

AUTÓPSIA PSICOLÓGICA FAMILIAR: COMPREENDENDO O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E BIOPSISSOCIAL DO SUICÍDIO

Abel Petter*
Verena Augustin Hoch**

RESUMO

Compreender o perfil epidemiológico e biopsicossocial das mortes por suicídio em um contexto familiar e em uma determinada região é fundamental para que se possa pensar em um estudo interpretativo das possíveis causas que estejam contribuindo para o fenômeno, a fim de que se possam elaborar métodos eficientes para a sua prevenção. Neste estudo analisou-se o perfil epidemiológico de 186 casos de suicídio ocorridos no Extremo-Oeste de Santa Catarina, no período de 2010 a 2015, e, por meio da autópsia psicológica familiar, foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada com 12 famílias, que compreendeu os aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no fenômeno do suicídio. Os índices de suicídio apresentaram um total de 85% em homens e de 15% em mulheres; as faixas etárias em que mais ocorreram as mortes estão entre 41 e 60 anos de idade, somando 86 casos no período estudado. Em relação aos meios empregados, o enforcamento representa 76%, seguido por arma de fogo com 8,6%, intoxicação exógena, 3,76% e arma branca, 3,24%. O Extremo-Oeste catarinense apresenta altos índices de mortalidade por suicídio, estando acima da média nacional e estadual, sendo comparável aos maiores do País, o que se tem como evidência a ser investigada em estudos seguintes.

Palavras-chave: Suicídio. Autópsia psicológica. Perfil epidemiológico.

1 INTRODUÇÃO

O Estado de Santa Catarina é parte integrante da região Sul do Brasil. Os estudos realizados por Peixoto (2003) indicam que o coeficiente de mortalidade por suicídio no Estado catarinense gira em torno de sete a cada 100.000 habitantes, o que representa quase o dobro da média nacional. Assim como no Brasil, as taxas de morte por suicídio no referido Estado também apresentam variações regionais significativas. Um estudo divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde apontou que a mortalidade por suicídio na região Extremo-Oeste de Santa Catarina apresentou coeficiente de 11 a cada 100.000 habitantes no ano 2001, sendo superior ao coeficiente de mortes por homicídio na região.

Este artigo apresenta uma análise dos 186 casos de suicídio no período de 2010 a 2015 na região Extremo-Oeste catarinense, compreendendo um total de 27 municípios, com seu núcleo localizado em São Miguel do Oeste. Os dados analisados no Instituto Médico Legal (IML) foram elaborados mediante um ponto de vista biopsicossocial dentro de um contexto familiar envolvendo 12 famílias entrevistadas. O método utilizado chamado *autópsia psicológica* incluiu um roteiro de entrevista semiestruturada, criado por Edwin Shneidman, amplamente difundido nos últimos 40 anos. Foi concebido como meio para auxiliar médicos legistas a esclarecerem a natureza de uma morte tida como indeterminada e que poderia estar associada a uma causa natural, acidental, suicídio ou homicídio. O método também foi utilizado para conhecer as razões que motivaram mortes autoinfligidas e para confortar os familiares dos que assim haviam falecido.

2 MÉTODO

Para se conhecer o perfil epidemiológico e compreender os aspectos biológicos, psicológicos e sociais implicados nos casos de suicídio ocorridos na região Extremo-Oeste de Santa Catarina, foi utilizado o método de pesquisa

* Graduando em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de São Miguel do Oeste; abel.petter@hotmail.com

** Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Professora na Universidade do Oeste de Santa Catarina de São Miguel do Oeste; verena.hoch@unoesc.edu.br

descritivo que, segundo Cervo e Bervian (1983), tem como características: observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir, com precisão, a frequência em que um fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores. Na pesquisa descritiva buscou-se conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo isolado quanto de grupos e comunidades mais complexas, tratando estudo e descrição das características, propriedades ou relações existentes na realidade pesquisada.

A realização desta pesquisa foi caracterizada por um levantamento de dados documentais de todos os casos de suicídios registrados no período de 2010 a 2015, no Instituto Médico Legal de São Miguel do Oeste, o qual compreende 27 municípios da região Extremo-Oeste catarinense. Também, por um trabalho de campo com realização de entrevistas baseadas no modelo de autópsia psicológica de Shneidman (2004), considerado um tipo de avaliação psicológica que enfoca o elemento que está faltando, ou seja, a intenção do morto em relação à sua própria morte, considerando que a maioria das vítimas comunica, de alguma maneira, as suas intenções, tendo como finalidade reconstituir a biografia da pessoa falecida por meio de entrevistas com terceiros.

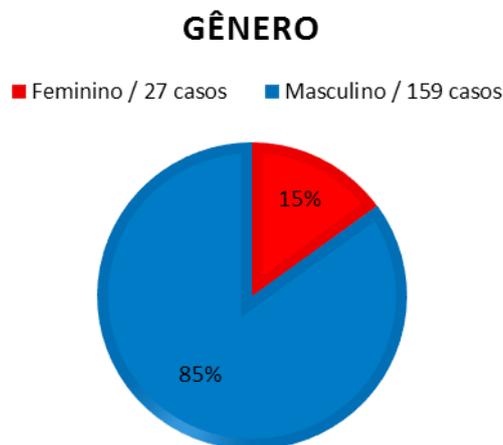
Esta pesquisa foi realizada em parceria firmada com o Instituto Geral de Perícias (IGP), no setor do Instituto Médico Legal (IML), e foram abordados na entrevista todos os casos de suicídio compreendidos no período de maio a outubro de 2015. O instrumento de autópsia psicológica foi aplicado logo após o deslocamento, com o IML, até o local do fato (suicídio), auxiliando o reforço positivo para Peritos Criminais e Auxiliares de Medicina Legal. A entrevista foi iniciada com as pessoas próximas da vítima, presentes no local do fato, sendo prosseguida no núcleo do IML, com o término das entrevistas. O número de familiares ou pessoas próximas entrevistadas esteve de acordo com o tempo disponível da perícia no local do fato e das pessoas envolvidas. Os entrevistados maiores de 18 anos e pessoas próximas da vítima que aceitaram fornecer suas informações assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para os dados coletados nos registros do IML no período de 2010 a 2015, compreendendo um total de 186 casos de mortes por suicídio, foram realizadas análises das variáveis: gênero, faixa etária, meios empregados, local (município) e data (mês) dos casos de suicídio.

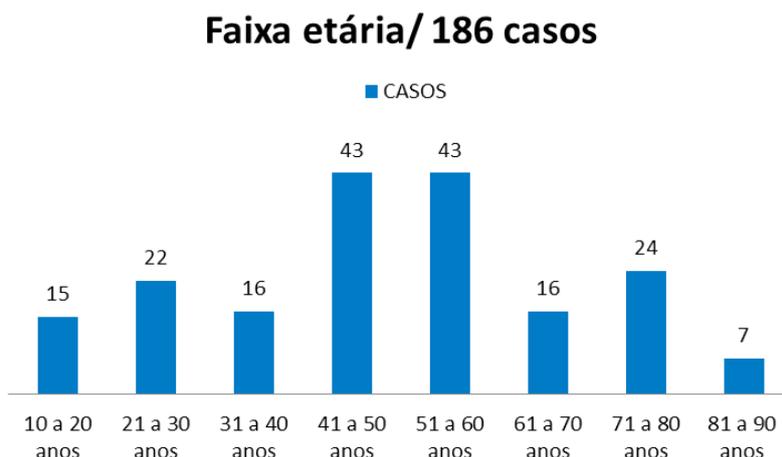
Em relação à idade e ao gênero, Cassorla (1985), Kaplan, Sadock e Grebb (2003) comentam que o suicídio ocorre em maior número na velhice em razão da crise da meia-idade. É maior entre homens do que entre mulheres, em uma proporção de três vezes mais. Constatou-se que 159 casos são masculinos (85%) e 27 casos são femininos (15%) conforme o Gráfico 1. Em relação à faixa etária, 43 casos (23,12%) estavam nos 41 aos 50 anos de idade e 43 casos (23,12%) nos 61 aos 70 anos de idade, podendo-se concluir que o número maior de casos ocorreu em pessoas da meia-idade, entre 41 e 60 anos, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 1 – Gênero



Fonte: os autores.

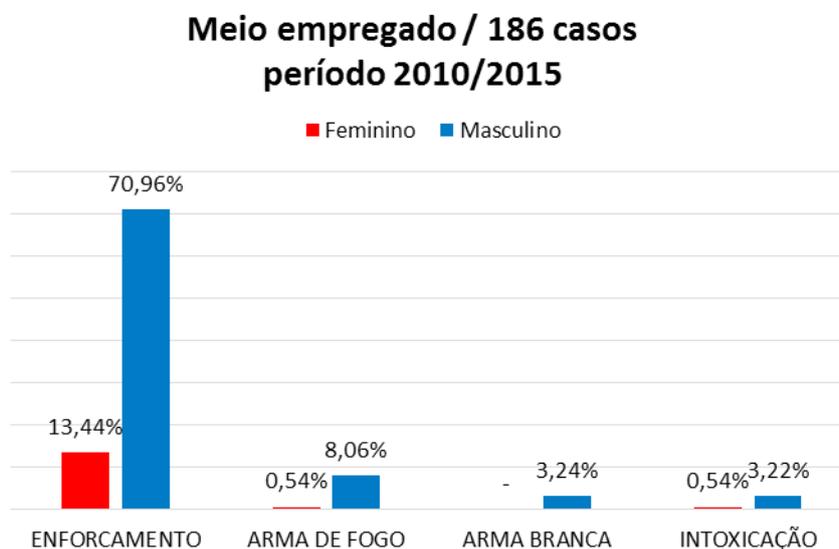
Gráfico 2 – Faixa etária



Fonte: os autores.

Ainda, de acordo com Mello, Mello e Kohn (2007), os atos mais violentos como dr atirar de alturas, ferimentos por armas de fogo, enforcamento e acidentes de trânsito propositais geralmente ocorrem com pessoas mais velhas, com maior intencionalidade suicida. Os homens tendem a empregar métodos mais violentos, já as mulheres costumam escolher a intoxicação por medicamentos. Baptista (2004), Kaplan, Sadock e Grebb (2003) comentam que, em virtude do fato de os homens utilizarem meios mais violentos que as mulheres, geralmente são mais bem-sucedidos em suas investidas. De acordo com esta pesquisa, o enforcamento foi o meio mais utilizado para o suicídio em homens e mulheres, somando um total de 84,4%, seguido de armas de fogo com 8,6%, intoxicação exógena (envenenamento), 3,76% e arma branca, 3,24%. Essa distribuição dos meios empregados pode ser vista no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Meio empregado



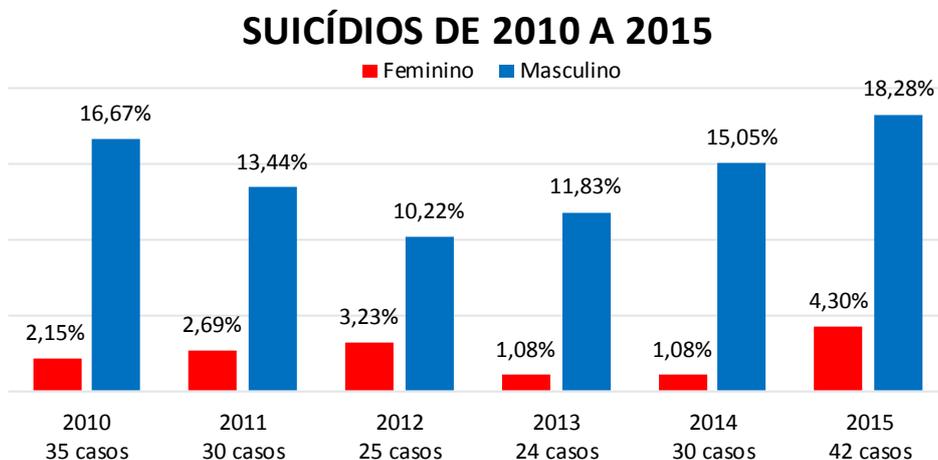
Fonte: os autores.

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as mortes por suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos; o coeficiente de mortalidade mundial por suicídio no ano 1995 foi de 16 casos a cada 100.000 habitantes. As estimativas da OMS apontam que cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio no ano 2000, o que representaria uma morte a cada 40 segundos.

A descrição do perfil epidemiológico do suicídio no Brasil vem crescendo significativamente nas últimas décadas. Mello-Santos et al. (2005) publicaram um estudo sobre as taxas nacionais de morte por suicídio entre 1980 e 2000. Os autores encontraram uma média de três a quatro suicídios a cada 100.000 habitantes no Brasil, sendo a incidência quatro vezes maior entre homens e com taxas crescentes nas faixas etárias mais jovens. No mesmo ano, o Ministério

da Saúde concluiu um estudo que replicou esses achados e, ainda, revelou diferenças regionais nas taxas de suicídio no País. Os resultados revelaram que a região Sul e mais especificamente o Estado do Rio Grande do Sul detiveram os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio no Brasil, chegando a 11 a cada 100.000 habitantes nesse Estado. Esta pesquisa mostra um aumento considerável de mortes por suicídio nos últimos três anos, tendo no ano 2013, 24 casos, em 2014, 30 casos e em 2015, 42 casos, conforme o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Suicídios de 2010 a 2015



Fonte: os autores.

Os meses que apresentaram os maiores números de casos foram: fevereiro com 24 casos, março e novembro com 20 casos, agosto com 18 casos, janeiro com 17 casos, setembro com 15 casos, abril e dezembro com 14 casos, maio com 13 casos, junho e outubro com 12 casos; e o mês com menor número de casos foi julho, com sete casos.

Mapa 1 – Localização geográfica da região Extremo-Oeste de Santa Catarina



Fonte: Secretaria do Estado de Segurança Pública (2016).

Esse Mapa, demarcado na cor cinza, representa os 27 municípios de abrangência da pesquisa.

A Tabela a seguir mostra o estudo descritivo das seguintes características epidemiológicas dos óbitos por suicídio no Extremo-Oeste catarinense entre 2010 e 2015: municípios, número absoluto de casos, população de acordo

com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre 2010 e 2015 e percentual de acordo com o *ranking*, do maior para o menor, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Características epidemiológicas dos óbitos por suicídio

Município	Número de suicídios	Média da população IBGE (2010 a 2015) (em habitantes)	%
Princesa	8	2.870	2,79
Iraceminha	10	4.200	2,38
Tigrinhos	4	2.300	2,3
São Miguel da Boa Vista	4	1.890	2,12
Bandeirante	4	2.860	1,4
Romelândia	7	5.390	1,3
Santa Helena	3	2.50	1,28
Flor do Sertão	2	2.350	1,25
Mondaí	13	10.710	1,21
Guarujá do Sul	6	5.008	1,2
Maravilha	25	23.220	1,08
Paraíso	4	3.920	1,02
Anchieta	6	6.180	0,97
Tunápolis	4	4.630	0,86
Riqueza	4	4.790	0,84
Palma Sola	6	7.710	0,78
Cunha Porã	8	10.800	0,74
Iporã	6	8.620	0,7
São Miguel do Oeste	24	37.650	0,64
Guaraciaba	6	10.440	0,57
Barra Bonita	1	1.830	0,55
Dionísio Cerqueira	8	15.080	0,53
São José do Cedro	7	13.790	0,51
Itapiranga	8	15.900	0,5
Descanso	4	8.570	0,47
Belmonte	1	2.670	0,37
Santa Terezinha do Progresso	1	2.780	0,36
São João do Oeste	2	6.150	0,33

Fonte: adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

Os municípios onde ocorreu o maior número de casos de morte por suicídio no período de 2010 a 2015 foram: Iraceminha, com 2,79%; Princesa, com 2,38%, e Tigrinhos, com 2,3%.

Os dados obtidos mediante as entrevistas de autópsia psicológica foram tratados a partir do método fenomenológico. O método fenomenológico, conforme Giorgi (2001), preenche os critérios fenomenológicos porque é um método descritivo, utiliza a redução fenomenológica, procurando a essência do fenômeno, presumindo uma relação intencional entre o sujeito e o objeto da experiência. Esse método também preenche os “[...] requisitos científicos porque produz conhecimento metódico, sistemático, crítico e potencialmente intersubjetivo.” (GIORGI, 2001, p. 134). Também são preenchidos os critérios psicológicos, porque a análise das descrições ocorre dentro da perspectiva psicológica, buscando-se essências psicológicas.

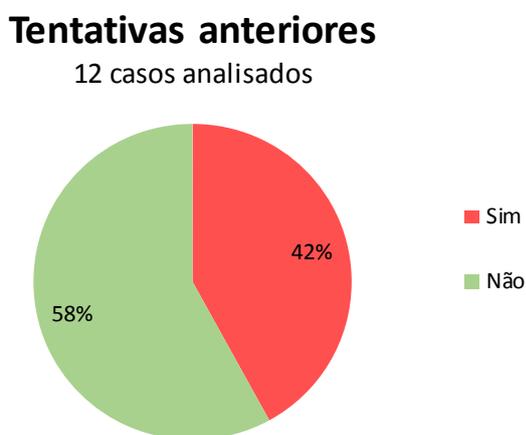
As tentativas incluem tanto os atos em que existe uma clara ou provável intenção de morrer, como também aqueles atos em que não há nenhuma intenção. A linha entre pensamentos e ações suicidas não é tão clara quanto pode parecer. Um impulso potencialmente mortal pode ser interrompido antes de ser posto em prática, ou uma tentativa com intenção branda, mas com perigo de morte, pode ser executada, na esperança de que seja descoberta com garantia de sobrevivência.

Com frequência, as pessoas querem ao mesmo tempo viver e morrer: o ato suicida é saturado de ambivalência. Alguns desejam escapar, mas apenas por um instante. Uns poucos usam ameaças ou tentativas suicidas para fazer com que as pessoas “paguem” por uma afronta ou rejeição, embora alguns as usem para provocar mudanças nas decisões e comportamentos de pessoas que conhecem (JAMISON, 2002).

Em um estudo de casos de suicídio, Clark e Fawcett (1992 apud BOTEGA et al. 2006) identificaram que, aproximadamente 60% das pessoas mortas por suicídio nunca tinham tentado antes; 50-60% das pessoas que morreram por suicídio nunca consultaram um profissional de saúde mental ao longo da vida; dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos na semana anterior. Metade dos que morrem por suicídio foi a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecedeu a morte, e 80% foram a um médico no mês anterior ao suicídio. Mas ainda permanece correto que 50% dos que se suicidam nunca foram a um profissional de saúde mental.

A presente pesquisa, realizada com roteiro de entrevista com 12 famílias, apresentou cinco casos em que houve tentativas anteriores (42%), e sete casos em que nunca ocorreram tentativas anteriores, conforme o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Tentativas anteriores



Fonte: os autores.

Suominen et al. (2004) apontam que, entre os principais fatores de risco do suicídio estão: certos transtornos mentais (depressão, alcoolismo), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes) e ter acesso fácil a meios letais.

4 ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

No grupo pesquisado dois casos apresentaram doenças mentais diagnosticadas por psiquiatras (16,67%) e 10 casos não apresentaram doenças mentais (83,88%), com destaque para epilepsia e o transtorno bipolar. No aspecto da depressão, foram 10 casos diagnosticados e dois não diagnosticados. Quanto à dependência química (álcool), quatro dependentes e oito não dependentes. Em relação ao uso de cigarro (nicotina) oito eram não fumantes e quatro fumantes. Em relação a drogas ilícitas, nenhum caso foi detectado.

A depressão e os estados depressivos como fatores precipitantes do suicídio apareceram associados às seguintes causas: efeito cumulativo de perdas sociais, como: falência, negócio com pouco retorno lucrativo, perda do companheiro(a), perda de safra e dificuldade para arcar com endividamentos, divisões no Poder Judiciário e doação de um filho.

4.1 ASPECTOS SOCIAIS RELACIONADOS

O isolamento social esteve presente em oito dos casos e não presente em quatro casos estudados. Em relação à etnia, destacam-se oito casos com descendência alemã e quatro com descendência italiana. Quanto à profissão, sete eram aposentados, um desempregado e quatro estavam ativos no trabalho. Todos os casos pesquisados possuíam filhos (12 casos). Em relação à área de habitação, seis casos ocorreram na área urbana e seis casos na área rural. Quanto à religiosidade, cinco casos apresentavam ligação com ela e sete casos não apresentavam ligação. Em relação ao estado civil, destacou-se que sete eram casados, três, separados e dois, viúvos.

4.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS

Destaca-se com unanimidade que os 12 casos estudados apresentaram desesperança, desespero e desamparo. A agressividade estava presente em quatro casos, e oito casos não apresentavam comportamentos agressivos. Em relação ao sofrimento psíquico com maus tratos e abusos, dois o apresentavam e 10 casos não o apresentavam. Quanto à relação intrínseca com perdas recentes de familiares, cinco as apresentavam e sete não as apresentavam. Procuraram ajuda profissional anteriormente ao fato ocorrido 50% (seis casos), e 50% (seis casos) não procuraram.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisaram-se epidemiologicamente 186 casos no período de 2010 a 2015 e 12 casos por meio de autópsia psicológica familiar. Embora não possam ser generalizados, os resultados refletem o que afirmam os estudos anteriores, como: predominância de suicídio em homens, enforcamento como principal meio para se matar e concentração de casos em pessoas com isolamento social.

As diferenças de gênero marcaram a análise. Todos os casos entrevistados tinham filhos, 50% moravam na zona rural e 50% na zona urbana. Os dados indicam que homens e mulheres estão igualmente em risco quando se isolam, permanecem calados, deprimidos, introspectivos, solitários e tristes. Ambos os gêneros são afetados por estados depressivos e por conflitos familiares e conjugais. Entre homens e mulheres se encontram os efeitos do alcoolismo, da vida social conturbada, da sobrecarga financeira, da aposentadoria com queda de renda ou dos abusos físicos ou verbais.

Destaca-se o modo como a dor e o sofrimento físico desempenham papel importante na fragilização e no desencadeamento do suicídio, associados aos fatores biopsicossociais. Ressalta-se, também, o papel da depressão interagindo com outras variáveis. Ela aparece ora como coadjuvante de complicações físicas e mentais, ora como principal causa quando associada a perdas, quedas abruptas na vida socioeconômica, aposentadoria, endividamento ou processos existenciais de tristeza e melancolia.

Chama atenção o modo como a dor e o sofrimento físico desempenham papel importante na fragilização e no desencadeamento do suicídio, associados aos fatores biopsicossociais. Ressalta-se, também, o papel da depressão interagindo com outras variáveis. Ela aparece ora como coadjuvante de complicações físicas e mentais, ora como principal causa quando associada a perdas, quedas abruptas na vida socioeconômica, aposentadoria, endividamento ou processos existenciais de tristeza e melancolia.

Recomenda-se ao setor de saúde o estabelecimento de estratégias preventivas que busquem a qualidade de vida e combinem apoio social e programas voltados ao atendimento específico. O crescimento acelerado do número de casos, conforme visto na pesquisa, ano após ano, sobretudo nos grupos entre 41 e 60 anos de idade, exige uma atenção redobrada da prevenção do suicídio.

Family psychological autopsy: understanding the epidemiological and biopsychosocial profile of the suicide

Abstract

Understanding the epidemiological and biopsychosocial profile of deaths by suicide in a family context in a particular region is fundamental to think an interpretive study of the possible causes that are contributing to the phenomenon, in order to develop efficient methods for

its prevention. In this article it was analyzed the epidemiological profile of 186 cases of suicide in Western Santa Catarina, in the period of 2010-2015, and through a family psychological autopsy, a semi-structured interview script was applied to 12 families, and it included biological, psychological and social aspects that were involved in the phenomenon of suicide. The suicide indices presented a total of 85% in men and 15% in women; the average in which there were more the deaths by suicide was between 41 and 60 years old, totalizing 86 cases during the study period. In relation to the means employed, hanging represents 76%, followed by firearm, with 8.6%, exogenous intoxication, 3.76%, and melee weapon, with 3.24%. The Extreme West of Santa Catarina has high suicide mortality rates, being above the national and state levels, comparable to the largest in the country, which should be investigated in further studies.

Keywords: Suicide. Psychological autopsy. Epidemiological profile.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica: para uso de estudantes universitários**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

GIORGI, A. **Método psicológico fenomenológico**: alguns tópicos teóricos e práticos. Educação, Porto Alegre, ano 24, n. 43, p. 133-150, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

JAMISON, K. R. **Quando cai a noite: entendendo o suicídio**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

MELLO, M. F. de; MELLO, A. de A. F. de; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELLO-SANTOS, C. et al. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, p. 131-134, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil epidemiológico dos suicídios**. Brasil e regiões, 1996 a 2002. 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender**. Mental Health. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/>. Acesso em: 20 jan. 2016.

PEIXOTO, H. C. G. **Redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: diagnóstico do problema em Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, 2003. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/saladeleitura/doctecnicos>. Acesso em: 20 jan. 2008.

SECRETARIA DO ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Instituto geral de perícias. Disponível em: <http://www.igp.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=116>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Política de Saúde Descentralizada**. 2008. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SHNEIDMAN, E. S. **Autopsy of a Suicidal Mind**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

SUOMINEN, I. et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am J Psychiatry**, p. 562-563, 2004.