenho dificuldades com minha família. Minha mãe me deixou sozinha há muitos anos e eu fiquei com meu pai. Vivo sempre deprimida, meu pai é muito namorador e eu tive muitas madrastas. Com a minha mãe eu tenho um relacionamento muito difícil e faz muitos anos que não a vejo. Não conseguimos conversa, nem mesmo por telefone, sem

discutir. Sou formada [curso superior completo], porém ainda não trabalho e não tenho interesse por nenhuma área do curso, que fiz só por insistência do meu pai. Eu gostaria de mudar de vida, mas não sei o que fazer e ele [o pai] quer que eu trabalhe, acha que o trabalho vai resolver tudo.

(Mulher: 23 anos).

Dificuldades no relacionamento amoroso e problemas na aceitação da própria orientação sexual.

Fico sempre muito dividida entre as minhas escolhas, não sei enfrentar a minha vontade e aceitar a minha relação afetiva [com uma parceira do mesmo sexo]. Também tenho problemas no trabalho, não quero que ninguém saiba da minha vida amorosa e da minha sexualidade. Também à religião condena, sei que é um pecado, que Deus não permite, a Bíblia fala isto. Às vezes acho que a religião reforça esta situação, este conflito.

(Mulher: 35 anos).

Dificuldades no relacionamento familiar foram citadas em várias entrevistas. Os relatos, de uma adolescente, dão indicativos de uma dinâmica familiar conturbada. Seus comentários são repletos de mágoas e insatisfações, principalmente com o pai, que afirma ser muito agressivo e não respeitar as pessoas. Refere duas tentativas mais graves no período de oito meses, e várias de menor gravidade (que não chegaram a ser notificadas).

Meu pai é muito bruto, não compreende as minhas necessidades. Tenho muitas brigas com ele e com minha mãe. Muitas cobranças, ele não permite que eu tenha namorado, por isso eu escondo o meu namoro. Quando eles brigam muito comigo e não me deixam sair de casa, eu vou para a casa de parentes em outras cidades e fico lá alguns meses, até as coisas melhorarem. Já morei um tempo com minha avó e depois com uma tia [em cidades diferentes]. E, quando eles não deixam, eu compro veneno no supermercado e tomo. Agora na próxima vez que ele

brigar ou proibir meu namoro eu vou para o Maranhão morar com outros tios.

(Adolescente: 16 anos, estudante).

Este caso exemplifica as dificuldades no relacionamento familiar. Um homem com história de constantes desentendimentos com a esposa e os filhos adolescentes, que se estende por vários anos. Ele alega que fez várias tentativas de manter o casamento, mas não consegue um relacionamento satisfatório com os familiares. Apresenta um alto nível de estresse, alterações no sistema cardiovascular e fortes dores de cabeça e de estômago. Fala sempre em morte, em acabar com a sua vida e tem histórico de várias tentativas.

Já pensei em morrer muitas vezes, tomo muitos medicamentos, é só aumentar a dose. Acho que eles vão ficar satisfeitos, mas acaba que nunca dá certo (...). Penso que viver nessa eterna luta é muito ruim, queria deixar tudo aqui e voltar para a minha cidade, para a casa dos meus pais. Aqui eu vivo doente e não tenho ninguém para me ajudar. Só converso com os clientes da loja e com meu filho mais novo, que ainda vem ficar um pouco comigo. Os outros não se preocupam, só querem o meu dinheiro.

(Homem: 48 anos, comerciante).

Alguns casos de traição ou de suspeita de traição entre casais foram citados como fatores associados ou precipitadores do ato suicida. Dois relatos de adultos jovens, do sexo masculino, demonstram também a impulsividade do ato.

1) Estava bebendo com uns colegas e eles começaram a falar que eu estava sendo traído pela minha namorada, que ela saía sempre com outros. Eu fiquei descontrolado, bebi muito e depois que cheguei em casa, resolvi acabar tudo. (Rapaz: 21 anos).

2) Ela me abandonou para ficar com outro e levou a minha filha junto (.....) a gente brigava muito e ela foi embora, sem me dizer nada. Fiquei desesperado, sem saber o que fazer quando me vi sem as duas.

(Rapaz: 24 anos).

Observaram-se, também, dificuldades relacionadas às finanças, como alguns casos de descontroles com as despesas financeiras, compras compulsivas e dívidas com traficantes de drogas, além da não aceitação da divisão dos bens (após a separação do casal).

Com as facilidades dos empréstimos consignados, contrái muitas dívidas com bancos e cartões de crédito. Chegou uma hora que não tinha mais de onde conseguir e não tinha como pagar os empréstimos e as despesas da casa. Os medicamentos, era impossível adquirir, e fui ficando cada dia mais preocupado.

(Homem: 42 anos).

Alguns entrevistados confirmaram sua condição de alcoolistas ou usuários de outras drogas, condição que sempre se apresenta associada a outros fatores de risco. Descrevemos a seguir algumas dessas situações. Primeiramente, o caso de um homem que se reconhece como usuário contumaz de álcool, e considera este como seu maior problema, afirmando ter um relacionamento normal com todos os familiares, durante o tempo em que consegue ficar afastado dos bares. Como trabalha em uma chácara, só volta para casa quinzenalmente, quando recebe o salário e acontecem as bebedeiras. Foi em decorrência destas condições que tentou se matar, ingerindo um agrotóxico associado ao álcool, após um desentendimento com o irmão que foi tentar levá-lo para casa.

No dia que recebo o salário costumo beber até perder o controle. Já cheguei a cair na rua e ficar noites inteiras nas calçadas (...). O que mais me preocupa é o sofrimento da minha mãe. Desta vez, estava no bar com uns amigos e meu irmão tentou me levar. Ele já chegou me afrontando, discuti com ele e acabei fazendo esta besteira [ingeriu veneno com bebida alcoólica]

(Homem: 30 anos).

A seguir, o caso de uma mulher, com sérios problemas com o uso de drogas, além de dívidas com traficantes. Apresenta uma grande resistência em expor suas dificuldades e nega qualquer envolvimento com drogas. Só a entrevista com a filha é que esclareceu a situação

Ela nega sempre, mas é usuária de crack e maconha e, também costuma usar medicamentos para dormir. Muitas vezes ela toma vários comprimidos de uma só vez, dizendo que precisa colocar um fim no seu sofrimento. Ela diz sempre que não usa droga, mas tem tantas dívidas com traficantes que o salário não dá para pagar, vive na mão de agiotas e sempre recebe ameaças dos “vendedores de drogas”.
(Mulher: 43 anos - as informações foram fornecidas pela filha de 18 anos).

Há vários problemas que se associam ao uso de álcool e drogas, como as dificuldades nos relacionamentos amorosos, as separações e os lares desfeitos. Este caso apresenta os problemas no relacionamento conjugal e a separação da esposa em decorrência do alcoolismo. O entrevistado afirma que a esposa não o compreende, por não aceitar mais conviver com a intensificação de sua dependência do álcool e as conseqüentes situações provocadas por isto. Ele passou a morar com amigos, mas se diz muito apaixonado pela esposa e não conseguir viver sem ela. Chegou a pedir ajuda para convencer a sua esposa a aceitar sua dependência química, como uma condição normal.

Os problemas no relacionamento com a minha mulher e a separação foi por conta da bebida e das brigas constantes por causa das bebedeiras. Sempre fico agressivo e acabo brigando e agredindo ela. Tive que ir morar com uns parentes, mas sou muito apaixonado e não consigo viver sem ela. Sei que tenho de largar o vício, mas não consigo.
(Homem: 35anos).

Aqui, um caso de dependência de estimulantes e de cafeína. Situação muito observada entre pessoas que costumam ficar muito tempo estudando e normalmente usam a noite para esta atividade. Dependência semelhante também se observa entre as pessoas que trabalham no período noturno ou que precisam desempenhar tarefas rotineiras e cansativas.

Não conseguia dormir a noite e durante o dia tomava bastante café com estimulantes, para conseguir me concentrar melhor e estudar. Acabei me acostumando com isto (...)
(Mulher: 23 anos).

Este relato apresenta o caso de um rapaz, com sérios transtornos psiquiátricos, aliado ao uso de droga e com história de várias internações para recuperação.

Fiz acompanhamento psiquiátrico, por muitos anos. Já usei drogas e já fui internado várias vezes, em clínicas para recuperação e tratamento psiquiátrico. Hoje estou tentando não voltar para as drogas. Mas, quando fico deprimido, tomo muitos remédios de uma vez.

(Rapaz: 30 anos).

Observou-se ainda, que para alguns, a experiência da internação e do sofrimento físico causado pelos procedimentos médicos e cirúrgicos decorrentes das tentativas levou-os a refletir sobre seus atos e as consequências deles, concluindo que não valeu à pena. Em seus relatos, dois rapazes afirmaram que não vão mais repetir o ato e que agora compreendem melhor o que aconteceu com eles. Falaram, também, na preocupação e sofrimento que causaram aos familiares.

1) Não me arrependo do meu ato, mas não tenho nenhuma intenção de repetir isto. Agora eu compreendo melhor os meus sentimentos e os problemas que tive. Até os meus padrões sofreram com isto. Nunca mais vou tentar acabar com a minha vida (Rapaz: 24 anos, caseiro em uma chácara).

2) Sofri muito durante o tempo de internação (9 dias) e a minha família também sofreu muito (...) Agora sei o quanto essa atitude foi errada e garanto que não vou repetir este ato nunca mais (Rapaz: 21 anos, trabalhador rural).

8. DISCUSSÃO

Na série histórica que compõe esse estudo, foram notificados 88 casos de suicídios e 196 casos de tentativas de suicídios. Os coeficientes de mortalidade por suicídios apontaram uma taxa média de 4,9 casos por 100 mil habitantes, com pequenas variações, mas permanecendo próximas às estimativas da média brasileira, também de 4,9 por 100 mil habitantes em 2008 (Waiselfisz, 2011). Segundo a classificação de mortalidade divulgada pela OMS, as taxas menores que cinco suicídios para cada 100 mil habitantes são consideradas baixas, as que ficam entre cinco e 15 são médias, entre 15 e 30 são altas e as acima de 30 são classificadas como muito altas (Diekstra e Garnefski, 1993, Mello, 2007).

Observou-se uma variação negativa nos anos de 2004 e 2005, que apresentam valores abaixo da média, 3,2 e 2,9 respectivamente, e uma acentuada variação positiva no ano de 2007, que alcançou um percentual de 8,4. No ano de 2008, mesmo com uma redução significativa, ainda foi apresentado um índice acima da média (6,0). Uma explicação para esta elevação poderia ser atribuída à nova contagem populacional, realizada pelo IBGE no ano de 2007, que ajustou o número estimado de habitantes da cidade de 220.889 para 178.386 (redução de mais de 42.500 habitantes), elevando consideravelmente as taxas dos suicídios ocorridos na cidade, naquele ano e no ano seguinte. Já em 2009, a taxa volta a se estabilizar, ficando novamente dentro da média obtida nos anos iniciais da pesquisa.

Nas tentativas de suicídio as taxas encontradas estão mais elevadas que a dos suicídios, representando 2,2 tentativas para cada suicídio consumado, convergindo com outros estudos realizados no Brasil (Prietro e Tavares, 2005, Macente et al, 2009, Souza, 2011) e constituindo-se em um importante fator de risco para o aumento dos casos de suicídios, principalmente quando se observa que estes mesmos estudos atribuem frequências de 10 a 20 vezes maiores para as tentativas.

Considerando-se a razão entre os índices padronizados por gênero, verificamos a predominância dos óbitos masculinos por suicídio, na proporção de 3,3 casos masculinos para cada um feminino. Essa relação homem/mulher concorda com os resultados da literatura e vem sendo mantida ao longo dos anos, tanto no Brasil como em quase todos os países que disponibilizam seus dados sobre mortalidade (Meneghel et al, 2004, Santos, 2010). As pesquisas realizadas, em várias regiões do Brasil, apontam índices semelhantes ou com pequenas variações para mais ou para menos, como é o caso dos estudos realizados por Meneghel et al (2004) no estado do Rio Grande do Sul, por Viana et al (2008) e Schmitt et al (2008) em Santa Catarina, por Marin-Leon e Barros (2003) na cidade de Campinas (SP), por

Macente et al(2009) no estado do Espírito Santo e por Souza et al (2011) no interior da Bahia. Para as tentativas, a razão se inverte, passando as mulheres a apresentar um índice de 1,8 tentativas para cada uma das tentativas masculinas, reafirmando resultados de estudos anteriores que também encontraram um maior número de tentativas de suicídio para o sexo feminino (Prieto e Tavares, 2005, Botega et al, 2009).

Identificou-se que as faixas etárias mais atingidas pelos suicídios masculinos foram as de 20 a 39 anos. Estas faixas etárias representam os considerados adultos jovens, que constituíram o maior grupo de risco para o evento suicida, assim como observado por Batista e Borges (2005) em um estudo realizado no interior de São Paulo, que encontrou resultados semelhantes e por Pordeus et al (2002) em um estudo realizado no Ceará, além da investigação conduzida por Vilella (2005) em Belo Horizonte e Região Metropolitana. Especificamente em relação às faixas etárias femininas, os resultados da presente pesquisa encontram-se em conformidade com os indicados por vários pesquisadores, ao apontarem altos índices de casos consumados na faixa etária de 40 a 49 anos (Lima et al, 2010, Schmitt et al, 2008). As taxas entre os menores de 20 anos também apresentam percentuais crescentes, concordando com os achados de outras pesquisas que encontraram coeficientes preocupantes de mortalidade por suicídios nas faixas de 15 a 24 anos (Weiselfisz, 2011).

Tal como nos suicídios, também as tentativas ocorreram em alta proporção nas faixas etárias dos mais jovens (entre 20 a 39 anos), tanto para os homens como para as mulheres, ocorrendo mais destacadamente entre as mulheres, o que reflete uma tendência, também identificada por outros estudos realizados no país (Lima et al, 2010, Botega et al, 2009). Já na faixa de 60 a 69 anos, apenas duas tentativas femininas foram registradas no período, concordando com Mitty e Flores (2008) e Minayo et al (2011), ao afirmarem que, se comparada com adolescentes e adultos jovens, as tentativas de suicídios são menos comuns entre os idosos. Porém, quando ocorre uma tentativa, é um indicativo seguro de que o ato vai se repetir, com grandes chances de êxito, tendo em vista que os idosos costumam empregar métodos mais letais (Conwell e Thompson, 2008, Mitty e Flores 2008).

Em relação ao estado civil, o maior número de suicídios ficou no segmento dos solteiros, tanto para os homens como para as mulheres, com percentuais de 58,2% e 47,6% respectivamente, enquanto o percentual de homens casados foi de 26,9% e de mulheres casadas 38,1%. Entre as pessoas viúvas, foram detectados seis casos masculinos e um feminino, 7,5% e 4,8%, respectivamente. Com base nesses dados, pode-se afirmar que as

peessoas que viviam sozinhas, como os solteiros e os viúvos representaram a população de maior risco de suicídio e os casados foram os menos afetados. Cassorla (1992) já verificou estes indicativos, afirmando que as estatísticas mostram maior probabilidade de suicídio entre solteiros, viúvos e separados. Estes dados também se correlacionam, de forma unânime, aos resultados encontrados em outras pesquisas (Viana, 2008). Segundo Meleiro (2003), a proteção oferecida pelo casamento é bem mais importante para os homens do que para as mulheres, estando os divorciados e viúvos quatro vezes mais vulneráveis do que os casados, e os solteiros, duas vezes mais. Este mesmo padrão também foi observado nas tentativas de suicídios, onde os homens solteiros representaram 60,5% e os casados 21,2% ao passo que, 54,4% das mulheres eram solteiras e 29,6% casadas, indicando que as pessoas que se encontravam privadas da companhia de um parceiro, por serem solteiros, viúvos, separados/divorciados, ou em decorrência do estilo de vida atual, representam uma parcela da população com maior risco de tentarem contra a própria vida.

No que tange aos métodos utilizados para efetivação do ato suicida, observou-se que o enforcamento foi o método mais utilizado pelos homens (64,2%) e o segundo mais utilizado pelas mulheres com (42,9%), sendo as armas de fogo o segundo método mais utilizado pelos homens (23,9%). Entre as mulheres, a autointoxicação, incluindo a ingestão voluntária de álcool foi o método mais utilizado (47,6%) e, em seguida, o enforcamento e “outros métodos” (disparos de arma de fogo e queimaduras por fumaça/fogo ou chama). Os estudos realizados em diferentes regiões do país revelaram situações semelhantes, em que o enforcamento apresentou os mais elevados índices, com predomínio do sexo masculino (Viana et al, 2008, Schmitt et al, 2008, Meneghel et al, 2004, Marin-Leon e Barros, 2003). Para Loureiro (2010), o suicídio e a forma de cometê-lo se correlacionam com a cultura e o meio ambiente em que a pessoa vive, recebendo influência direta da condição econômica e da personalidade do indivíduo. Alguns autores tendem a associar o ato suicida aos signos da masculinidade e da feminilidade ao considerarem que os métodos mais violentos e letais, como enforcamento, armas de fogo e armas brancas, são característicos do sexo masculino (Ponce et al, 2008, Marin-Leon e Barros, 2003) e que a utilização de métodos violentos se associam com os níveis de agressividade ao longo da vida (Chachamovich et al, 2009). Assim, o enforcamento seria uma forma “masculina” de morrer (Leal, 1992), enquanto as mulheres buscariam métodos mais suaves e lentos, preferindo o envenenamento, a asfixia por carbono ou a precipitação de lugares elevados (Lopes, 2007, Macente et al, 2009).

Verifica-se uma relação entre o método utilizado e o local da ocorrência do ato suicida, entendendo-se que, de alguma forma, os indivíduos recebem algum tipo de influência da disponibilidade e acessibilidade aos meios (Prieto e Tavares, 2005). No presente estudo, observou-se que 62,7% dos suicídios masculinos e 81% dos femininos ocorreram na própria residência, 59,1% por enforcamento e 19,3% por armas de fogo, métodos que provocam lesões geralmente muito graves, deixando pouquíssimas possibilidades de socorro às vítimas, denotando uma relação entre os métodos utilizados e o índice de letalidade, que converge com os resultados encontrados em outros estudos (Prieto e Tavares, 2005, Souza et al, 2011). Os suicídios que ocorreram em “outros locais” foram por ingestão de pesticidas ou produtos químicos e lesão voluntária por objeto perfurocortante, métodos que apresentam geralmente baixa letalidade, possibilitando as intervenções médico/hospitalares em tempo hábil, fato também documentado na literatura pesquisada (Marin-Leon e Barros, 2003, Viana et al, 2008).

Percebe-se ainda, que na distribuição dos suicídios por local de residência, a Região-3, que concentra maior número de bairros com menor renda, se sobressaiu por apresentar maior magnitude, em relação às demais regiões da cidade. Esse resultado está em consonância com pesquisas socioespaciais, como a realizada por Santos e Noronha (2001), na cidade do Rio de Janeiro, onde encontraram a mortalidade por causas externas amplamente distribuídas por toda a cidade, embora alcançassem menor escala nos bairros que concentram moradores de renda mais alta, condição também encontrada neste estudo. No entanto, em relação à distribuição espacial das tentativas de suicídio em Palmas, ocorreu uma maior concentração na Região-1 (Plano Diretor Sul), que representa uma das áreas de renda mais alta da cidade (Kram e Ferreira, 2006).

Para as tentativas de suicídio, a maioria dos casos masculinos (55%) e dos casos femininos (70,4%), também ocorreu na própria residência. Para 7,1% das mulheres e 2,4% dos homens a tentativa de suicídio ocorreu em via pública e os demais casos distribuíram-se entre vários locais. Em relação às tentativas, Souza (2011) considera que os atos perpetrados em locais públicos favorecem uma intervenção rápida, enquanto nas tentativas que ocorreram nas próprias residências, a intervenção normalmente só ocorre após o dano instalado, condição que se aplica principalmente às tentativas por ingestão de medicamentos, agrotóxicos, pesticidas, produtos químicos ou domissanitários, método que pode ser revertido, na maioria dos casos. A relação entre o sexo e método utilizado mostrou o predomínio das

tentativas de suicídio por autointoxicação (81,6% de casos femininos e 62,0% dos masculinos). Condições semelhantes foram encontradas por Macente et al (2009) e Souza et al (2011) em pesquisas realizadas em outros Estados.

Quanto à ocupação profissional, os dados passaram a integrar a notificação do SIM, apenas a partir de agosto de 2006, o que só permite uma visão parcial (52,2%) dos casos. No período considerado (agosto/2006 a dezembro/2009), as ocupações com maiores prevalências foram de trabalhadores da construção civil, servidores públicos, trabalhadores da agricultura, auxiliares de serviços gerais e comerciantes varejistas. Entre as pessoas sem um vínculo profissional, destacaram-se os estudantes e as mulheres que se dedicavam unicamente às tarefas do lar.

8.1 Fatores associados aos suicídios e as tentativas de suicídio, obtidos por meio das entrevistas

Em relação à população geral, os indivíduos com história prévia de tentativas de suicídio apresentam um risco aumentado em 40 vezes se comparado à população geral (Meleiro, 2003), condição também observada nesta pesquisa. Entre as 24 autópsias psicossociais realizadas, foram localizados cinco casos (quatro homens e uma mulher) com história de tentativas anteriores, inclusive um destes com três tentativas nos quatro meses que antecederam ao ato consumado. Ainda entre as entrevistas retrospectivas realizadas com os tentadores obtivemos informações de 12 casos com duas tentativas e outros quatro com três tentativas, no período pesquisado. Esta condição também foi observada por Pordeus et al (2009) que encontrou antecedentes suicidas em metade das famílias entrevistadas, com vítimas fatais, e relatou vários casos com duas, três, chegando até oito tentativas prévias entre os que tentaram o suicídio.

Nas entrevistas de autópsia psicossocial, detectamos que entre os 19 suicídios masculinos pesquisados, 15 foram por enforcamento. Destes, apenas três não ocorreram no domicílio e em um único caso, a vítima chegou a ser socorrida (falecendo após 116 dias de internação). Nos outros quatro suicídios masculinos, todos ocorreram no domicílio sendo um por arma de fogo, dois por autointoxicação e por objeto perfurocortante e, apenas nos três últimos casos, as vítimas chegaram a ser hospitalizadas. Entre os cinco casos femininos entrevistados, todos ocorreram na residência, sendo quatro enforcamentos e um

envenenamento (único caso em que a vítima chegou a ser hospitalizada). Estes resultados concordam com dados de estudos de autópsias psicossociais recentes (Cavalcante e Minayo, 2012, Minayo et al, 2012b) onde também predominou a ocorrência de suicídios na própria residência.

Dos 24 casos entrevistados, apenas 33% apresentaram vínculo empregatício formal; 29% eram trabalhadores da informalidade e outros 33% não realizavam atividades profissionais. Outros estudos apontaram maiores taxas de suicídios entre os desempregados, sugerindo as dificuldades geradas pelos fatores econômicos, a perda do emprego e a pobreza como fator predisponente para os atos suicidas, principalmente masculinos (Leal, 1992, Meneghel et al, 2004). Entre as 70 entrevistas retrospectivas realizadas com tentadores, verificaram-se que os estudantes de ambos os sexos representaram o maior percentual. Entre as mulheres, as que não tinham uma atividade profissional remunerada, enquadrando-se no perfil de donas de casa, foram as que representaram o segundo maior número de casos.

Nos suicídios, os fatores de risco identificados por meio das autópsias psicossociais foram transtornos mentais, o uso do álcool e de outras drogas, principalmente o crack e maconha, geralmente associados a outros fatores de risco, tais como, desajustes causados pelos relacionamentos familiares conturbados e tentativas anteriores de suicídio. Os estudos asseguram que o comprometimento subjacente da saúde mental em geral está associado a outros tipos de dificuldades ou fragilidades, e apresentam comorbidades entre os transtornos mentais, principalmente a depressão e as áreas ligadas aos relacionamentos familiares e socioeconômicos (Santos 2010).

Além da intoxicação por álcool e drogas legais, especialmente os psicofármacos, as drogas ilícitas também estão representadas nesta pesquisa em 13,5% dos suicídios e 7,1% das tentativas analisadas de suicídio. Cassorla (1992) afirma que o alcoolismo já representa um tipo de morte crônica, e uma parcela entre 10 a 20% destes, acabam matando-se intencionalmente. As drogas representam um potente fator de risco no momento do autoextermínio e, três aspectos característicos marcam o ato suicida praticado por alcoolistas, principalmente quando estão deprimidos: a impulsividade da tentativa, aumento do consumo na véspera e intoxicação alcoólica precedente ao ato (Cassorla 1992; Meleiro 2003). Estes aspectos foram encontrados, também no presente estudo, em quatro entrevistas realizadas com parentes de usuários de álcool.

Nos casos masculinos, a solidão e o isolamento social estão mais presentes, em situações de crises, como os fracassos econômicos e o desemprego que podem produzir atritos familiares, exacerbação do consumo de álcool e drogas e podem levar a dissoluções familiares, fatores associados aos suicídios (Marin-Leon e Barros, 2003). Entre as mulheres, os principais fatores de risco identificados foram os transtornos mentais, notadamente os quadros depressivos, os distúrbios no relacionamento familiar, violências intrafamiliares, tentativas e suicídios entre familiares, migrações, privações de bens básicos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As pesquisas indicam que as mulheres se suicidam menos do que os homens porque adotam melhores estratégias de adaptação (Marin-Leon e Barros, 2003). Elas são mais sensíveis à religiosidade, e se preocupam mais com a sua saúde, buscam mais apoio e orientação nos momentos de crise, participam de redes sociais e se envolvem em atividades comunitárias (Meneghel et al, 2004, Santos, 2010) o que lhes confere um sentido de pertencimento e participação que atuam como importantes fatores de proteção.

Nos suicídios pesquisados verificou-se um grande número de famílias que se consideravam vinculadas a uma religião, 45,8% de católicos e 37,5% evangélicos, embora 36% dos católicos e 33% dos evangélicos estivessem na condição de não praticantes e 16,6% afirmaram que o seu familiar não tinha uma religião. Em 16,6% desses casos foi informado que houve alteração na prática religiosa de seu familiar, especialmente nos meses que antecederam o suicídio. Nas tentativas de suicídios pesquisados, obteve-se 57,2% de evangélicos (62% não praticantes), 22,8% de católicos (52% não praticantes) e 20,% sem religião. Estudos sobre comportamento suicida evidenciam a prática religiosa, a fé e a devoção como um importante fator de proteção (Cassorla, 1992) e consideram que a dimensão da religiosidade possibilita a compreensão da pessoa em sua integridade, seus valores e sua forma de se relacionar com o mundo (Brasil. MS, 2012). Para Meleiro et al (2004), independentemente de qual religião o indivíduo professa, o mais importante é o tipo e o grau de envolvimento que ela tem com a sua religião. Contudo, neste estudo, não foi possível esclarecer a influência exercida pela religiosidade na vida e no cuidado com a saúde dos indivíduos.

Ainda, segundo Cassorla (1992), comportamentos totalmente refratários ao tratamento (conforme o primeiro caso contextualizado nesta pesquisa) costumam ser encontrados em indivíduos com transtorno psiquiátrico, que apresentam maior risco de suicídio e integram uma série de manifestações comportamentais, como pensamentos autodestrutivos, ameaças e

tentativas, até a concretização do ato suicida. O fato da mãe não ter percebido que o filho precisava de ajuda foi também encontrado no estudo realizado por Figueiredo et al (2012), o que denota a dificuldade dos familiares em lidarem com situações que, se expressas, podem desestabilizar a dinâmica familiar e a dinâmica interna de cada um de seus membros.

Especificamente, em relação ao suicídio do adolescente (também contextualizado), é importante ressaltar que existem diversas formas de violência na escola, desde atitudes preconceituosas, insultos e agressões emocionais, que provocam angústia e sofrimentos, associando-se ao baixo rendimento, à evasão escolar, às reações violentas e ao próprio suicídio (Assis et al, 2005). Ainda nesta faixa etária, a presença de TDAH implica numa alta frequência de comorbidades psiquiátricas (Souza et al, 2007). Entretanto, ressalta-se a necessidade de melhor contextualização dos aspectos evidenciados como desencadeantes do suicídio, tendo em vista que impulsos autodestrutivos na adolescência podem também associar-se à falta de apoio, de segurança e de estabilidade familiar, entre outros aspectos.

Ainda, nas entrevistas de autópsias psicossociais, obtivemos informações que 14 desses pacientes procuraram atendimento médico ou foram hospitalizados nos meses que antecederam ao suicídio. Na verdade, vários estudos apontam que entre 60% a 75% dos pacientes que cometeram suicídio buscaram auxílio médico ou estiveram hospitalizados, entre um a seis meses antes do ato (Meleiro 1998, OMS, 2000), oportunidade em que poderiam ter sido avaliados e encaminhados a profissionais capacitados para tratar seus agravos. Muitos, também tentam, um contato com familiares ou amigos (Barnes et al, 2002), embora não alcancem a compreensão esperada. Vale ressaltar que no caso em que se obtiveram informações de três tentativas nos quatro meses que antecederam ao suicídio, foi encontrado registro de que o sujeito procurou, duas vezes, a Unidade Básica de Saúde de sua referência, para consulta, alguns dias antes do ato fatal. Daí se pode inferir que tanto este suicídio como o da moça que buscou, sem sucesso, ajuda em diferentes Serviços de Saúde (também contextualizado), talvez pudessem ter sido evitados se os profissionais das UBS fossem orientados e capacitados para um cuidado integral, reconhecendo o usuário em suas múltiplas dimensões, necessidades e vulnerabilidades.

Neste sentido, outro aspecto que chamou a atenção está relacionado às respostas da equipe de saúde às famílias que procuraram ajuda. Tais respostas mostraram-se insatisfatórias no sentido de possibilitar uma intervenção direta, no lidar com a crise que se instalou na família, e transitou entre a esperança dos familiares em obter algum tipo de cuidado e atenção

dos profissionais de saúde e a descrença na possibilidade dessa ajuda. A inabilidade do setor de saúde em lidar com essa questão está presente em vários trabalhos que abordam a questão do suicídio (Cavalcante e Minayo 2012, Figueiredo et al, 2012, Pinto et al 2012). Embora a OMS em seu Manual de Prevenção do Suicídio (2000) tenha apontado a atenção primária em saúde como o serviço mais apropriado para atendimento de casos com risco de suicídio, as famílias entrevistadas não encontraram o suporte emocional e subjetivo que deveria ser oferecido pelos profissionais que atuam nesses serviços.

Outra fragilidade observada se relaciona às inconsistências nos banco de dados dos Sistemas de Informações. Tanto nas notificações de suicídios como das tentativas, um elevado número de formulários apresentou falhas de preenchimento e/ou omitiu dados importantes, prejudicando o amplo conhecimento do problema, além de dificultar quaisquer intervenções ou o planejamento de ações preventivas. Destaca-se a elevada proporção de falhas, em relação às variáveis Local da Ocorrência, Escolaridade e Ocupação Profissional, tanto para os casos de suicídios, como para as tentativas, convergindo com Macente e Zandonade (2010), que encontraram condições semelhantes em uma pesquisa sobre avaliação da completude do Sistema de Informações de Mortalidade por suicídios na Região Sudeste do Brasil. Conclui-se daí, a necessidade de capacitar e sensibilizar os técnicos responsáveis pelo preenchimento das notificações (que instrumentalizam os Sistemas de Informações), para que o documento seja reconhecido e usado como um gerador potencial de dados, deixando de ser considerado, apenas, como uma formalidade do Serviço.

8.1.1 Considerações sobre as entrevistas

Observamos durante as entrevistas que, quanto mais afastado o nível de parentesco, mais a pessoa demonstrou dificuldade em falar sobre o assunto. Normalmente, eles não se recusaram a participar do estudo, mas falaram pouco, limitando-se a responder o que foi perguntado, sem fazer comentários adicionais. Tiveram também grande dificuldade em apresentar sua versão para os acontecimentos, preferindo manter-se na condição de neutralidade. Estudos anteriores afirmam que, dependendo do tipo de relacionamento e do vínculo afetivo existente, o luto pelo suicídio de um familiar (ou amigo) pode ser vivenciado

de diferentes formas, impactando inclusive a disponibilidade em falar sobre o caso (WHO, 2003) e de expor suas lembranças e seus sentimentos em relação ao fato (Werlang, 2000).

Neste estudo, foram os pais os que mais colaboraram. Possivelmente, para eles, a possibilidade de ter alguém interessado em sua história e disposto a ouvi-los atentamente e sem julgamento permitiu liberar um pouco dos sentimentos reprimidos (Freitas, 2000). Eles falaram com carinho, demonstrando tranquilidade em abordar um assunto tão delicado. E, mesmo revivendo o sofrimento, é como se de alguma forma, estivessem novamente próximos de seus filhos. Em alguns casos, percebeu-se que a entrevista serviu para resgatar ou esclarecer pontos obscuros na história de vida ou no relacionamento entre eles. Em outros, pareceu ter aliviado um pouco a culpa que sentiam por não terem reconhecido, a tempo, o sofrimento ou o pedido de ajuda dos filhos.

Vários autores mostram em seus estudos que, quando uma família perde um dos seus membros por suicídio, há uma tendência (por medo, vergonha, influência da religião ou interesses particulares) a evitarem o assunto ou a omitir as circunstâncias da morte (WHO, 2003). Porém essa negação acarreta maior sofrimento, por ser o luto um processo social que necessita de uma rede adequada de apoio para ser suportado (Freitas, 2000). Os sobreviventes do suicídio precisam de alguém, de fora da família imediata, para conversar, esclarecer sentimentos contraditórios e não resolvidos e/ou, para obter informações práticas (Werlang, 2000).

Nas mulheres que relataram ocorrências de tentativas anteriores, 92% faziam acompanhamento médico ou já haviam sido avaliadas por um especialista e dispunham de medicação ou do acesso a ela. Inclusive observou-se que, na grande maioria das tentativas, cujo método utilizado foi a autointoxicação, os psicofármacos (principalmente os antidepressivos, ansiolíticos e anti-hipertensivos receitados e que são disponibilizados pela rede pública) foram os mais utilizados nas tentativas de autoextermínio. Em alguns desses casos, a medicação não era de uso próprio.

Outro fator mencionado várias vezes e que se revelou um forte indicativo de diversos comportamentos de risco à saúde foi a ocorrência de lares desfeitos e o abandono dos filhos pequenos. Geralmente essa separação entre um dos pais ou entre irmãos, decorre de uma prática antiga, adotada principalmente nas cidades do interior, em que se costumava dividir os

filhos quando o casal se separava. Nessa situação, cabia à mãe cuidar das crianças mais novas enquanto o pai assumia a educação dos filhos mais velhos.

Além da separação entre os irmãos, em muitos casos, as crianças acabaram sendo entregues a pessoas de melhor condição financeira, surgindo daí alguns casos de violência, negligências, abandono e abusos de crianças e adolescentes, além das experiências de assédio moral e sexual. Segundo a OMS (2000), as pesquisas demonstram que a exposição a estas violências no lar se associa tanto a comportamentos de risco, como aos pensamentos suicidas e às tentativas, como a atitudes violentas, comportamento agressivo e antissocial, inclusive tornando, a pessoa, um perpetrador da violência na adolescência ou na fase adulta.

Os relatos dos entrevistados foram marcados pelo sentimento de pesar em relação ao abandono, principalmente quando foi a mulher (a mãe) quem abandonou a casa, deixando os filhos sob a responsabilidade dos maridos. Em muitos relatos, observa-se que, mesmo tendo afeto e gratidão pelos seus cuidadores, eles deixam transparecer mágoas e ressentimentos em relação a esta condição e ao modo como foram criados, geralmente tendo que assumir responsabilidades incompatíveis com a sua idade, prejudicando o seu desenvolvimento.

Outra dificuldade observada se refere às atitudes de negação dos tentadores, que não percebem a gravidade da situação, negam os problemas, ou simplesmente omitem os sintomas e as consequências de seus atos, até dos familiares mais próximos. Obtivemos relatos de três pessoas (do sexo masculino) que foram sozinhas ao hospital, após a tentativa (por autointoxicação) e que forneceram endereços incorretos ou incompletos, por receio de serem identificados e/ou procurados em suas residências. Estes casos só foram localizados por meio dos registros nas USF ou pelos ACS que conheciam a pessoa. Em outros cinco casos as pessoas se retiraram furtivamente após receberem os primeiros socorros. Esta situação se observou, principalmente, entre adolescentes ou adultos jovens do sexo masculino. As atitudes de negação, também foram percebidas entre alguns familiares que se recusaram a encarar os fatos ou simplesmente se omitiram, deixando a responsabilidade para outros membros da família.

8.2 Conclusões

Os resultados encontrados estão em conformidade com os dados disponíveis na literatura existente sobre o tema, na medida em que apontaram as seguintes características importantes das vítimas de suicídio e de tentativas de suicídios: em relação às faixas etárias, ocorreram nas mesmas faixas de idade, tanto para as vítimas das tentativas, como dos suicídios; ao sexo, confirmou que o suicídio é um ato mais fatal para o homem (que utiliza métodos mais letais) do que para a mulher (que busca métodos menos agressivos); os métodos utilizados nos suicídios apresentaram diferenças para os utilizados nas tentativas de suicídio, mas os dois eventos ocorreram, em maior proporção, na residência da própria vítima.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos recentes apontam o suicídio como uma questão de Saúde Pública, que afeta direta ou indiretamente uma grande parcela da sociedade. Pesquisas recentes consideram o desenvolvimento de programas e estratégias de prevenção ao suicídio, extremamente úteis para resguardar a vida dos indivíduos que se encontram em situação de risco.

Em vários países, pesquisadores confirmam a importância desses programas como uma medida efetiva na redução dos agravos. Entretanto, o desafio da prevenção envolve ações em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo desde a orientação das crianças, o aconselhamento familiar, o tratamento das perturbações mentais, o controle ambiental dos fatores de risco, até a orientação às comunidades, notadamente as mais vulneráveis.

Em decorrência do contato mais próximo com as famílias, as equipes de profissionais das Unidades Básicas de Saúde são consideradas como o primeiro recurso no trabalho de prevenção, a “porta de entrada” dos serviços de saúde. Contudo, uma relação de confiança e proximidade entre os profissionais e a comunidade, pressupõe a capacitação das equipes para atuarem na identificação dos fatores de riscos e no encaminhamento adequado dos usuários, respeitando a individualidade e as peculiaridades de cada caso. Também, faz-se necessário considerar o impacto negativo da rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde, fator este que dificulta, ou na maioria dos casos, inviabiliza o estabelecimento de um vínculo entre a equipe e os usuários do Sistema de Saúde.

Dessa forma, entende-se que uma estratégia de redução dos eventos suicidas requer conhecimento das taxas de incidência e das características psicossociais envolvidas no ato. Indicativos de risco precisam ser identificados e acompanhados por meio de programas de prevenção e tratamento adequados. Para isto, torna-se necessário sensibilizar e capacitar os profissionais da área para atuarem no acompanhamento especializado dos usuários, com a integralidade do cuidado e a humanização na relação com as famílias.

10. REFERÊNCIAS

1. Alvarez A. O Deus Selvagem: Um estudo do suicídio. Companhia das Letras, São Paulo; 1999.
2. Angerami-Camon VA, Trucharte FAR, Knijnik RB, Sebastiani RW. Psicologia Hospitalar, Teoria e Prática. *Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais*, São Paulo; 1994.
3. Asnis N. Suicídio e Islamismo: Um Olhar Psicanalítico. (Tese de Doutorado), PUCRS, Porto Alegre; 2007.
4. Assis SG, Deslandes SF, Santos NC. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. MS-SVS, Brasília; 2005.
5. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir (Manual dirigido para profissionais de Imprensa). São Paulo; 2009.
6. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 25 (1): 142-150, Rio de Janeiro; 2009.
7. Barcelos C, Ramalho WM, Gracie R, Magalhães MAFM, Fontes MP, Skaba D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Vol. 17 (1): 59-70, Brasília; 2008.
8. Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow M. Help-seeking Behavior Prior to Nearly Lethal Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 32 (suppl 1): 68-75, Wiley Online Library; 2002.
9. Barros MBA, Oliveira H.B, Marin-León L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang BG, Botega NJ (Org) *Comportamento suicida*. Artmed, PortoAlegre; 2004.
10. Batista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia, Campinas*. Vol. 22 (4): 425-443; 2005
11. Batista MN. Depressão e Suicídio. Atualizações. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2004.
12. Beninca M, Rezende MM. Tristeza e Suicídio entre Adolescentes: Fatores de Risco e Proteção. *Boletim de Psicologia*. Vol. 56 (124): 93-110; 2006..
13. Bertaux D. Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences. Thousand Oaks: Sage Publications; 1981.
14. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicídio e doença mental uma perspectiva global. In: Werlang BG, Botega NJ (Org). *Comportamento Suicida*. Artmed, Porto Alegre; 2004.
15. Bertolote JM. O Suicídio no Mundo. *Debates. Psiquiatria Hoje*, ano 2 (1): 15-17, ABP; 2010.
16. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell, D. Suicide and the Internet. *Medical Journal*, Vol. 336: 800-802; 2008.

17. Biddle L, Gunnell D, Owen-Smith A, Potokar J, Longson D, Hawton K, Kapur N, Donovan, J. Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 136: 702-709; 2012.
18. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMH. Prevenção do comportamento suicida. *Psico. PUCRS*. Vol. 37 (3): 213-220; 2006.
19. Botega NJ, Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgarrondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 25(12): 2632-2638; 2009.
20. Brandão JS. Mitologia grega. 11ª ed. Ed. Vozes, Petrópolis; 1997.
21. Brasil. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações de Mortalidade. 1ª ed. MS. Brasília; 2001(a).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Política Nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 96, seção 1E, 18.05.2001, MS. Brasília; 2001(b).
23. Brasil. Ministério da Saúde/SVS. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. MS. Brasília; 2005.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1876, de 14 de agosto de 2006. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. MS. Brasília; 2006.
25. Brasil. Ministério da Saúde / SVS / SGEPI. VIGITEL, 2006. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal, em 2006. MS. Brasília; 2007.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica. MS/OPAS. Brasília; 2009.
27. Brasil. Ministério da Saúde. VIVA: Vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. MS/SVS. Brasília; 2010(a).
28. Brasil. Ministério da Saúde / SVS. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Saúde Brasil, 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. MS/SVS. Brasília; 2010(b).
29. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/AIDS. Brasília; 2012.
30. Cavalcante FG, Minayo MCS. Organizadores psíquicos e suicídios: retratos de uma autópsia psicossocial. In: Almeida-Prado MCC (Org). O mosaico da violência. Vetor, São Paulo; 2004.
31. Cavalcante FG, Minayo MCS, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DDM, Conte M, Figueiredo AEB, Grubtis S, Cavalcante ACS, Mangas RMN, Vieira LJES, Moreira GAR.

- Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 17(8): 2039-2052; 2012.
32. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 17(8):1943-1954; 2012.
 33. Cassorla MSR. O que é suicídio. 4ª ed. Editora Brasiliense, São Paulo; 1992.
 34. Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. 2ª ed. Editora Papyrus, Campinas; 1998.
 35. Cassorla RMS. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang BS e Botega NJ (Org) *Comportamento suicida*. Artmed, Porto Alegre; 2004.
 36. Cerqueira DRC, Carvalho AXY, Lobão WJA, Rodrigues RI. Análise dos custos e consequências da violência no Brasil, (*Texto para Discussão, 1284*). Brasília: IPEA; 2007.
 37. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 31(Supl): 18-25; 2009.
 38. Clark DC, Horton-Deutsch SL. Assesment in absentia: the value of the Psychological Autopsy Method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JJ, Yufit RI. (Ed.) Assesment and prediction of suicide. New York: *The Guilford Press*: 144-182; 1992.
 39. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. (Conass Documenta; 15), Brasília: Conass; 2007.
 40. Conwell Y, Dubertein PR, Caine ED. Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biological Psychiatry*. Vol. 52 (3): 193-204; 2002.
 41. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 31(2): 333-356; 2008.
 42. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. Ateneu, São Paulo; 2006.
 43. Dahlberg LL, Etienne G, Krug. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 11 (suppl.0): 1163-1178; 2006.
 44. Dias ML. Suicídio: testemunhas de adeus. Editora Brasiliense, São Paulo; 1991.
 45. Diekstra RFW, Garnefski W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*. Vol. 46 (1): 52-68; 1993.
 46. Duarte EC, Duarte E, Souza MC, Tauil PL, Monteiro RA. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Vol. 17 (1): 7-20; 2008
 47. Durkheim E. O Suicídio: Um Estudo Sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982 (*publicação original em 1897*).

48. Durkheim E. O Suicídio: um estudo sociológico. 2ª tiragem. Editora Martins Fontes; 2004 (*publicação original em 1897*).
49. Farberow L, Shneidman ES. Prefácio. In: Farberow L, Shneidman ES, (Org) ¡Necesitoayuda! Um estudo sobre el suicídio y suprevención. *La Prensa Médica Mexicana*. México; 1969.
50. Figueiredo AEB, Silva RM, Mangas RMN, Vieira LJES, Furtado HMJ, Gutierrez DMD, Souza GS. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 17 (8): 1993-2002; 2012.
51. Freitas, NK. Luto Materno e Psicoterapia Breve. Summus Editorial, São Paulo; 2000.
52. Freud S. Construções em análise. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XXIII: 290-304. Imago, Rio de Janeiro; 1969 (a).
53. Freud S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. X: 159-317. Imago, Rio de Janeiro; 1969 (b).
54. Freud, S. Esboço de psicanálise. In Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XXIII: 153-221. Imago, Rio de Janeiro; 1969 (c).
55. Freud S. Luto e Melancolia. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV: 271-291. Imago, Rio de Janeiro; 1974(a).
56. Freud S. Nossa Atitude para com a morte. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV: 327-341. Imago, Rio de Janeiro; 1974 (b).
57. Freud S. Além do princípio do prazer. In: In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XVIII: 13-85. Imago, Rio de Janeiro; 1976 (a).
58. Freud S. A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XVIII: 183-212. Imago, Rio de Janeiro; 1976 (b).
59. Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. VII: 16-106. Imago, Rio de Janeiro; 1989.
60. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. Vol. 18 (4): 597-607; 2003.
61. Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira-Jr. LB, Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil. *Revista Nova Economia*. Vol. 21 (2): 281-316; 2011.
62. Hawton K, Van Heeringer K. Suicide. *The Lancet*. Vol. 373 (9672): 1372-1381; 2009.
63. Heidegger M. *Coleção Os Pensadores*. Abril Cultural, São Paulo; 1987.

64. Hutchinson G. Variation of Homicidal and Suicidal behaviour within Trinidad and Tobago and the associated risk factors. *West Indian Medical Journal*. Vol. 54 (5): 319-328; 2005.
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE/Cidades@Palmas(TO). <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.=172100#> Acessado em 30.11.2012.
66. Jamison KR. Quando a noite cai: entendendo o suicídio. Griphus, Rio de Janeiro; 2002.
67. Kamat J. The Tradition of Sati in India. (1997)
<http://www.kamat.com/kalranga/hindu/sati.htm>.
68. Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. Artmed, Porto Alegre; 2001.
69. Kovács MJ. Morte e Desenvolvimento Humano. 4ª ed. Casa do Psicólogo. São Paulo; 2002.
70. Kram F, Ferreira FPM. Qualidade de vida na cidade de Palmas (TO): uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. *Ambiente & Sociedade*. Vol. IX (2): 123-141; 2006.
71. Leader D. Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia. BestSeller, Rio de Janeiro; 2011.
72. Leal OF. Suicídio: honra e masculinidade na cultura gaúcha. *Caderno de Antropologia (UFRGS)*. Vol. 6: 7-21; 1992.
73. Lester D, Thomas CC. Why People Kill Themselves: A 2000 Summary of Research on Suicide. Springfield IL: Charles C. Thomas; 2000.
74. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 59 (3): 167-172; 2010.
75. Litman RE, Farberow NL. Valoración urgente de la potencialidad de autodestrucción. In: Farberow L, Shneidman ES, (Org) ¡Necesitoayuda! Um estudio sobre el suicidio y suprevención. *La Prensa Médica Mexicana*, México: 1969.
76. Loés T. Violência no Trânsito. *Saúde em Foco*. Vol. 5: 7-9; 1996.
77. Lopes FH. Medicina, educação e gênero: as diferenças sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. *Educar em Revista (online)*. Vol. 29: 241-257; 2007
78. Loureiro PRA, Mendonça MJC, Sachsida, A. Os determinantes econômicos do suicídio. (*Texto para Discussão, 1487*). Brasília, IPEA; 2010.
79. Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 58 (4): 238-244; 2009.

80. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por Suicídio na Região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 59 (3) 173-181; 2010.
81. Malta DC, Lemos MSA, Silva, MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C; Neto OLM. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Vol. 16 (1): 45-55; 2007.
82. Malta DC, França E, Abreu DX, Oliveira H, Monteiro RA, Sardinha LMV, Duarte EC, Silva GA. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Vol. 20 (3): 409-412; 2011.
83. Marín-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37 (3): 357-363; 2003.
84. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira* Vol. 44 (2): 135-140; 1998.
85. Meleiro AMAS. Risco de suicídio (Entrevista). *Médico Repórter, São Paulo*. nº 49; 26-26. 01.09.2003.
86. Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Religião e Comportamento Suicida. Capítulo publicado no livro, Suicídio: Estudos Fundamentais. Segmento Farma, São Paulo; 53-60; 2004.
87. Mello MF. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Artmed, Porto Alegre; 2007.
88. Mello Jorge MHP. Violência como problema de saúde pública. *Ciência e Cultura*. Vol. 54(1): 53-53; 2002.
89. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age gender rates of suicide. *Revista Brasileira Psiquiatria*. Vol. 27(2):131-134; 2005.
90. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 38(6): 804-810; 2004.
91. Microsoft Corporation. Microsoft Excel, for Windows 2000, [computador programa] Excel v.s. 8,0. Copyright: Brasil, 2000.
92. Minayo MCS. A auto-violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.14 (2), 421-428; 1998.
93. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. MS/SVS, Brasília; 2005(a)
94. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. MS/SVS, Brasília; 2005(b).

95. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 22(8): 1587-1596; 2006(a).
96. Minayo MCS. Violência e Saúde. (*Coleção Temas em Saúde*). Editora Fiocruz, Rio de Janeiro; 2006(b).
97. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violências e Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 14 (5): 1641-1649; 2009.
98. Minayo MCS, Cavalcante FG. É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde. [*Projeto de Pesquisa*]. Claves, Fiocruz, Rio de Janeiro; 2010.
99. Minayo MCS, Cavalcante FG, Mangas RMN, Souza JRA. Um estudo sobre suicídio em idosos no Rio de Janeiro baseado em autópsias psicossociais. [*Mimeo*]; 2010
100. Minayo MCS, Cavalcante FG, Mangas RM, Souza JRA. Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsia psicológicas. *Trivium*. Vol. 3 (1):109-117; 2011.
101. Minayo MCS, Grubits S, Cavalcante FG. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 17 (8):2027-2038; 2012(a).
102. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 46 (2): 300-309; 2012(b).
103. Minois G. História do suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária. Teorema, Lisboa; 1998.
104. Mito RCT. Famílias de jovens que tentam suicídio. UNICAMP (*Tese de Doutorado*). Campinas; 1994.
105. Mitty E, Flores S. Suicide in Late Life. *Geriatric Nursing*. Vol. 29 (3):160-165; 2008.
106. Monteiro MCC. Moral e Direito em São Tomás de Aquino. (*Dissertação de mestrado*). ISE, Cabo Verde; 2006.
107. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª Rev. (CID-10), Cap. 20; 1013-1130. USP, São Paulo; 1993.
108. Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra; 2000.
109. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violências e Saúde: OMS/OPAS, Lisboa: 2002.

110. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian healthsystem history, advances, and challenges. *The Lancet 2011*; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 60054-8.
111. Pacheco MVPC. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Clássicos da Psicopatologia: Ano VI (2); 152-157; 2003.
112. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. DVS/DANT. Violência Autoinfligida: Detecção dos Fatores de Riscos para Redução da Morbi-Mortalidade. Palmas; 2007.
113. Palmas. Prefeitura Municipal de Palmas/Conheça Palmas. http://portal.palmas.to.gov.br/conheca_palmas/ Acessado em 30.12.2012.
114. Pessotti I. Os nomes da loucura. Editora 34, São Paulo; 1999.
115. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Ed. Guanabara Koogam, Rio de Janeiro; 1995.
116. Pinto LW, Silva CMFP, Pires TO, Assis SG. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 17 (8): 2003-2009; 2012.
117. Ponce JC, Andreuceti G, Jesus MGS, Leyton V, Muñoz DR. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. (online). Vol. 35 (Suppl.1): 13-16; 2008.
118. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Olinda QB. Suicídio no Ceará na década de 90. *Revista do Centro de Ciências Saúde*. Vol.15 (12):16–22; 2002.
119. Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, Barroso SMC. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.14 (5): 1731-1740; 2009.
120. Prieto DYC. Sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto na tentativa de suicídio. (*Dissertação de Mestrado*). UnB, Brasília; 2002.
121. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativas de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 54 (2): 146-54, 2005.
122. Raupp LMW. Penélopes, Ariadnes, Aracnes e Moiras: o tecer de personagens de O último cais, de Helena. *Colóquio-Revista Científica da Faccat* . Vol. 8 (1-2): 9-22; 2011.
123. Ribeiro JP. O Ciclo do Contato: temas básicos em abordagem gestáltica. 2ª ed. São Paulo: Summus; 1997.
124. Rudio FV. Diálogo maiêutico e psicoterapia existencial. *Novos Horizontes Editora*. São José dos Campos; 1998.
125. Ruesch H. No país das sombras longas. 9ª ed. *Editora Record*, Rio de Janeiro; 1974.

- 126.Santos MAF, Siqueira MVS, Mendes AM. Tentativas de suicídio de Bancários em Contexto das Reestruturações Produtivas. *Revista de Administração Contemporânea*. Vol. 14 (5): 925-938; 2010.
- 127.Santos, SM, Noronha CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17 (5): 1099-1110; 2001.
128. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Vol. 30 (2): 115-123; 2008.
129. Scliar, M. História do Conceito de Saúde. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 17 (1): 29-41; 2007.
- 130.Shneidman ES, Farberow L, Litman RE. El Centro de Prevención Del Suicidio. In: Farberow L, Shneidman ES, (Org) ¡Necesitoayuda! Um estudio sobre el suicidio y suprevención. *La Prensa Médica Mexicana*. México; 1969.
- 131.Shneidman ES. Suicide, lethality and the psychological autopsy. Shneidman ES, Ortega M, Editors. Aspects of depression. Boston: Little Brown; 1969.
- 132.Shneidman ES. The psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 11: 325-340, 1981(a).
- 133.Shneidman ES. Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 11(4): 198-359; 1981(b).
- 134.Shneidman ES. Autopsy of a Suicidal Mind. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 135.Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marin-Leon L, Barros MBA, Dalgalarondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 22 (9): 1835-1843; 2006.
- 136.Skinner BF. Ciência e o Comportamento Humano. 10ª ed. Martins Fontes, São Paulo; 1998
- 137.Sidman M. Coerção e suas Implicações. Ed. Psy, São Paulo; 1995.
- 138.Souza ER, Ribeiro AP, Penna LHG, Ferreira AL, Santos NC, Tavares CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência e Saude Coletiva*. Vol. 14 (5): 1709-1719; 2009.
139. Souza IGS, Serra-Pinheiro MA, Fortes D, Pinna C. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 56, (supl.1): 14-18; 2007.
140. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 60 (4): 294-300; 2011.
- 141.Tavares M, Montenegro B, Prieto D. Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: Maluschke, G.; Bucher-Maluschke, J.; Hermanns, K. *Direitos Humanos e*

- violência: desabafos da ciência e da prática*. Fortaleza: Konrad Adenauer: 231-257; 2004.
142. Turecki G. The suicide and your relationship IF the impulsive-aggressive behaviors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 21 (supl. 2): 18-22; 1999.
143. Vansan GA. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 48 (5): 209-315; 1999.
144. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídios no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 57 (1): 38-43; 2008.
145. Villela, LCM. Mortalidade por Homicídios, Acidentes de Transporte e Suicídios no Município de Belo Horizonte e Região Metropolitana, em Série Histórica de 1980-2000. (Tese de Doutorado). USP, Ribeirão Preto; 2005.
146. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2011: Os jovens do Brasil. *Instituto Sangari, São Paulo*. Ministério da Justiça, Brasília; 2011. <http://www.mapadaviolencia.net.br>
147. Werlang BS. Proposta de uma Entrevista Semi-Estruturada para Autópsia Psicológica em casos de suicídio. (Tese de Doutorado), UNICAMP, Campinas; 2000.
148. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 25 (4): 212-219; 2003.
149. Werlang BSG, Asnis N. Perspectiva histórico-religiosa. In: Werlang e Botega (Org) *Comportamento suicida*. Artmed, PortoAlegre; 2004.
150. Werlang BG, Botega NJ. Avaliação e manejo do paciente. In: Werlang e Botega (Org) *Comportamento suicida*. Artmed, Porto Alegre; 2004.
151. Werlang BG, Sperb IW. Entrevista semiestruturada para autópsia psicológica (ESAP) em casos de suicídios rurais. In: Werlang e Botega (Org) *Comportamento suicida*. Artmed. Porto Alegre; 2004.
152. Whelan CF. Suicide in the Ancient World: a Re-Examination of Matthew 27:3-10. *Laval théologique et philosophique*. Vol 49 (3): 505-522; 1993.
153. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Copyright. Direção Geral da Saúde/OMS. 1.^a ed. Lisboa; 2002.
154. World Health Organization (WHO). The World Health Report: Shaping the future. Genebre: WHO; 2003.

11. ANEXOS

Anexo A - Instrumentos originais para entrevistas (transcritos de Cavalcante et al, 2012, pg. 2042-2045)

Quadro 1. Ficha de identificação

Ficha de identificação		
Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Naturalidade:	Etnia:
Religião:	Grau de instrução:	Ocupação:
Endereço:		
Família de procriação		
Nome do cônjuge:	Idade:	
Filhos (idade):		
Outras uniões, casamentos e filho:		
Família de origem		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe		
Irmãos:		
Pessoas que responderam à entrevista		
Grau de parentesco:	Grau de afinidade:	
Modo de perpetração		
Motivo:		
Local:		
Data:	Hora:	
Observações relevantes:		

Quadro 2.	Roteiro simplificado para a realização do genograma
Genograma	
<ul style="list-style-type: none">• Construir como seria um retrato dessa família em duas ou três gerações (Averiguar o lugar afetivo, de dependência e sócioeconômico de pessoas que se destaquem).• Ouvir como as pessoas se aproximam ou se afastam (Relações, alianças e conflitos).• Conversar sobre acontecimentos críticos que marcaram a família (Houve casos de suicídio ou de tentativas e suicídio?• Houve acidente, doenças ou morte que se destaque?).	

Quadro 3. Roteiro de entrevista semiestruturada para autopsias psicológicas e psicossociais
AUTOPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS
Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico
<p>I) Contato Inicial</p> <p>a) Leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento</p> <p>b) Preenchimento dos Dados de Identificação</p> <p>c) Montar o Genograma Familiar</p> <p>Contato inicial: Esclarecer sobre a pesquisa e o consentimento, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade.</p> <p>Público-alvo: Pessoa maior de 60 anos</p>
<p>II) Caracterização Social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a profissão e grau de instrução da pessoa idosa que morreu por suicídio? 2. Qual a profissão e grau de instrução do cônjuge e dos filhos? 3. O que era relevante no trabalho/emprego? (dificuldades, limites e possibilidades) 4. Era aposentado (a) e fazia alguma outra atividade? 5. Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado fixo e outros) Além da pessoa idosa, quem mais Contribuía para a renda famílias? 6. Como era a casa onde ele(a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos; rede de esgoto, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes) 7. Poderias descrever o bairro e local de moradia?
<p>III) Retrato e modo de Vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como você descreve o (a) idoso (a) aqui estudado (a)? (características marcantes) 2. Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência) 3. Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser? 4. Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação? 5. Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais? 6. Houve história de perdas (filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)? 7. Como essa pessoa idosa lidava com as situações de perdas? 8. Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos? 9. Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos? 10. Sofreu situações de violência durante a sua vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial). E durante o processo de envelhecimento? 11. Onde e com quem encontrava apoio? 12. Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho ou outras pessoas? Como foi este apoio? (havia uma rede de apoio ou de proteção?) 13. Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi esse apoio? 14. Participava de Clubes e associações voluntárias e ou comunitárias, Partidos Políticos, Sindicato ou organização profissional? 15. Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros? 16. Há história anterior de doença grave? Qual? Dos nervos? Tratamentos? 17. Havia algum cuidador? Quem? Que cuidados a pessoa idosa estava recebendo? 18. Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

IV) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

1. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)
2. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?
3. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?)
4. Como a família vivenciou o momento da notícia? E do sepultamento?
5. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
6. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados)
7. Houve tentativas anteriores? Quantas? Como? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Verificar os seguintes indicadores: a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado a sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

V) Estado mental que antecedeu o suicídio

1. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?
2. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos, ou ideias que pareciam “irreais”?
3. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?
4. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?
5. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?
6. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?
7. A pessoa tinha plano de saúde?
8. Se era atendida pelo SUS, como avaliava esse atendimento?

VI) Imagem da Família

1. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias? Qual foi a reação da família com o cuidador imediato?
2. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?
3. A família já recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais as dificuldades?
4. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?

Verificar os seguintes indicadores: (apenas pela observação do fluxo discursivo)

Tipo de comunicação estabelecida pela família – aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem;
 Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;
 Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;
 Forma de formular e estabelecer regras – a explicação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar.

O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto ao se falar dele. Será necessário conduzir um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade.

Quadro 4.	Roteiro de Organização dos Estudos de Caso
<p>I) Dados de identificação do caso de suicídio</p> <ul style="list-style-type: none"> . Critério de escolha do caso . Dados do entrevistado . Dados da pessoa com morte autoinfligida . Forma de perpetração e cena do suicídio (relato da família e laudo pericial) 	
<p>II) Estudos de casos individuais</p> <ul style="list-style-type: none"> . Descrição pessoal, social e familiar (genograma e caracterização social) . Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (autorretrato e modo de vida) . Estudo mental que antecedeu o suicídio (risco psiquiátrico e psicossocial) . Avaliação da atmosfera do suicídio (clima e circunstância antes e depois do ato) . Impacto do suicídio na família (imagem do ato, reações e impressões da família) . Síntese ou comentários finais (pontos a serem destacados) 	

Quadro 5.	Roteiro de Organização dos Dados Sócioantropológicos
<ul style="list-style-type: none"> . Quais são as principais características do município? (urbano ou rural) . Como o município se constitui e tem sido caracterizado? (trata-se de um município mais aberto socialmente ou fechado?) . Qual a formação social e origem da população? . Como o município se organiza economicamente, socialmente, culturalmente? . Como é a vida da população em termos de saúde, educação e segurança? . Quais os recursos sociais existentes? (clubes, agremiações religiosas, atividades artesanais, atividades turísticas?) . Como se caracteriza a população idosa nessa região? Que serviços estão disponíveis pra ela? (Serviços de Saúde, Centros de Convivência, Centro de Valorização a Vida?). . Faça uma síntese da situação de vida os idosos na localidade. 	

Quadro 6. Roteiro de análise de dados por região

l) Estudo do suicídio por frequência das variáveis

. Distribuição dos suicídios segundo faixas etárias

60 a 64 anos

65 a 69 anos

70 a 74 anos

75 a 79 anos

80 a 84 anos

> 85 anos

. Distribuição dos suicídios segundo forma de perpetração e sexo

Enforcamento

Arma de fogo

Envenenamento

Arma Branca (faca)

Queda de altura

Carbonização

Afogamento

. Distribuição dos locais de ocorrência do suicídio segundo sexo nas cinco regiões

Domicílio

Área externa

. Perfil sócio econômico dos idosos segundo sexo

Estado civil

Escolaridade

Religião

Vida rural ou urbana

Atividade profissional

Vínculo ativo e inativo

. Fatores de risco associados ao suicídio segundo sexo

Sobrecarga financeira

Abusos e desqualificações

Morte e adoecimento de parentes

Deficiência, doenças físicas e transtornos mentais, Isolamento social e traços depressivos

Ideações, tentativas de suicídio na família

. Fatores protetores associados ao suicídio segundo sexo

Apoio familiar e de amigos

Estabilidade material

Busca de apoio à saúde

Apoio religioso

Quadro 6. continuação

II) Estudo do suicídio por hierarquia de variáveis

. *Motivos atribuídos ao suicídio segundo sexo e faixa etária*

Alterações de comportamento Impacto de perdas

Doenças ou deficiências

Conflitos conjugais e familiares

Estilo de vida

Aposentadoria ou desemprego

Sobrecarga financeira

. *Interação de fatores ligados ao suicídio segundo sexo e faixa etária*

Doenças (físicas, mentais, alcoolismo) e deficiências

Depressão e estados depressivos

Conflitos familiares e crises conjugais

Anexo B - Instrumentos de entrevista adaptados

Quadro 1 - Ficha de identificação

Ficha de identificação		
Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Naturalidade:	Cor da Pele:
Religião:	Grau de instrução:	Ocupação:
Endereço:		
Família de procriação		
Nome do cônjuge:	Idade:	
Filhos (idade):		
Outras uniões, casamentos e filho:		
Família de origem		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe		
Irmãos:		
Pessoas que responderam à entrevista		
Grau de parentesco:	Grau de afinidade:	
Modo de perpetração		
Motivo:		
Local:		
Data:	Hora:	
Observações relevantes:		

Quadro 2. Roteiro de entrevista semiestruturada para autopsias psicológicas e psicossociais
AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS
Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico
<p>I) Contato Inicial</p> <p>a) Leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento</p> <p>b) Preenchimento dos Dados de Identificação</p> <p>Contato inicial: Esclarecer sobre a pesquisa e o consentimento, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade.</p> <p>Público-alvo: População em geral</p>
<p>II) Caracterização Social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a profissão e grau de instrução da pessoa que morreu por suicídio? 2. Tinha emprego fixo? Informal ou era autônomo? 3. Falava em dificuldades no ambiente de trabalho? Com colegas ou superiores? (dificuldades, limites e possibilidades) 4. Fazia alguma outra atividade? 5. Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado fixo e outros) Quem mais contribuía para a renda famílias? 6. Como era a casa onde ele(a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos; rede de esgoto, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes) 7. Poderia descrever o local de moradia?
<p>III) Retrato e Modo de Vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como você descreve pessoa aqui estudada? (características marcantes) 2. Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência) 3. Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser? 4. Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação? 5. Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais? 6. Houve história de perdas (pais, filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)? 7. Como essa pessoa lidava com as situações de perdas? 8. Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos? 9. Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos? 10. Sofreu situações de violência durante a sua vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial). 11. Onde e com quem encontrava apoio? 12. Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho ou outras pessoas? Como foi este apoio? (havia uma rede de apoio ou de proteção?) 13. Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi esse apoio? 14. Participava de Clubes e associações voluntárias e ou comunitárias, Partidos Políticos, Sindicato ou organização profissional? 15. Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros? 16. Há história anterior de doença grave? Qual? Fez ou fazia tratamento? 17. Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

IV) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

1. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)
2. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?
3. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?)
4. Como a família vivenciou o momento da notícia? E do sepultamento?
5. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
6. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados)
7. Houve tentativas anteriores? Quantas? Como? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Verificar os seguintes indicadores: a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado a sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

V) Estado mental que antecedeu o suicídio

1. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?
2. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos, ou ideias que pareciam “irreais”?
3. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?
4. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?
5. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?
6. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?
7. A pessoa tinha plano de saúde?
8. Se era atendida pelo SUS, como avaliava esse atendimento?

VI) Imagem da Família

1. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias?
2. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?
3. A família já recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais as dificuldades?
4. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?

Verificar os seguintes indicadores: (apenas pela observação do fluxo discursivo)

Tipo de comunicação estabelecida pela família – aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem;

Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;

Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;

Forma de formular e estabelecer regras – a explicação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar.

O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto ao se falar dele. É necessário conduzir um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade.

Quadro 3 - Roteiro de análise de dados

I) Estudo do suicídio por frequência das variáveis

. *Distribuição dos suicídios segundo faixas etárias*

- 10 a 14 anos
- 15 a 19 anos
- 20 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- 60 a 69 anos

> 70 anos

. *Distribuição dos suicídios segundo forma de perpetração e sexo*

- Enforcamento
- Arma de fogo
- Autointoxicação
- Arma Branca (faca)
- Outros

. *Distribuição dos locais de ocorrência do suicídio segundo sexo*

- Domicílio
- Outros locais

. *Perfil sócio econômico dos idosos segundo sexo*

- Estado civil
- Escolaridade
- Cor da pele
- Local de residência
- Religião
- Ocupacional profissional
- Vínculo ativo e inativo

. *Fatores de risco associados ao suicídio segundo sexo*

- Sobrecarga financeira
- Abusos e desqualificações
- Dificuldades no relacionamento familiar
- Dificuldades no trabalho ou na escola
- Morte e adoecimento de parentes
- Deficiência, doenças físicas e transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas
- Quadros depressivos, Isolamento social,
- Tentativas anteriores, suicídio ou tentativa entre familiares

. *Fatores protetores associados ao suicídio segundo sexo*

- Apoio familiar e de amigos
- Estabilidade material
- Busca de apoio à saúde
- Apoio religioso

II) Estudo do suicídio por hierarquia de variáveis

. *Motivos atribuídos ao suicídio segundo sexo*

- Alterações de comportamento Impacto de perdas
- Doenças ou deficiências
- Conflitos conjugais e familiares
- Conflitos no trabalho ou na escola
- Estilo de vida
- Aposentadoria ou desemprego
- Sobrecarga financeira

. *Interação de fatores ligados ao suicídio segundo sexo e faixa etária*

- Doenças (físicas, mentais, alcoolismo) e deficiências
- Depressão e estados depressivos
- Conflitos familiares e crises conjugais

Anexo C - Carta endereçada aos participantes.

Palmas, -----/-----/-----

Sr(a)

End.

Prezado (a) Senhor(a)

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa com o objetivo de analisar o perfil psicológico e identificar os fatores psicossociais envolvidos nos casos de suicídio e nas tentativas de suicídios, ocorridos na cidade de Palmas (TO), no período de 2000 a 2009. Este trabalho se constituirá em uma tese, para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília – UnB.

Informamos que a sua participação se constituirá em uma entrevista, com duração média de aproximadamente 60 minutos. Esta entrevista terá caráter sigiloso, os entrevistados ou os dados informados não serão identificados em hipótese alguma.

O Projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS).

Desta maneira, se concordar em participar da entrevista, solicitamos autorizar, por escrito (no espaço abaixo), fornecendo seu endereço e/ou número de telefone para que possamos combinar o horário e o local, que considerar mais conveniente, para a realização da entrevista.

Agradecendo antecipadamente pela sua atenção e colaboração,

Atenciosamente,

Neci Sena Ferreira

Psicóloga

Concordo em participar da pesquisa acima descrita e autorizo o contato inicial

Nome: _____

End. _____ Telef. _____

Assinatura _____ Data ____/____/____

Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ abaixo assinado concordo em participar da pesquisa que visa traçar o perfil epidemiológico e psicológico dos casos de suicídio e dos intentos suicidas, ocorridos na cidade de Palmas – Tocantins, no período de 2000 a 2009. Além deste objetivo principal, a pesquisa procurará identificar os aspectos psicossociais envolvidos no ato suicida e nas tentativas, por meio de um levantamento da história de vida e dos eventos adversos como: desemprego, migrações, dificuldades na escola, transtornos mentais e/ou outras doenças pré-existentes, traçando um perfil psicológico dos casos notificados, procurando caracterizar os indicadores sociodemográficos. Para tanto, declaro concordar em responder a **uma entrevista**, que utilizará cerca de 50 minutos e estou ciente de que as respostas às questões poderão gerar algum sintoma sugestivo de mobilização afetiva excessiva e que, caso ocorra, o trabalho será interrompido e poderei ser encaminhado a um local adequado onde receberei a assistência apropriada. Estou ciente da responsabilidade da pesquisadora sobre os dados obtidos e do seu compromisso em manter sigilo absoluto sobre as informações, assegurando o meu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, além de me permitir a desistência a qualquer momento do processo, sem que isto traga qualquer prejuízo a minha pessoa. Fui esclarecido ainda, que os resultados deste estudo poderão servir de base para a implementação, pelos Órgãos Públicos (Municipais, Estaduais e Federais), de Políticas Públicas Preventivas, tanto do suicídio, quanto das tentativas. Fui orientado, ainda que a entrevista será gravada em áudio e os dados obtidos na entrevista serão analisados pela própria pesquisadora, e por juízes qualificados para esta função e somente serão usados em prol da ciência, que não haverá possibilidade de ser utilizados para outros fins e que não haverá divulgação do meu nome sob hipótese alguma. Declaro ainda, que estou ciente de que posso solicitar da pesquisadora Neci Sena Ferreira, os esclarecimentos que julgar necessário a qualquer tempo e independentemente da fase em que se encontre o referido Projeto, pelo telefone 8119-9221 ou no seguinte endereço: Quadra 507 Sul, Alameda 07, Q.I 14, lote 04, Plano Diretor Sul de Palmas, e ao Professor Dr. Valdir Filgueiras Pessoa, da Universidade de Brasília – Unb, orientador da pesquisa no endereço Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, telefone (61) 3307-2268 e que os resultados da pesquisa serão disponibilizados quando forem publicados. Fui orientado

ainda, que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins – UFT, Campus de Palmas, conforme nº 030/2008, e que a mesma atende às exigências éticas e científicas do Conselho Nacional de Pesquisa.


Palmas, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante _____

Prof. Dr. Valdir Filgueiras Pessoa
Orientador da Pesquisa

Neci Sena Ferreira
Pesquisadora

Anexo E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

 UFT Universidade Federal do Tocantins	CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO	PROCESSO Nº 030/2008
PROJETO DE PESQUISA OU TIPO DE TRABALHO:	

O parecer consubstanciado do relator será utilizado como subsídio para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Medicina Tropical do Tocantins elaborar seu parecer final.

1 – Identificação da Proposta de Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

Título: Autópsia psicológica dos casos de suicídios e dos intentos na cidade Palmas – TO, em uma década (1997-2007).
Coordenador do Projeto ou Professor Orientador do TCC:
Pesquisadores Profa. Necl Sena Ferreira
Curso/ Departamento/Faculdade: Universidade de Brasília

2 – Análise do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

Projeto relevante, de grande interesse social, com aplicabilidade dos resultados em programas de ação na defesa da saúde pública.

2.1 – Objetivos e Adequação metodológica (Verificar a exequibilidade da proposta, isto é, se existe clareza do objeto, compatibilidade entre os objetivos, a fundamentação teórica e a metodologia ou plano de ação, evidenciando consistência entre objetivos, procedimentos, ações de execução da pesquisa e capacidade do proponente, demonstrada por outros trabalhos similares.)

Objetivos claros, com metodologia adequada

2.2 – Avaliação do Questionário a ser aplicado e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O termo de consentimento livre e esclarecido está bem esclarecedor, porém recomenda-se que seja escrito que as entrevistas serão gravadas e o entrevistador não pode afirmar que as respostas às questões não trarão nenhum prejuízo físico ou psicológico, uma vez que o entrevistado poderá se sentir prejudicado, pelo menos psicologicamente, com a lembrança de fatos ligados ao ato suicida (próprio ou do familiar).

2.3 – Revisão Bibliográfica

Está adequada e atualizada

3 – Qualificação do Pesquisador/Orientador (Indicar os atributos do Pesquisador/Orientador, salientando a titulação e experiência compatível com a função de orientação; qualidade e regularidade da produção científica/tecnológica/artística, compatível com o projeto de pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

Titulação e experiência compatível com o projeto.

4 – Parecer conclusivo, recomendações e/ou sugestões:

Recomenda-se que seja escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que as entrevistas serão gravadas e readequar a frase :“as respostas às questões não me trarão nenhum prejuízo físico ou psicológico”

5 – Pendências: (Enumerar sucintamente as pendências a serem sanadas pelo Coordenador do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

--

6 – Parecer Consubstanciado

Aprovado: Aprovado com recomendações X: Pendências: Não aprovado:

7 – Dados Pessoais do Membro do CEP-UFT

Nome Completo:		
Telefone(s):	Instituição:	
Local:	Data:	Assinatura: <i>Prof. Dr. Aparecido O. Bertolin</i> Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Assinatura do Coordenador do CEP:	Data da reunião:	

Anexo F - Relatório de Análise do Projeto pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE
PROJETO E PESQUISA**

Nº 28 – 02/08

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - Unb

PESQUISADORA: Neci Sena Ferreira

ORIENTADOR: não mencionado

TÍTULO DO TRABALHO: "AUTÓPSIA PSICOLÓGICA DOS CASOS DE SUICÍDIOS E DOS INTENTOS, NA CIDADE DE PALMAS-TOCANTINS, EM UMA DÉCADA (1997-2007)".

PARECER

Após a Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa reavaliar o referido projeto no dia 30 de junho do corrente ano, concluiu-se que a referida pesquisa, de uma forma geral, preenche os requisitos éticos e atende as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser realizada. A abordagem dos usuários será feita na unidade de saúde, não sendo permitida a entrega de dados residenciais pelos servidores das unidades, conforme artigo 10, da Norma Geral para realização de Estágios e Pesquisas em Unidades do SUS sob gestão do município de Palmas/TO.

Os usuários voluntários deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contudo, caso este seja considerado incapaz ou relativamente incapaz por laudo de profissional habilitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser assinado pelo seu representante legal, sendo a assinatura colhida sem

nenhum tipo de constrangimento.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO

Palmas, 1º de julho de 2008.


Samara Queiroz **Gomes Gomes da Costa**
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Proj. e Pesquisas
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Proj. e Pesquisas

Recb
02/07/08
Cristina

Anexo G - Carta endereçada as Unidades de Saúde



Memorando Circular nº 43/2010/GERESS/DITES/SEMUS

Palmas, 23 de setembro de 2010.

Da: Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Para: USF Aurey I, USF Aureny II, USF Liberdade, USF Laurides, USF Alto Bonito, USF Novo Horizonte, USF Nossa Vida, USF Santa Fé, USF Santa Bárbara, USF Taquari, USF Bela Vista, USF Setor Sul, USF Taquaruçú

Assunto: **Liberação de Projeto de Pesquisa**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado: **AUTÓPSIA PSICOLÓGICA DOS CASOS DE SUICÍDIOS E DOS INTENTOS, NA CIDADE DE PALMAS- TOCANTINS, EM UMA DÉCADA (1997 - 2007)** da acadêmica: Neci Sena Ferreira, da Universidade de Brasília- UNB, foi avaliada por esta comissão e obteve aprovação.

Solicitamos que seja dado acesso ao pesquisador, para realização da pesquisa.

Atenciosamente,

P/ Michelle Barreto
Divisão de Ensino, Trabalho e Pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Secretaria de Saúde

Edifício Durval Silva, QD. 103 Sul, Rua SO-07, Lt. 03, Centro – CEP 77.015-030
Telefone: (63) 3218-5332 / E-mail: saúde@palmas.to.gov.br

Memorando Circular nº 43/2010/GERESS/DITES/SEMUS

Palmas, 23 de setembro de 2010.

Da: Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Para: Policlínica 303 Norte, USF 307 Norte, USF 405 Norte, USF 407 Norte,
USF 409 Norte, USF 603 Norte, USF 605 Norte.

Assunto: **Liberação de Projeto de Pesquisa**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado: **AUTÓPSIA PSICOLÓGICA DOS CASOS DE SUICÍDIOS E DOS INTENTOS, NA CIDADE DE PALMAS- TOCANTINS, EM UMA DÉCADA (1997 - 2007)** da acadêmica: Neci Sena Ferreira, da Universidade de Brasília- UNB, foi avaliada por esta comissão e obteve aprovação.

Solicitamos que seja dado acesso ao pesquisador, para realização da pesquisa.

Atenciosamente,

Divisão de Ensino, Trabalho e Pesquisa

Memorando Circular nº 43/2010/GERESS/DITES/SEMUS

Palmas, 23 de setembro de 2010.

Da: Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Para: Policlínica 108 Sul, USF 403 SUL, USF 612 Sul, USF 906 Sul, USF 1004 Sul, USF 1104 Sul, USF 1105 Sul, USF 1106 Sul, USF 1203 Sul, USF 1206 Sul.

Assunto: **Liberação de Projeto de Pesquisa**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado: **AUTÓPSIA PSICOLÓGICA DOS CASOS DE SUICÍDIOS E DOS INTENTOS, NA CIDADE DE PALMAS- TOCANTINS, EM UMA DÉCADA (1997 - 2007)** da acadêmica: Neci Sena Ferreira, da Universidade de Brasília- UNB, foi avaliada por esta comissão e obteve aprovação.

Solicitamos que seja dado acesso ao pesquisador, para realização da pesquisa.

Atenciosamente,


Divisão de Ensino, Trabalho e Pesquisa

Anexo H - Ficha de Notificação/Investigação Individual (SINAN)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		3	Data da notificação				
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10)		Y09			
	4	UF	5		Município de notificação	Código (IBGE)					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)		7			Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8	Nome do paciente					9			Data de nascimento	
	10	(ou) Idade	11		Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	12		Gestante	13		Raça/Cor
	14		Escolaridade								
	15		Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe				
Dados de Residência	17	UF	18		Município de Residência	Código (IBGE)		19		Distrito	
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)		24			Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		27			CEP
	28	(DDD) Telefone		29		Zona		30			País (se residente fora do Brasil)
	31		Data da Investigação		32		Ocupação				
Dados da Pessoa Atendida	33		Situação conjugal / Estado civil		34		Relações sexuais				
	35		Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		36		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				
	37		UF		38		Município de ocorrência		39		Distrito
Dados da Ocorrência	40		Bairro		41		Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	42		Número		43		Complemento (apto., casa, ...)		44		Geo campo 3
	45		Geo campo 4		46		Ponto de Referência		47		Zona
	48		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		49		Local de ocorrência		50		Ocorreu outras vezes?
	51		A lesão foi autoprovocada?		52		Local de ocorrência		53		Ocorreu outras vezes?
	54		Local de ocorrência		55		Local de ocorrência		56		Ocorreu outras vezes?

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan

SVS 13/11/2007

Tipologia da violência	52 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			53 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos		<input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	54 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado			55 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____			
	56 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado					
Em casos de violência	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Lesão	57 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático		
Lesão	58 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Intoxicação		
	01 - Sem lesão	04 - Entorse/luxação	07 - Traumatismo dentário	11 - Queimadura		
Dados do provável autor da agressão	02 - Contusão	05 - Fratura	08 - Traumatismo crânio-encefálico	12 - Outros		
	03 - Corte/perfuração/laceração	06 - Amputação	09 - Politraumatismo	99 - Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	59 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Órgãos genitais/ânus		
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	11 - Múltiplos órgãos/regiões		
Dados do provável autor da agressão	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores	12 - Outros		
	03 - Boca/dentes	06 - Abdome	09 - Membros inferiores	99 - Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos	61 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida? 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			62 Sexo do provável autor da agressão	
	1 - Um <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Cuidador	1 - Masculino <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool
Evolução e encaminhamento	2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	2 - Feminino <input type="checkbox"/>	1- Sim <input type="checkbox"/>
	9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/>	2 - Não <input type="checkbox"/>
Evolução e encaminhamento	64 Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde			65 Se óbito, data		
	1 - Alta	3 - Internação hospitalar	5 - Óbito por Violência			
Evolução e encaminhamento	2 - Encaminhamento ambulatorial	4 - Evasão / Fuga	6 - Óbito por outras causas	9 - Ignorado		
	66 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
Evolução e encaminhamento	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher			
	<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude	<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS			
Evolução e encaminhamento	<input type="checkbox"/> Casa Abrigo	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)			
	<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução e encaminhamento	67 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>			68 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>		
	1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado				1-Sim 2 - Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
Evolução e encaminhamento	69 Circunstância da lesão			70 Classificação final do caso		
	CID 10 - Cap XX			1 - Suspeito/provável 3 - Descartado		
Evolução e encaminhamento				2 - Confirmado 9 - Ignorado		
				71 Data de encerramento		
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Função/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências						
Sinan						
SVS 13/11/2007						

