



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Sena-Ferreira, Neci; Filgueiras Pessoa, Valdir; Boechat-Barros, Raphael; Bastos Figueiredo, Ana
Elisa; de Souza Minayo, Maria Cecília

Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por
meio de autópsia psicossocial

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 1, enero-, 2014, pp. 115-126

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63029655013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial

Risk factors associated with suicides in Palmas in the state of Tocantins, Brazil, between 2006 and 2009 investigated by psycho-social autopsy

Neci Sena-Ferreira ¹

Valdir Filgueiras Pessoa ²

Raphael Boechat-Barros ³

Ana Elisa Bastos Figueiredo ⁴

Maria Cecília de Souza Minayo ⁴

Abstract *The scope of this article is to analyze and describe the risk factors and determinants linked to 24 suicides in the city of Palmas in the state of Tocantins between 2006 and 2009. The psychological and psycho-social autopsy method was used in order to investigate the consummated suicides by interviewing family members. It contextualized the subjects' life characteristics to understand the family dynamics and the affective, social, economic and cultural background, based on the reconstruction of the history and personality of the individuals. The associated socio-economic factors were: being male, aged between 20 and 40, single, with mixed ethnicity and basic education. The major risk factors identified were: mental disorder, alcohol and other drug abuse, disturbed family relationship and a history of previous suicide attempts. An attempt was made to contextualize and reflect on some cases reported by family members, as well as on the response of the health care teams to the demands of the families. The need to implement prevention programs and to train the primary health care professionals was considered a priority.*

Key words *Suicides, Psychological autopsy, Psycho-social autopsy, Risk factors*

Resumo *Este artigo objetiva analisar e descrever os fatores de risco e seus determinantes, associados a 24 casos de suicídios ocorridos na cidade de Palmas (TO), no período de 2006 a 2009. Utilizou-se o método de autópsia psicológica e psicossocial, a qual, por meio de entrevistas com familiares, busca investigar os suicídios consumados, contextualizando características da vida do sujeito, e compreender os processos familiares e as circunstâncias afetivas, sociais, econômicas e culturais, fundamentando-se na reconstrução da história e da personalidade da pessoa. Os fatores socioeconômicos associados foram: ser do sexo masculino, solteiro, de cor parda, estar na faixa etária de 20 a 40 anos e com ensino fundamental. Os principais fatores de risco identificados foram: transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, relacionamento familiar conturbado e histórico de tentativas anteriores. Buscamos contextualizar e refletir sobre alguns casos relatados pelos familiares e sobre a resposta das equipes de saúde às demandas das famílias. A necessidade de implantar programas de prevenção e de capacitar os profissionais da atenção básica foi verificada.*

Palavras-chave *Suicídios, Autópsia psicológica, Autópsia psicossocial, Fatores de Risco*

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB). Campus Universitário Darcy Ribeiro. 70.910-900 Brasília DF Brasil. necisena@globom.com

² Laboratório de Neurociências e Comportamento, Instituto de Biologia, UnB.

³ Laboratório de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, UnB.

⁴ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

Introdução

Entender os motivos que levaram uma pessoa a desistir da própria vida é objeto dos estudos em suicidologia, sociologia, antropologia e psiquiatria e várias outras ciências que tem o ser humano como seu objeto de estudo. Que fatores interferem? Biológicos, psicológicos ou socioeconômicos? Os estudos têm levantado questões sobre esse tema, tentando compreendê-lo e apresentando 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. Turecki¹, por exemplo, sugere a presença de comportamento impulsivo-agressivo associado aos fatores genéticos. Bertolotte e Fleischmann² destacam a presença de um transtorno mental como um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Batista³, embora reconheça a importância desses fatores, aponta outras situações que podem influenciar na opção do indivíduo pelo suicídio: extremo sofrimento, solidão e desesperança.

Além desses estudos, diversos outros autores identificaram fatores socioeconômicos e demográficos, associados ao suicídio, como: ser do sexo masculino⁴; estar na faixa etária entre 15 e 35 anos ou acima dos 75 anos; residir em áreas urbanas; estar aposentado ou desempregado^{3,4}, principalmente para os que perderam o emprego recentemente⁵; estratos econômicos extremos (os mais ricos ou mais pobres)⁶; ausência de uma religião definida⁷; e ser solteiro, separado ou viúvo⁶. Ainda se associam ao evento as situações de crise econômica; os fracassos do homem como provedor da família, levando ao consumo de álcool e drogas e à dissolução familiar⁸; as mudanças de condição socioeconômicas e as migrações^{4,9}, com a presença de conflitos subjetivos relacionados à identidade cultural. Especialmente para a população idosa são apontados como fatores de risco: o isolamento social, a introspecção, a perda da independência, o uso de álcool, os processos depressivos e as doenças físicas incapacitantes¹⁰.

Em termos econômicos, tanto os suicídios como as tentativas 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, com o pagamento de pensões e aposentadorias por mortes ou invalidez¹¹.

No Brasil, a perda de capital humano por suicídio custa em média R\$ 163 mil, por vítima, enquanto os homicídios e acidentes de trânsito R\$ 189,5 mil e R\$ 172 mil, respectivamente¹². As tentativas de suicídios acarretam altos custos para o Sistema de Saúde, principalmente, por ocorrerem na proporção média de dez^{9,13} a vinte¹⁴ tentativas para cada suicídio consumado.

Embora o Brasil apresente um coeficiente baixo de mortalidade por suicídios, por ser um país de dimensões continentais (47% do território da América do Sul)¹⁵, possui uma vasta população (quinto mais populoso do planeta)¹⁵ e está entre os nove países com maiores números absolutos de suicídios¹⁶. Além disso, seguindo uma tendência mundial de contínuo crescimento, os índices brasileiros vêm apresentando elevação em torno de 21% nos últimos 20 anos e como nos acidentes de transporte e nos homicídios, os suicídios acontecem com maior frequência na faixa etária de 20 a 34 anos¹⁷. Verifica-se uma maior concentração de suicídios na região Sul – Rio Grande do Sul e na região Centro-Oeste – Mato Grosso do Sul. Na região Norte destaca-se o aumento dos suicídios nos estados do Tocantins, Amapá e Acre, onde as taxas mais que duplicaram entre 1998 e 2008¹⁷.

Em 1998, o estado do Tocantins, que ocupava a 19ª colocação, apresentou um forte incremento, passando para o 6º em 2008. Na população jovem era 14º em 1998, e chega a 2008 na 7ª posição. Entre as capitais, Palmas ocupava o 23º lugar em 1998, em relação à população geral e em 2008 alcançou a 6ª colocação, enquanto na população de jovens passou do 8º em 1998 para o 5º em 2008¹⁷.

Palmas está localizada na região central do Estado, com área de 2.219 km² de extensão territorial e população de 188.645 habitantes em 2009. Possui uma rede de Saúde Mental composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS-Ad III), atendimento ambulatorial de psiquiatria, psicologia e dez leitos psiquiátricos no Hospital Geral.

Nos últimos 10 anos, o suicídio e as tentativas passaram a representar uma preocupação constante para a cidade, pelos índices crescentes e por atingir principalmente a população mais jovem. 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 trânsito¹⁸.

Segundo Hutchinson¹⁹, as pesquisas regionalizadas de mortes violentas, como homicídios

e suicídios, precisam ser implantadas urgentemente, por sua importância na determinação dos fatores de risco e na aplicação de medidas preventivas para as populações específicas. Essa temática, contudo, ainda é raramente estudada em algumas regiões do Brasil, como a região Norte, que juntamente com a região Centro-Oeste apresenta, além de uma literatura bastante resumida sobre o tema, fragilidade nas informações sobre mortalidade²⁰.

O estudo teve como objetivo analisar e descrever, por meio da entrevista semiestruturada para autópsias psicossociais, os fatores de riscos associados aos suicídios ocorridos no período de 2006 a 2009, na cidade de Palmas (TO).

Metodologia

A população foi composta por 46 casos de óbito por suicídios de residentes na cidade no período da pesquisa, cujas idades variaram entre 16 e 62 anos. Os casos foram identificados por meio das notificações registradas no Banco de Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS). Foram localizadas 33 famílias, entretanto nove não concordaram em participar do estudo. Assim, a amostra foi composta por 24 dos 46 casos de suicídio ocorridos na cidade, entre os anos de 2006 e 2009.

Para caracterização dos eventos foi utilizada a mesma nomenclatura do SIM e os óbitos foram codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), abrangendo as categorias de X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87 (sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente).

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 a pesquisadora solicitava autorização, por escrito, para contato telefônico com os familiares, onde seriam esclarecidas as dúvidas, solicitada a permissão para a entrevista e combinada a hora e o local para a sua realização.

Como instrumento de pesquisa utilizou-se a entrevista semiestruturada para autópsia psicológica e psicossocial, desenvolvida por Minayo, junto com colaboradores²¹⁻²³, que investiga os suicídios consumados, contextualizando características da vida do sujeito, a compreensão dos processos familiares e valorizando circunstâncias afetivas, sociais, econômicas e culturais.

O método fundamenta-se na reconstrução de história de vida e da personalidade da pessoa, por meio de entrevistas com familiares, amigos, professores, médicos etc., além da análise de documentos, objetos pessoais e/ou relacionados ao ato⁶. Os principais critérios foram desenvolvidos por Shneidman et al.²⁴, tendo como foco principal sentimentos, afetos, relacionamentos, dificuldades, conhecimentos, trabalho, além da história clínica, notas ou cartas deixadas pela vítima²⁵, contribuindo na identificação de fatores de risco e de proteção e buscando responder aos questionamentos que envolvem o ato suicida.

Um roteiro adaptado desse instrumento foi desenvolvido^{21,22}, procurando situar o problema num contexto mais abrangente e ampliando o enfoque ao agregar aos parâmetros psicológicos, perspectivas individuais, grupais e sociais²¹.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas em áudio e transcritas posteriormente. Para garantir a fidedignidade das informações, procurou-se realizar as entrevistas com mais de uma pessoa. Quando não foi possível reunir dois familiares ou amigos e o ACS conhecia a história da família, participou como a segunda pessoa das entrevistas. Entretanto, na maioria dos casos, 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.

Foi facultada aos participantes a escolha do local da entrevista. A maioria (19) optou por sua própria residência; 12 preferiram o seu local de trabalho e dois escolheram a Unidade de Saúde. O tempo de duração das entrevistas não foi previamente definido, permitindo-se aos entrevistados que após a resposta ao item abordado, fizessem as observações e comentários que julgassem importantes. Assim, as entrevistas variaram entre 55 minutos a 2 horas e 15 minutos. Todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins e pelo Conselho Gestor de Educação em Saúde da SEMUS.

Sobre as entrevistas e as famílias entrevistadas

Foram realizadas 33 entrevistas com 43 pessoas (30 mulheres e 13 homens) familiares ou amigos da pessoa que se suicidou. Em nove des-

tes casos foram realizadas duas entrevistas com pessoas diferentes, mas relacionadas à mesma família e em locais diferentes. O entrevistado de menor idade tinha 18 anos (irmão) e o mais idoso 68 anos (avô). Entre os entrevistados 63% eram parentes próximos, 14% amigos e vizinhos e 23% funcionários do sistema de saúde (ACS e técnicos dos CAPS). Entre os parentes 70% foram de mães e pais e os 30% restantes, distribuíram-se entre cônjuges, filhos, tios, irmãos, cunhados, avô e nora. Em 73% dos encontros só foi possível entrevistar uma pessoa, em 24% duas pessoas participaram da entrevista e apenas em 3% foi possível reunir três integrantes da família (pai, mãe e uma irmã).

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). Tal diversidade de procedências é justificada pela criação recente do Estado e pelo grande número de pessoas que se deslocaram de outras regiões para a cidade.

Caracterização dos casos estudados

1. Sexo – Dos 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 25 e 26 a 30 anos (36,8%) e entre 31 a 40 anos (31,5%). Ainda, três adolescentes (15/19 anos) e um idoso (61/70 anos). Nos casos femininos, as faixas etárias de 20 a 25 anos e 41 a 50 anos, apresentaram 40% dos casos em cada uma. Apenas 20% se localizaram na faixa de 31 a 40 anos (Tabela 1).

2. Tipo de perpetração – O enforcamento representou o método mais utilizado com 79,1% do total, seguido da autointoxicação com 12,5% (dois homens e uma mulher), um suicídio masculino por arma de fogo (4,2%) e um por objeto perfurocortante (4,2%), conforme Tabela 2.

3. Local em que ocorreu o ato suicida – Concordando com dados de estudos recentes^{23,26} predominou a ocorrência dos suicídios nos domicílios. Entre os casos masculinos, apenas três não ocorreram no domicílio (dois estavam hospitalizados em decorrência de tentativas anteriores e

Tabela 1. Distribuição dos casos, segundo faixa etária e sexo (n=24).

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 20 anos	3	15,8	-	-	3	12,5
20 a 25 anos	3	15,8	2	40	5	20,8
26 a 30 anos	4	21,0	-	-	4	16,6
31 a 40 anos	6	31,5	1	20	7	29,1
41 a 50 anos	-	-	2	40	2	8,4
51 a 60 anos	2	10,6	-	-	2	8,4
61 a 70 anos	1	5,3	-	-	1	4,2
Total	19	100	5	100	24	100

Tabela 2. Distribuição dos casos, segundo método utilizado (n=24).

Meio utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Enforcamento (X70)	15	78,9	4	80	19	79,1
Autointoxicação p/ pesticidas (X68)	2	10,5	-	-	2	8,3
Autointoxicação p/ subs. Nocivas (X69)	-	-	1	20	1	4,2
Arma de Fogo (X72)	1	5,3	-	-	1	4,2
Lesão p/ objeto cortante ou penetrante (X78)	1	5,3	-	-	1	4,2
Total	19	100	5	100	24	100

suicidaram-se na própria instituição e um em via pública, todos por enforcamento). Quatro casos chegaram a ser hospitalizados (dois envenenamentos, um ferimento por objeto perfurocortante e um enforcamento); nos demais casos não houve possibilidade de socorro em decorrência da alta letalidade empregada no ato. Nos casos femininos, foram quatro enforcamentos na própria residência e um envenenamento, único em que a vítima chegou a ser hospitalizada.

Fatores socioeconômicos

Estado civil – concordando com achados de outros estudos²⁷ verificou-se um elevado percentual de homens solteiros (57,9%). Entre os casados o percentual foi de 36,9% e os separados representam 5,2%. As mulheres solteiras e casadas apresentaram o mesmo percentual 40% cada e 20% estavam separadas (Tabela 3).

Nível de escolaridade – uma significativa parcela de homens (63,3%) e de mulheres (60%) havia cursado o ensino fundamental (5ª a 8ª série) completo ou incompleto; 15,7% de homens e 20% das mulheres possuíam ensino médio (completo ou incompleto), 8,3% com escolaridade até a 4ª série e 12,5% tinham nível superior incompleto (Tabela 3).

Religião – foram detectados percentuais de 45,9% de católicos, 37,5% de evangélicos e 16,6% sem nenhuma religião. Em 36% dos católicos e 33% dos evangélicos foi informada a condição de não praticantes, ou que haviam alterado sua prática religiosa nos meses que antecederam o suicídio. Algumas pesquisas indicam a fé e a devoção como um fator de proteção²⁸, contudo, neste estudo não foi possível esclarecer a influência exercida pela religiosidade (Tabela 3).

Cor da pele – entre os homens a maior frequência foi de pardos (57,8%) seguidos pelos brancos 31,7% e 10,5% de pretos. Nas mulheres, as brancas e pardas mostraram-se nos mesmos percentuais (40% cada), e 20% tinham cor de pele preta. Esses achados concordam com Souza et al.²⁷ que obtiveram dados semelhantes em um município do interior do Nordeste (Tabela 3).

Ocupação profissional – verificou-se um grande número de pessoas sem atividade profissional e de trabalhadores na informalidade. Os trabalhadores eram: auxiliares de serviços gerais e da construção civil (seis), do setor público (três), técnico (dois) e um montador de acessórios automotivos. Ainda, um estudante e um aposentado por invalidez. Entre as mulheres três não exerciam atividades profissionais, uma trabalhava informalmente como artesã e uma era servidora

Tabela 3. 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 ou 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	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	5	100	24	100

pública. No total, 37,4% com vínculo empregatício formal, 25,1 % de trabalhadores informais e 33,3% não exerciam atividades profissionais (Tabela 4).

Fatores associados, identificados por meio das autópsias psicossociais

Os principais fatores associados aos casos foram agrupados em categorias, conforme a Ta-

bela 5. Entre os homens, a maior frequência foi dos transtornos mentais, com 13 casos (28,3%) Deste total, quatro eram usuários do CAPS, seis faziam acompanhamento ambulatorial e três casos sem diagnóstico. O segundo fator de risco identificado, entre os homens (15,2%), foi o uso do álcool e outras drogas, principalmente o crack e a maconha, geralmente associado a outras comorbidades. Em seguida os desajustes causados pelos relacionamentos familiares conturbados,

Tabela 4. 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 Serviço Público	3	15,7	1	20,0	4	16,5
Trabalhadores da Construção 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
Subtotal	19	100	5	100	24	100
Vínculo ativo ou inativo						
Vínculo formal	8	42,1	1	20,0	9	37,4
Vínculo informal	5	26,3	1	20,0	6	25,1
Sem vínculo	5	26,3	3	60,0	8	33,3
Aposentado	1	5,3	-	-	1	4,2
Total	19	100	5	100	24	100

Tabela 5. Distribuição dos fatores de risco identificados, segundo sexo.

Fatores de risco	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Transtorno mental	13	28,3	1	7,7	14	23,7
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
Quadro depressivo	-	-	4	30,7	4	6,7
Suicídios 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 Serv.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	1,7
Total	46	100	13	100	59	100

pela violência intrafamiliar; as condições desfavoráveis de trabalho; história familiar de mortes por suicídio e mudança de cidade ou estado com 6,5% cada uma, além da violência intrafamiliar, doenças físicas incapacitantes e as dificuldades relacionadas ao trabalho ou à escola.

Entre as mulheres, o principal fator de risco identificado foram os quadros depressivos, associados ou não ao uso de substâncias psicoativas (30,7%). Em seguida os distúrbios no relacionamento familiar, violências entre seus membros, tentativas e suicídios consumados entre familiares, privações de bens básicos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e as migrações, com 7,7% cada.

As tentativas prévias, tanto entre homens como entre mulheres representaram (8,4%), um importante fator associado ao ato suicida. Em relação aos familiares, 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.

O mesmo número de casos foi relacionado à dificuldade de adaptação a cidade, pela perda do contato com os familiares, amigos e a cultura de sua região. Ainda os problemas ligados à adaptação a novos padrões econômicos e socioculturais e a outros arranjos familiares. Situações que agravaram casos pré-existent de estados depressivos e levaram ao alcoolismo, ao uso de drogas, além de dificuldades no ambiente profissional.

É importante assinalar que 14 (58,3%) desses pacientes procuraram atendimento médico ou foram hospitalizados nos meses que antecederam ao suicídio. Estudos apontam que entre 60% a 75% dos pacientes que cometeram suicídio buscaram auxílio médico ou estiveram hospitalizados entre um a seis meses, antes²⁹, oportunidade em que poderiam ter sido avaliados e encaminhados a profissionais capacitados para tratar seus agravos.

Contextualização de alguns casos e discussão

A partir dos relatos dos entrevistados, contextualizamos alguns achados da pesquisa, procurando refletir sobre os casos com base em estudos científicos já elaborados.

Entre os pacientes não avaliados por um especialista, dois casos demonstram 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. Vivendo isolado e recusava sistematicamente qualquer acompanhamento médico. Negava-se a tomar qualquer medicação, chegando inclusive a rejeitar a alimentação quando suspeitava que pudesse 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. Embora algumas pessoas tivessem tentado alertá-los, não perceberam a gravidade da situação. Ele foi encontrado por alguns colegas, inconsciente em um galpão da chácara onde residia. Acredita-se que tenha ingerido uma grande quantidade de agrotóxicos. Segundo Cassorla²⁸ comportamentos refratários ao tratamento costumam ser verificados nos 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.³⁰, o que denota a dificuldade dos familiares em lidar com situações que, se expressas, podem desestabilizar a dinâmica familiar e a dinâmica interna de cada um de seus membros.

No segundo caso, ao contrário, foi buscado insistentemente um acompanhamento médico especializado. Uma moça de 21 anos, com quadro depressivo e uma grande dificuldade de adaptação à cidade. Ela procurou orientação e acompanhamento médico por mais de um ano, em diferentes locais, mas recebeu apenas orientações básicas, não sendo encaminhada a um Serviço Especializado. Cometeu suicídio por enforcamento, no quarto que dividia com a irmã mais nova, sem deixar nenhuma explicação para seu ato. Esse é um aspecto que chama a atenção por se relacionar à resposta das Equipes 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, que 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 saúde em lidar com essa questão está presente em vários trabalhos que abordam a questão do suicídio^{23,30,31}. Embora a OMS em seu Manual de Prevenção do Suicídio³², tenha apontado a atenção primária em saúde como o serviço mais apropriado para o aten-

dimento dos casos com risco de suicídio, as famílias entrevistadas não encontraram o suporte emocional e subjetivo que deveria ser oferecido pelos profissionais que atuam nesse Serviço.

Em outros dois suicídios foram relatados casos de doenças físicas incapacitantes. O primeiro – um caso de tetraplegia provocada por uma cirurgia de hérnia de disco – era um homem de 54 anos que após complicações decorrentes do procedimento cirúrgico ficou por mais de 12 anos tentando recuperar algum movimento, com fisioterapia que realizava regularmente, sem nenhum sucesso. Foi um processo longo e doloroso que acabou por levá-lo a buscar a morte, ao constatar que jamais conseguiria recuperar os movimentos. Este caso 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 uma sessão 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.

O segundo caso, um homem de 62 anos, apresentava sequelas de três acidentes vasculares encefálicos (limitações físicas, perda parcial da visão, lapsos de memória e alterações de comportamento e humor). As limitações impostas pelas sequelas acarretaram a sua demissão do emprego e a mudança de cidade, gerando sérios conflitos familiares. Após o suicídio de um amigo, seu quadro se agravou. Ele passou a ter pesadelos e alucinações constantes e cortou a garganta com uma faca de cozinha. Ficou internado por 12 dias, contraindo uma grave infecção respiratória que o vitimou.

Condições desfavoráveis no trabalho e na escola ilustram outros dois casos. No primeiro, um funcionário público responsável pela segurança noturna de um depósito, envolveu-se em um processo e foi 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.

Dificuldades na escola estão representadas no caso de um adolescente (16 anos) com diagnós-

tico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Sem suporte terapêutico, apresentava episódios de ansiedade, comprometimento na socialização e adaptação. Sofria constrangimentos de colegas e profissionais na escola. Após um desses episódios, os pais foram chamados e a conversa resultou em mais constrangimento para o garoto. Ele constantemente recusava-se a comparecer às aulas, solicitando, reiteradas vezes, mudar de unidade educacional. Infelizmente, não houve tempo para isto, o desfecho violento aconteceu antes do final do semestre letivo. Após duas tentativas seguidas, sem sucesso, ele ingeriu um forte defensivo agrícola (habitualmente armazenado em sua casa). Chegou a ser hospitalizado, mas faleceu em poucas horas. Em relação aos suicídios entre adolescentes 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 suicídio³³. Ademais, neste caso a presença de TDAH implica numa alta frequência de comorbidades psiquiátricas³⁴. Entretanto, resalta-se a necessidade de melhor contextualização dos aspectos evidenciados como desencadeantes do ato, 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.

Na maioria dos relatos encontramos evidências de comportamentos anteriores ao ato, que podem ser interpretados como uma comunicação prévia do propósito autolesivo. Segundo Werlang³⁵, existe uma ambivalência interna que leva o indivíduo a buscar a morte ao mesmo tempo em que espera a intervenção de alguém e, para isto ele emite sinais verbais e/ou comportamentais da sua intenção. Porém, quase nunca esses sinais são percebidos ou levados a sério pelos que os cercam³⁶. Observamos em alguns relatos a presença desses indicativos 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, com a aquisição ou solicitação/empréstimo de objetos característicos (como cordas e escadas), que deixaram expostos e depois os utilizaram na concretização do intento.

Algumas considerações sobre a atitude dos entrevistados

Observamos 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 as perguntas, sem fazer comentários adicionais. Estes entrevistados tiveram também, grande dificuldade em apresentar sua versão para os acontecimentos, preferindo manter-se na condição de neutralidade. Estudos anteriores concordam 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 caso⁷, e de expor suas lembranças e sentimentos em relação ao fato³⁵.

Foram os pais os que mais colaboraram. 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 reprimidos³⁷. Eles falaram com carinho, demonstrando tranquilidade ao 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 do filho.

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 morte⁷. Porém essa negação acarreta maior sofrimento, por ser o luto um processo que necessita de uma rede adequada de apoio social para ser suportado³⁷. 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 práticas³⁵.

Considerações finais

Estudos recentes consideram o suicídio uma questão de Saúde Pública, que afeta direta ou indiretamente uma grande parcela da sociedade. Assim, o desenvolvimento de estratégias de prevenção pode ser extremamente útil para melhorar, sobre diversos aspectos, a vida dos indivíduos em situação de risco.

Pesquisas realizadas em vários países 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 vulneráveis³⁸.

Com o objetivo de diminuir a magnitude do comportamento suicida no Brasil o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2006, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, recomendando estratégias de prevenção, como promoção da qualidade de vida, educação, proteção e 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 estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade³⁹.

O documento reconhece a importância das intervenções nos casos de tentativas ao valorizar os processos de organização de redes de atenção aos que tentam suicídio; o desenvolvimento de medidas de coleta e análise de dados que possibilitem a disseminação de informações e conhecimentos, valorizando a importância de promover a educação permanente, os princípios da integralidade e da humanização, para os profissionais da saúde, especialmente os que atuam na atenção básica³⁹.

Com o objetivo de estruturar a vigilância das violências, inclusive as tentativas de suicídios e conhecer a magnitude e a gravidade dos eventos que, mesmo não resultando em mortes ou internações, são responsáveis por grandes consequências sociais e demandas de atendimento ambulatoriais e de emergência, também em 2006 o MS implantou a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁴⁰.

Mediante os conceitos e as 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 psíquico⁴¹. Em decorrência do contato mais próximo com as famílias, as equipes das Unidades Básicas são consideradas o primeiro recurso no trabalho de prevenção, a “porta de entrada” dos serviços de saúde. Entretanto, uma relação de confiança e proximidade pressupõe a capacitação das equipes para atuarem na identificação dos fatores de riscos e no encaminhamento dos usuários, respeitando a individualidade e as peculiaridades de cada caso.

Também é preciso considerar o impacto negativo da rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde, que dificulta ou, na maioria dos casos, inviabiliza o estabelecimento de um vínculo entre a equipe e os usuários do Sistema.

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 para atuarem no acompanhamento especializado dos usuários com a integralidade do cuidado e a humanização na relação com as famílias.

Colaboradores

N Sena-Ferreira, VF Pessoa, R Boechat-Barros, AEB Figueiredo e MCS Minayo participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Turecki G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(Supl. 2):18-22.
2. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicídio e doença mental uma perspectiva global. In: Werlang BG, Botega NJ, organizadores. *Comportamento Suicida*. Artmed: Porto Alegre; 2004.
3. Batista MN. Depressão e Suicídio. Atualizações. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2004.
4. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídios no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(1):38-43.
5. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):804-810.
6. Werlang BG, Sperb IW. Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica (ESAP) em casos de suicídios rurais. In: Werlang BS e Botega NJ, organizadores *Comportamento suicida*. Artmed: Porto Alegre; 2004.
7. World Health Organization (WHO). *The World Health Report: Shaping the future*. Genebre: WHO; 2003.
8. Marín-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):357-363.
9. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Psiquiatr* 2008; 30(2):115-123.
10. Hawton K, Van Heeringer K. Suicide. *The Lancet* 2009; 373(9672):1372-1381.
11. Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira-Júnior LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Rev. Nova Economia* 2011; 21(2):281-316.
12. Cerqueira DRC, Carvalho AX, Lobão WJA, Rodrigues RI. *Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil*. Brasília: IPEA 2007. (Texto para Discussão, 1284. Junho 2007)
13. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):131-134.
14. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativas de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(2):146-154.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian healthsystem history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
16. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). *Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir* (Manual dirigido para profissionais de Imprensa). São Paulo: ABP; 2009.
17. Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência 2011: Os jovens do Brasil*. São Paulo, Brasília: Instituto Sangari, Ministério da Justiça (MS); 2011.
18. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). DVS-DANT. *Violência Autoinfligida: Detecção dos Fatores de Riscos para Redução da Morbi-Mortalidade*. Palmas: SMS; 2007.
19. Hutchinson G. Variation of Homicidal and Suicidal behaviour within Trinidad and Tobago and the associated risk factors. *West Indian Med J* 2005; 54(5):319-328.
20. 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. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(1):7-20.
21. 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. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2039-2052.
22. Minayo MCS, Grubtis S, Cavalcante FG. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2027-2038.
23. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1943-1954.
24. Shneidman ES, Farberow L, Litman RE. El Centro de Prevención Del Suicidio. In: Farberow L, Shneidman ES, organizadores. *¿Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana; 1969.
25. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(4):212-219.
26. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):300-309.
27. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSE, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(4):294-300.
28. Cassorla MSR. *O que é suicídio*. 4ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense; 1992.
29. World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: how to start a survivor's group*. Genebre: WHO; 2000.
30. Figueiredo AEB, Silva RM, Mangas RMN, Vieira LJES, Furtado HMJ, Gutierrez DMD, Souza GS. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1993-2002.
31. 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. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2003-2009.
32. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra: OMS; 2000.
33. Assis SG, Deslandes SF, Santos NC. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 79-116.
34. Souza IGS, Serra-Pinheiro MA, Fortes D, Pinna C. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *J Bras. Psiquiatr* 2007; 56(Supl. 1):14-18.

35. Werlang BS. *Proposta de uma Entrevista Semi-Estruturada para Autópsia Psicológica em caos de suicídio* [tese]. Campinas: Unicamp; 2000.
36. Minayo MCS. A auto-violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):421-428.
37. Freitas NK. *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. São Paulo: Summus Editorial; 2000.
38. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros*. Geneva: OMS; 2006.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 1.876, de 14 de agosto de 2006. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. *Diário Oficial da União* 2006; 15 ago.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília: MS; 2010.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids*. Brasília: MS; 2012.

Artigo apresentado em 28/11/2012

Aprovado em 07/02/2013

Versão final apresentada em 25/02/2013