

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO NO ESTADO
DE SERGIPE**

LARISSA KEYLLA ALMEIDA DE JESUS

Aracaju
Fevereiro - 2016

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO NO ESTADO
DE SERGIPE**

Dissertação de Mestrado submetido à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

LARISSA KEYLLA ALMEIDA DE JESUS

Orientador(es)

**Sonia Oliveira Lima, D.Sc.
Francisco Prado Reis, D.Sc.**

Aracaju
Fevereiro - 2016

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO NO ESTADO DE SERGIPE

Larissa Keylla Almeida de Jesus

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Sonia Oliveira Lima, D.Sc.
Orientadora

Francisco Prado Reis, D.Sc.
Orientador

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc.
(UNIT- Examinador Interno)

Marco Antonio Prado Nunes, D.Sc.
(UFS -Examinador Externo)

Claudia Moura de Melo, D.Sc.
(UNIT- Suplente interno)

Valdinaldo Aragão de Melo, D.Sc.
(UFS- Suplente externo)

Aracaju
Fevereiro - 2016

Essa dissertação é dedicada a:

Minha mãe, Salete Almeida; meu esposo, Heron Alencar e minha irmã, Kamilla Almeida, que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.

“A felicidade não é só seu direito, é seu dever ser feliz!”
Benjamin de Aguiar, pelo Espírito Eugênia –Aspásia

AGRADECIMENTOS

A Deus, Aos Cristos, porque permitiu que eu chegasse até aqui, pela concretização desse sonho, por mais essa etapa tão importante em minha vida!

Aos Mestres Eugênia –Aspásia e Matheus- Anacleto, por permitir minha matrícula bênção no ISQ, Escola Templo da minha fé que me Conduz e que Direciona meus passos, que Guia meus caminhos pela estrada da vida! Minha eterna gratidão!

Ao Tão Amado Mamin, Benjamin de Aguiar, meu Professor-Mentor de Espiritualidade Cristã, por ser O Canal Bênção dos Cristos, Dos Mestres Espirituais, por ser O exemplo máximo de devoção e fé a Casa-Causa ISQ, por nos guiar e trazer a felicidade para mais perto do nosso corações! Minha eterna Gratidão!

A Minha Tão Amada Mãe, Salete, Luz em minha vida, meu porto seguro, doação de amor e coragem em todos os momentos de minha vida! Exemplo de mulher, mãe, guerreira, profissional! Obrigada por acreditar em mim, por sempre me encorajar, por sempre estimular meu crescimento, não medindo esforços sempre que necessário sendo doce e também mais firme! Quem dera um dia eu me torne uma grande mulher como a senhora!

Ao meu amado esposo, Heron, pelo companheirismo, dedicação, estímulo e compreensão nas horas mais densas do mestrado, por não desistir do meu sonho junto comigo e por ter contriuido com toda a formatação do trabalho escrito! Muito Obrigada!

A minha tão amada irmã-amiga-mãe, Kamilla, por sempre demonstrar uma palavra de conforto, encorajamento, puxões de orelha quando necessário, atenção e por escutar sempre que fosse necessário meus momentos mais desorientados!

A minha orientadora, Dra. Sonia Lima, exemplo de profissional, mestra! Obrigada por acreditar, encorajar meu potencial, por ensinar e orientar com excelência os caminhos para chegar até aqui! Obrigada pela paciência! Pela dedicação! Sua aluna-fã!

Ao meu co-orientador, Dr. Francisco Prado, por estimular o crescimento e fortalecimento do trabalho-pesquisa.

A Minha querida psicóloga, Aline Rangel, por acalmar meu coração tão ansioso! Por acreditar no meu potencial para concluir mais essa etapa importante em minha vida como pessoa e como profissional! Por suas palavras de estímulo, conforto!

Ao meu querido amigo-irmão, André Moraes, que nunca mediu esforços para me socorrer e ajudar em todos os momentos que foram possíveis!

A amiga, Tânia Santos, cuidadora do meu lar, por sempre trazer uma palavra de conforto e felicidade com seu sorriso engrandecedor!

A amiga, Luciana Conde, pelo apoio e contribuição com a formatação ortográfica do trabalho.

A Universidade Tiradentes, por contribuir e proporcionar aos seus colaboradores o crescimento e aprimoramento profissional!

As Coordenações de Enfermagem Campus Farolândia e Campus Estância, Prof^a Pureza e Prof^a Carine, pelo apoio e estímulos ao aprimoramento profissional.

A Coordenação do PSA, Prof^a Claudia por sempre apoiar e direcionar os alunos com atividades estimulando o desenvolvimento e aprimoramento durante todo o processo de formação do mestrado.

Ao IML, Dr. Aparecido e colaboradores, por nos receber, permitir e contribuir o desenvolvimento da pesquisa.

A FAPITEC, por incentivar, promover e facilitar a pesquisa com fomentação de bolsas e auxílio.

Aos Colegas de trabalho e colaboradores do Campus Estância e Farolândia, em especial aqueles que acompanharam de perto ao longo desses dois anos a jornada do mestrado: Carine, Lenilson , Flavia , Naiane ,Angela, Higor , Catarina , Talita , Ingridy , Anderson, Weber, Marcus, Elizano, Aline, Monique , Rivanda , Edjane, Carla , Fabiana, Luciana , Raquel , Janile, Silvania , Nailza , Gesiane.

Aos alunos de medicina da UNIT e da UFS, que contribuíram e colaboraram com andamento da pesquisa, em especial, Vinicius, Samarah, Vivian, Leticia, Yanne, Ana Carolyna, Ana Luisa, Marcus, Matheus, Maiane, José Machado, Thiago, Flávio.

Aos Colegas da turma do mestrado 2014, em especial, Derijulie, Beth, Eliane, Dayse, que ao longo desses dois anos lutamos e crescemos juntos!

Aos Professores do mestrado, facilitadores dessa jornada que estimularam o crescimento, estudo, dedicação e esforço ao longo do curso! Em especial, Ricardo, Margareth, Claudia, Edna, Juliana, Verônica, Cristiane!

Todos meus alunos do campus Estância e Farolândia, que torceram para que eu chegasse até aqui!

Enfim, a todos que de forma direta ou indireta torceram e contribuíram desde o início quando passei na seleção até a concretização final desse sonho! Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIações.....	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
1 INTRODUÇÃO GERAL	15
1.1 Objetivo.....	17
1.1.1 Objetivo geral	17
1.1 .2 Objetivos específicos	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 A morte violenta por causa externa.....	18
2.2 O suicídio.....	21
3 MÉTODOS.....	25
3.1 Delineamento do estudo	25
3.2 Amostra	25
3.3 Sistemática da coleta de dados	25
3.4 Aspectos éticos.....	26
3.5 Análise de dados	27
4 REFERÊNCIAS	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Artigo 1:	31
Perfil epidemiológico de óbitos por suicídio em um estado do nordeste brasileiro	
5.2 Artigo 2:	51
Vivências de familiares de suicidas no estado de Sergipe-Brasil	
6 CONCLUSÃO GERAL	66
7 ANEXOS E APÊNDICES.....	67
7.1 Termo de consentimento livre esclarecido- TCLE.....	67
7.2 Protocolo de pesquisa.....	69

7.3 Declaração FAPITEC- Fundação de Apoio à Pesquisa e a Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe.....	72
7.4 Aprovação do CEP- Comitê de ética e pesquisa	73
7.5 Comprovante de submissão do Artigo 1.....	76

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Tabela 01. Distribuição dos óbitos por suicídio ocorridos em Sergipe, Brasil, no período de abril de 2014 a abril de 2015 em relação as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, etnia, grau de escolaridade e antecedentes criminais. 37

Tabela 02. Distribuição dos óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril 2014 a abril de 2015 em relação a declaração de óbito..... 38

ARTIGO 2: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DE SUICIDAS NO ESTADO DE SERGIPE-BRASIL

Tabela 01. Distribuição dos óbitos por suicídio de acordo com o sexo e faixa etária em Sergipe, Brasil no período de abril 2014 a abril de 2015..... 56

Tabela 02 Distribuição dos óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril 2014 a abril de 2015 em relação à fonte de informação da causa da morte..... 57

LISTA DE FIGURAS

MÉTODOS:

Figura 01. Sistemática da coleta de dados	26
--	----

ARTIGO 1: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Figura 01 Distribuição óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril de 2014 a abril de 2015 em relação aos dias da semana.....	39
---	----

Figura 02. Distribuição óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril de 2014 a abril de 2015 em relação aos meses do ano.	40
--	----

Figura 03. Distribuição dos óbitos por suicídio nos municípios do leste sergipano no período de abril 2014 a abril de 2015.	40
---	----

Figura 04. Distribuição dos por suicídios por mesorregiões do estado de Sergipe dos óbitos no local de ocorrência, e dos que faleceram por suicídio após transferência para unidade de saúde, no período de abril de 2014 a abril de 2015.	41
--	----

Figura 05. Distribuição dos óbitos por suicídio nos municípios do agreste sergipano no período de abril 2014 a abril de 2015.	42
---	----

Figura 06. Distribuição dos óbitos por suicídio nos municípios do sertão sergipano no período de abril 2014 a abril de 2015.	42
--	----

ARTIGO 2: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DE SUICIDAS NO ESTADO DE SERGIPE-BRASIL

Figura 01. Relato de Co-morbidades e problemas dos suicidas obtidos nas entrevistas com familiares e ou responsáveis	57
---	----

Figura 02. Distribuição dos óbitos por suicídio pelo tempo entre a busca do corpo e a sua chegada no IML e pelo tempo para liberação do corpo do IML , em Sergipe, Brasil.....	58
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

D.O. - Declaração de óbito

DATASUS -Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

FAB- Ferimento por arma branca

FAF -Ferimento por arma de fogo

FAPITEC- Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

IML- Instituto médico legal

OMS -Organização Mundial de Saúde

SE- Sergipe

SIH -Sistema de informações hospitalares

SIM -Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

TCE- Traumatismo cranioencefálico

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

RESUMO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO NO ESTADO DE SERGIPE

Larissa Keylla Almeida de Jesus

Este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe. Trata-se de um estudo transversal, com dados coletados dos atestados de óbitos por causas externas, atendidos no IML em Aracaju-SE, de abril de 2014 a abril de 2015. Neste período foi verificado que das 2.157 mortes violentas em Sergipe 62 foram por suicídio. Este agravo foi maior no sexo masculino (85%) do que no feminino (15%) com faixa etária de 20 a 29 anos (26%), solteiro (56,4%) e com ensino fundamental I (56%). O meio mais utilizado foi o enforcamento (66%), na zona urbana (62,90%), domicílio (71%), período matutino (40,3%) e na sexta-feira (21%). Na entrevista com 22 familiares (35,48%), foi relatado depressão e transtornos mentais com uso de medicamentos em 4 casos (6,45%) cada, um caso de doença de Parkinson (1,61%), uso de drogas e álcool 2 casos (3,22%) e em 2 casos os familiares relataram tentativas anteriores. O suicídio no estado de Sergipe predominou em jovens solteiros, do sexo masculino, com baixa escolaridade, mediante enforcamento em domicílio. A entrevista foi importante para complementar a investigação verificando-se que 50 % dos familiares informaram transtornos mentais ou neurológicos nos suicidas.

PALAVRAS – CHAVE: epidemiologia, violência, ideação suicida.

ABSTRACT

PROFILE EPIDEMIOLOGICAL OF SUICIDE VICTIMS IN SERGIPE STATE

Larissa Keylla Almeida de Jesus

This study aimed signal the epidemiological profile of the victims of suicide in the state of Sergipe. It is a study, transverse, with data collected from death certificates for external causes, treated at IML in Aracaju in April 2014 to April 2015. It was found that of 2,157 violent deaths in Sergipe 62 were by suicide. This injury was higher in males (85 %) than in females (15 %) in the age group of 20 to 29 years (26 %), single (56.4 %) and with elementary education I (56 %). The suicide in the state of Sergipe predominated in young unmarried, male, low schooling, through hanging at home. The interview was important to complement the research noting that 50% of the families reported mental disorders or neurological in suicide.

KEY WORDS: epidemiology, violence, suicidal ideation.

1. INTRODUÇÃO GERAL

A morte é um processo comum no ciclo da vida de todos os seres vivos, no entanto, a forma como ela ocorre e como as sociedades a enfrentam, sofreram alterações ao longo dos anos devido às transformações sociais e econômicas ocorridas pelo processo de globalização. O desenlace tem um resultado negativo e é comum a fuga sobre o assunto, até que este aparece de forma inesperada, traumática e, em alguns casos, esperada, mas não aceitável quanto à dor da perda ou a separação de determinado ente familiar (CAVALCANTE; MINAYO, 2012). Assim, não é diferente quanto aos casos de mortes violentas, principalmente o suicídio, pelo susto que causa o ato voluntário de cessar a própria vida de forma repentina e brusca gerando situações traumáticas para a família da vítima que recebe toda a sobrecarga psicológica do processo de culpa e, em muitas situações, também sobrecargas financeiras (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A morte violenta ou mortes por causas externas são consideradas um agravo crescente na atualidade, podendo ser tratada como epidemia e, então, tornando-se um problema de saúde pública em todo o mundo. Em 2014, destaque para América do Norte, Europa e Ásia, que corresponderam pela parcela de óbitos em, praticamente, todos os países, ocupando sempre a segunda ou terceira posição nos casos de mortes violentas. Diariamente, a cada caso fatal, ocorrem outros milhares de traumatismos, muitos deles com sequelas irreparáveis (BRASIL, 2014). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, a morte por violência é considerada a principal causa de óbito na população da faixa etária entre 15 e 44 anos. No mundo ocorre um óbito a cada um minuto, de forma violenta, e 35 óbitos por hora em conflitos armados e foi estimado que, a cada 40 segundos, uma pessoa cometa suicídio (VÄRNIK, 2012; OMS, 2014).

As mortes por causas externas, em 2014, ocuparam a terceira colocação como a causa de óbito na população brasileira, perdendo apenas para doenças neoplásicas e cardiovasculares. As quedas, as violências entre grupos, os suicídios, os agravos traumáticos de trânsito e ainda de trabalho constituem os casos mais comuns de mortalidade entre a faixa etária laborativa. Os adultos do gênero masculino são os mais acometidos e vulneráveis a sofrerem traumas graves, principalmente quando relacionados às agressões de violência urbana (WAISELFISZ, 2011a; BRASIL, 2014).

No Brasil, dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, indicador responsável pela análise dos casos de óbito do país, em 2011, constatou mais de 100.000

casos de óbitos violentos, destes 52.198 óbitos foram por agravos de trânsito, 43.256 mortes por agressões e 10.788 por quedas. Em Sergipe, menor dos estados brasileiros situado na região nordeste, entre os casos nacionais apresentou 731 mortes no trânsito, 570 por agressões, 140 por quedas e 125 óbitos por suicídio (MS, 2011).

O suicídio, subgrupo da violência caracterizado como um comportamento que traz dano voluntário a própria vida, foi considerado, em 2014, no relatório geral da OMS, como agravo alarmante de saúde pública em todo o mundo. No relatório que identificou os países com maiores índices de suicídios no mundo, dentre os continentes, a América Latina teve destaque, o Brasil que ocupou o oitavo lugar. Foram constatados 11.821 casos de suicídio, e entre os estados brasileiros com a maior quantidade de ocorrências está o Rio Grande do Sul que apresentou os maiores índices principalmente na capital, Porto Alegre (OMS, 2014).

Na última década, houve um crescimento na taxa global de suicídio. No continente Asiático, a Índia liderou o número de suicídios no mundo, seguida por China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão. Segundo o relatório da OMS, 75% dos casos ocorreram principalmente em países com renda alta ou média (WAISELFISZ, 2013b; OMS, 2014). De acordo com OMS- Organização Mundial da Saúde (2015) 90% dos suicídios na América do Norte ocorreram entre homens brancos e são 4 vezes mais do que mulheres. Na maioria dos casos tinham algum transtorno psiquiátrico que poderiam ter sido diagnosticados e através de tratamento adequado ter evitado a morte.

No mundo, em todas as faixas de idade, principalmente na faixa laborativa que compreende jovens entre 15 a 35 anos, o suicídio representa uma das vinte maiores causas de morte. No Brasil também houve um crescimento na taxa de suicídio: que em 2013 foi de 10,4% e em 2014 passou para dezesseis casos a cada cem mil habitantes, considerada uma estimativa alta nos estudos de mortalidade da população. Os meios mais utilizados pelas vítimas são o uso de armas de fogo, ingestão de pesticidas ou de doses mortais de medicamentos (NEVES *et al.*, 2014).

As características dos casos de suicídio possuem fatores díspares e semelhantes mas, em geral, os casos são representados por questões sociais e ou econômicas, as vítimas são do gênero masculino, jovens e solteiros. Em uma análise desses fatores relacionados aos blocos econômicos e sociais, nos países considerados desenvolvidos ou ricos as pessoas do sexo masculino cometem três vezes mais suicídio do que as do sexo feminino. Entre as causas elencadas encontram-se o abuso de substâncias ilícitas e o uso sistemático de álcool e medicações antidepressivas. Nos países subdesenvolvidos ou pobres, o sexo masculino

assemelhasse-se ao bloco anterior o que diferencia são as causas relatadas, dentre elas: as crises políticas e econômicas, traumas vividos durante conflitos armados, desastres ambientais, violência sexual, mental e doméstica (SCHNITMAN, 2010; OMS, 2014). Diante do exposto, considerando o suicídio um importante problema de saúde pública ainda pouco abordado em Sergipe, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo geral

Avaliar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe no período de abril de 2014 a abril de 2015.

1.1.2. Objetivos específicos

- Avaliar o perfil socioeconômico e antecedentes criminais dos suicidas;
- Investigar as condições climáticas, o município da ocorrência, local e zona do óbito;
- Investigar a presença de atendimento pré-hospitalar prestado às vítimas, o tempo de transporte entre a cena do evento e a liberação do corpo no IML;
- Verificar comorbidades presentes e associadas;
- Investigar a causa mortis;
- Verificar, em caso de óbito de mulher em idade fértil, se o óbito ocorreu durante a gravidez;
- Verificar o uso de substâncias psicoativas;
- Verificar doação órgãos e/ou tecidos pós-morte.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A morte violenta por causas externas

A palavra morte vem do grego *thánatos* que significa morte ou deus da morte. Nas civilizações antigas a humanidade sempre temeu a morte, com diferentes formas de culto, sinalizações e crenças, sendo até os dias atuais assunto delicado e difícil para os seres humanos (WEISS, 2014). A humanidade passou por diversas mudanças e transformações históricas, mas duas significantes situações na vida do ser humano continuam inalteráveis o nascimento e a morte. O nascer é vislumbrado como algo belo e aguardado com alegria e ansiedade (BANDEIRA *et al.*, 2014).

Em relação à morte continuam os tabus e receios. Conversar sobre o assunto simboliza, para alguns, um acontecimento previsto, para outros, algo inesperado, mas, para todos, um momento de dor, perda e sofrimento (VÄRNIK, 2012). As mortes violentas configuram-se como umas das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, em 2014, foi estimado que 1,6 milhões de pessoas morreram a cada ano em decorrência de alguma violência (OMS, 2014). A morte, quando acontece de forma conturbada e traumática, no caso de vítimas por mortes violentas como nos casos de suicídio, acomete de forma repentina os familiares e o indivíduo no ato voluntário de parar a própria vida (BANDEIRA *et al.*, 2014).

Vieira e colaboradores, em 2003, realizaram uma avaliação do coeficiente de mortalidade no mundo para caracterização do risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período. Estes notificaram altas taxas de acidentes de trânsito, suicídio e homicídio no Brasil, Japão, Canadá, Estados Unidos, México, Chile e Suécia. Os dados de violência na população brasileira também teve destaque no alto coeficiente de mortalidade por homicídio. Em relação aos acidentes de trânsito, destaque para os Estados Unidos, seguido respectivamente pelo Brasil, México, Chile, Canadá e Suécia. Quanto aos casos de suicídio, o Japão, o Canadá, a Suécia, e os Estados Unidos tiveram maiores índices (OMS, 2014; WAISELFISZ, 2013b).

Esses agravos têm elevados índices nos indicadores de mortalidade, principalmente depois do processo de globalização e das mudanças socioeconômicas ocorridas no mundo, que foram viabilizados pelos ambientes modificados, aumento da mobilidade urbana, acesso a armamento, a substâncias ilícitas, e guerrilhas de aspectos socioculturais, étnicos e demográficos (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; WAISELFISZ, 2011a; COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A modificação do ambiente e do comportamento violento, considerados hoje uma questão social, apareceram nas relações humanas, assim como os acidentes. Esse comportamento é considerado um conjunto de agravos que colocam em risco à saúde e a vida dos envolvidos, que pode ou não levar a óbito e/ou sequelas permanentes. (LIMA, 2012; SILVA *et al.*, 2012a). O comportamento violento aparece atrelado ao surgimento de novos centros de desenvolvimento e modificações nos ambientes sociais, são locais de atração para a população e de investimentos que, e em contrapartida, aumentam os casos de crimes, como latrocínios, homicídios e consequentemente mortes violentas. Sua distribuição quanto aos tipos de causas são diversas, como, por exemplos: os afogamentos, suicídios, homicídios, ferimentos por arma de fogo (FAF), ferimentos por arma branca (FAB), quedas e acidentes de trânsito (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; WASELFISZ, 2011a; SILVA *et al.*, 2012 b).

No estudo de Cervantes e colaboradores, realizado no México, em 2013, foi verificado que os casos de homicídio no período de 2000 a 2007 diminuíram (de 10,8 casos homicídios para 8,2). O que não aconteceu no período 2008 a 2010 uma vez que a mortalidade por homicídios atingiu taxas de cem por cento. Na Colômbia, em estudo realizado em Bogotá, em 2005, dados sobre a violência urbana no período 1997-2003, ressaltaram a importância em reconhecer e entender a violência como uma forma determinante específica e fonte de vários aspectos sociais. Como, por exemplo, os casos de homicídio que cresceram mais de 50 por cento no período analisado (SANCHEZ *et al.*, 2005).

No Brasil, as expectativas de alguns setores de consumo como por exemplo indústrias, comércio, mercado imobiliário, as mudanças sociais e econômicas aliadas à relativa falta de mobilidade social em algumas regiões, decorrentes de mudanças urbanas com crescimento rápido e desordenado, favorecem regiões propícias para violência urbana, uma vez que concentraram desigualdades sociais e econômicas em áreas de risco para violência (PNUD, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Assim como, as mudanças na estrutura familiar, deficiências no sistema educacional, foram propícias para criação de circunstâncias que facilitaram a violência e consequentemente o crime. Ao mesmo tempo que o aumento do porte de armas de fogo, o consumo de bebidas alcoólicas e o tráfico de drogas, incitaram o crime e a violência (ARAÚJO *et al.*, 2010). O perfil de mortalidade da população brasileira por causas externas sofreram mudanças nos últimos anos. As mortes por agravos no trânsito eram predominantes nos anos anteriores à pesquisa e foram superadas pelos homicídios e suicídios em decorrência do aumento da violência urbana, crises financeiras, comportamentais, psicológicas e sociais (RUOTTI *et al.*, 2001; RIBOT *et al.*, 2012).

Nos países com diferenças de blocos sociais, divididos em desenvolvidos e subdesenvolvidos, os acidentes de trânsito são os responsáveis pelas mortes violentas da população. Nos Estados Unidos os TCE (Traumatismo cranioencefálico) foram a causa da morte para 51% das vítimas. No Brasil, em 2000, o TCE foi a causa de morte de 17,6% de vítimas de acidente de trânsito (TREVISOL *et al.*, 2009; LIMA *et al.*, 2012). No mundo, em 2012, foi constatada uma estimativa diária de 16 mil óbitos de vítimas de causas externas e para cada caso fatal ocorrem outros milhares de traumatismos, muitos deles com sequelas permanentes. As situações de vulnerabilidade aliadas às problemáticas de condições socioeconômicas que ocasionaram uma grande sensibilidade entre os jovens no processo de coesão social e, em algumas situações associada à pobreza, as desigualdades sociais, aliadas a falta de acesso à informação, equipamentos, esporte, lazer, cultura e saúde, podem ser agentes da criminalidade e violência (WAISELFISZ, 2011a; CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

As capitais e regiões metropolitanas, onde a violência é mais aparente, têm afetação direta para a população que apresentam as piores condições de vida, no sentido dos aspectos sociais e econômicos. As investigações realizadas na população brasileira apontam as desigualdades sociais como um dos principais fatores responsáveis pelo aumento das taxas de violência no ambiente urbano, e demonstram que a mortalidade decorrente dessa violência podem sofrer modificações quanto aos aspectos de: gênero, raça, faixa etária, classe social e local de residência. Os crimes não ocorrem sem uma explicação exata, mas em contextos reais, associados às concentrações de desigualdades econômicas e sociais (KLEINSCHMITT, 2011; SZPILMAN, 2012).

As mortes violentas e os crimes concentram-se nas vias públicas e ocorrem na maioria dos casos durante o horário da noite/madrugada, principalmente nos dias de sexta-feira e domingo. Em relação ao desfecho do óbito foi observada uma mobilidade entre o município de residência e o município de ocorrência da morte, com maior incidência nos bairros localizados na periferia urbana (BRASIL, 2010; WAISELFISZ, 2011a).

No Brasil, essas vítimas por agravos de mortes violentas, em alguns casos, como acidentes de trânsito, quedas e outros, recebem atendimento pré-hospitalar ou hospitalar, muitas vezes internadas em centros de terapias intensivas, que resultam em gastos financiados na maioria dos casos pelo SUS - Sistema Único de Saúde, que por exemplo, em 2009, totalizaram quase oito milhões decorrentes de urgências por causas externas, (RODRIGUES *et al.*, 2009). Em 2013, foi observado que no DATASUS o valor das internações hospitalares com registros e notificações destinadas como causas externas, tais como: agressão, acidente de trânsito, queda, afogamento, suicídio e homicídio representaram um aumento nas taxas e dispêndio aos cofres públicos. Uma vez que parte

destes gastos públicos poderia ser evitado com adoção de medidas preventivas e educativas direcionados ao público alvo do agravo (BRASIL, 2013). O impacto desses agravos sobre a morbidade e mortalidade de uma população representam altas incidências de feridos, hospitalizações e óbitos, que geram dispêndio aos poderes financiadores e lacunas na vida dos familiares das vítimas. Alguns estudiosos sugerem que para diminuir os casos de óbitos por causas externas são recomendadas medidas e políticas públicas que priorizem a qualidade de vida da população, redução e principalmente prevenção de crimes por meio do acesso coeso ao crescimento social, econômico, a informação, a saúde e segurança (PNUD, 2013; RIOS; MOTA, 2013).

Por fim, atualmente as mortes violentas representam um sério problema de saúde pública reconhecida pela OMS, que destacaram a necessidade de um maior conhecimento acerca do perfil epidemiológico de cada agravo, em especial o suicídio, considerado nos dias de hoje epidemia mundial (OMS, 2015).

2.2 O suicídio

O suicídio, palavra que deriva do latim, *sui*, ou do grego *autos*, significa próprio; e do latim *cidium* com significado de matar, é conceituado como um ato intencional de matar a si mesmo (NEVES *et al.*, 2014).

A OMS (1984) definiu suicídio como:

“Um ato com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava”. (FELICIANO, C.F.M.; MORETTI, T.H.L., 2015).

A temática suicídio foi retratada pela primeira vez em 1897, como problema social pelo francês e sociólogo Émile Durkheim, em seu livro “Le suicide” no qual destacou as variações nos casos de suicídio com base em características: psicológicas, biológicas, genéticas, climáticas, geográficas e raciais. Em seu estudo trouxe a tese de que uma sociedade possui “doenças sociais”, na época as taxas de mortalidade por suicídio na Europa eram consideradas altas com destaque para: Saxônia, Dinamarca, Prússia e França (FONTES, 2000).

Mais de um século após o primeiro estudo sobre suicídio, o tema na sociedade do século XXI ainda é trágico e devastador nas vidas humanas, perplexo por ser um ato voluntário, que representa o desejo de interromper a própria vida. Por quais motivos um indivíduo resolve pôr fim a própria vida? Existem formas para conceituar a identificação do processo do suicídio,

dentre eles: comportamento suicida, o suicídio total, a tentativa de suicídio, ideação suicida, ou seja, o desejo de cessar a própria vida (NEVES *et al.*, 2014). Na clínica psiquiátrica e sociedade atual, o suicídio representa um grave e sério problema de saúde pública. Pode ser dividido em três campos de estudo: o para-suicídio, a tentativa de suicídio ou ideação suicida e o suicídio propriamente dito (ROCKETT, 2010; FELICIANO, C.F.M.; MORETTI, T.H.L., 2015).

O para-suicídio é considerado como a autoagressão por meio de ações precipitadas geradas contra a própria pessoa, que podem revelar-se mediante três formas: pensamentos suicidas, tentativas em si mesmo e o próprio ato suicida. A ideação suicida ou tentativa de suicídio pervaga pelos pensamentos suicidas sem de fato passar pela ação de cometer o ato contra própria vida. O suicídio total ou completo consiste na ação deliberada em cessar a vida executada pelo indivíduo, já a tentativa de suicídio não ocorre de fato o desenlace, mas acarreta em danos à saúde. Assim, o comportamento suicida pode movimentar-se em torno dos aspectos entre a ideia, a tentativa e consumação do ato (MINAYO; CAVALCANTE, 2010; NEVES *et al.*, 2014).

Em avaliação sobre os custos por hospitalizações e intercorrências, referentes aos 3 campos citados acima, é possível observar que são bem elevados. O gasto com internações de entes queridos que tentaram o suicídio mas não foi consumado é alto. As perdas e os impactos emocionais são grandes. Desses casos de internações os dados demonstram que para cada adulto jovem na faixa laborativa que cometeram suicídio, 20 casos a mais sejam de tentativas (OMS, 2014). Observam-se, também, alguns fatores interessantes, como, por exemplo, a alta tendência do sexo feminino de realizar tentativas de suicídio, que chegam a ser 20 vezes maiores que a dos homens. Essa é uma das explicações possíveis para a discrepância existente entre o número de casos de suicídio e tentativas entre homens e mulheres pois está relacionada aos métodos escolhidos por cada gênero para por fim à própria vida. Dessa forma, foi indicado que, apesar das mulheres realizarem um número maior de tentativas de suicídio, a eficácia dos métodos é menor que a dos homens (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Segundo a OMS, em 2014 foi estimado que em 2020 cerca de 1 milhão e 530 mil seres humanos, no mundo, podem cometer suicídio. Para cada grupo de 100mil habitantes foi estimada a taxa de 16 mortes por suicídio. De acordo com o relatório, 75% dos óbitos ocorrem nos países pobres ou subdesenvolvidos com problemas de distribuição de renda. Na divulgação dos países com destaque para casos de suicídio, a Índia apresentou mais óbitos com 258 mil casos. Em segundo lugar encontrava-se a China com 120,7 mil, seguidos pelos Estados Unidos com 43 mil, Rússia com 31 mil e Japão com 29 mil casos de suicídio (OMS, 2014; NEVES *et al.*, 2014).

Nos países desenvolvidos como a Inglaterra e Austrália os meios mais utilizados para cometer suicídio foram o enforcamento seguido por inalação e intoxicação com gases. O uso de arma de fogo predominou em regiões do norte dos Estados Unidos e o uso de pesticidas na China e Sri Lanka. Os meios utilizados pela população brasileira nos casos consumados, em todas as idades, foram os enforcamentos, seguidos pela arma de fogo e ingestão de pesticida. Pelos jovens os meios mais utilizados para tentativa de suicídio foram arma branca e arma de fogo (ONUBR, 2009; ORES *et al.*, 2012; BERTOLETE, 2012b).

Na maioria dos países ocorre subnotificações de eventos relacionados ao comportamento suicida, sendo esse um dos pontos mais vulneráveis quanto ao conhecimento de sua magnitude. Os profissionais que atendem os casos, e principalmente os da área da saúde, tendem a ter medidas conservadoras quanto ao relato de uma morte como sendo por suicídio, que pode ser mascarada ou não registrada por motivos religiosos, legais e sociais (NEVES *et al.*, 2014). No que concerne aos casos de subnotificação corrobora com o equívoco de fatores relacionados às doenças e transtornos mentais identificados em muitos casos com relação próxima aos casos de suicídio. Dentre as autópsias psicológicas realizadas em casos como mal de Alzheimer, doença de Parkinson, 95% do grupo estudado, a exemplo dos idosos, os que cometeram suicídio já tinham algum diagnóstico de transtorno mental e ou doença crônica degenerativa na ocasião da morte por suicídio (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

No geral os casos de comorbidades associadas, pesquisadas em períodos diferentes, identificaram como os mais comuns: depressão, transtornos de labilidade do humor, dependências químicas de drogas lícitas e ilícitas, por exemplo o álcool, transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, casos de ansiedade e transtorno bipolar (FLEISCHMANN *et al.*, 2008; BOTEAGA, 2014).

Neves e colaboradores (2014), identificaram evidências em fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais que contribuem para o comportamento suicida. Ainda apontaram no estudo que pessoas com traços de impulsividade, agressividade interagem com estressores ambientais, tais como perdas, doenças crônicas, inclusive psiquiátricas que podem resultar no comportamento suicida. Os fatores de risco associados ao comportamento suicida são divididos em três grupos, o primeiro das doenças mentais como: depressão, transtorno bipolar, transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, transtornos de personalidade, abusos de drogas ilícitas. O segundo destinado aos aspectos sociais como: gênero masculino, idade entre 15 e 30 anos ou acima de 65 anos, solteiros, separados ou viúvos e, por fim, o terceiro grupo conceituado como suicidabilidade: ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio (ABP, 2014).

Os sinais de risco do suicida são claros, porém podem passar despercebidos por entes queridos, familiares, amigos do convívio social, do trabalho e, inclusive, pelos próprios profissionais de saúde que prestaram algum atendimento às vítimas de tentativas de suicídio (MARQUETTI *et al.*, 2015). Para reduzir o impacto gerado por essas mortes que são consideradas preveníveis e desnecessárias, o Brasil precisa focar nos programas de prevenção e que devem ser embasados no conhecimento sobre fatores de riscos, ou seja, os sinais que surgem no percurso do suicida aos observadores precisam ser reconhecidos e tratados (MACHADO; SANTOS, 2015).

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, decorrentes de dados de mortes por suicídio, ocorridos no estado de Sergipe, atendidos no Instituto Médico Legal Dr. Augusto Leite, na cidade de Aracaju - SE no período de abril de 2014 a abril de 2015.

3.2 Amostra

A amostra por conveniência com busca ativa diária de todas as mortes por suicídio no período estudado foi realizada por meio do preenchimento de um protocolo previamente elaborado e testado a partir de informações colhidas nos atestados de óbito e/ou por familiares e/ou acompanhantes responsáveis de pessoas que cometeram suicídio no estado de Sergipe.

3.3 Sistemática da coleta dos dados

O protocolo (Apêndice) foi preenchido mediante busca ativa diária por estudantes do curso de medicina de duas universidades, sendo uma federal e outra particular do estado de Sergipe e pela mestranda do curso de mestrado em saúde e ambiente da Universidade Tiradentes. As entrevistas com os familiares das vítimas e/ou acompanhantes responsáveis que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido foram realizadas no espaço físico da instituição em sala reservada. Ocorreram em três turnos (manhã, tarde e noite/madrugada), em todos os dias da semana em sistema de escala de plantões.

Os acadêmicos foram previamente capacitados para o preenchimento do protocolo e periodicamente supervisionados durante a coleta dos dados, com reuniões quinzenais para condução e orientação da sistemática da coleta dos dados e do recolhimento dos protocolos preenchidos. O protocolo que foi utilizado tem características peculiares elaboradas com base no atestado de óbito e dos laudos. Foi semiestruturado, contendo perguntas mescladas entre fechadas e abertas.

As perguntas do protocolo foram divididas em variáveis independentes (dados sociodemográficos e antecedentes criminais) e dependentes (dados do ocorrido, dados da causa mortis, dados do desfecho pós-evento). Essas variáveis contemplaram: determinação de sexo, faixa etária, etnia, grau de escolaridade, estado civil, logradouro, renda familiar, ocupação, plano de saúde, naturalidade e religião das vítimas, passagem pela polícia e no

presídio. Foram também avaliados: o município, a sazonalidade, as condições climáticas, presença de festividades locais, a zona e a cena do evento traumático, o local e o município do óbito. Além de analisar a presença e o tipo de atendimento pré-hospitalar prestado às vítimas, o tempo de transporte entre a cena do evento e o centro de saúde, circunstâncias/intenções prováveis do evento traumático, mecanismo do trauma, no caso de óbito de mulher em idade fértil, se o óbito ocorreu durante a gravidez, a causa *mortis*, a análise do uso de substâncias psicoativas, comorbidades associadas, as condutas intra-hospitalares realizadas com as vítimas e a ocorrência de doação de órgãos e tecidos.

ETAPAS DA COLETA DE DADOS

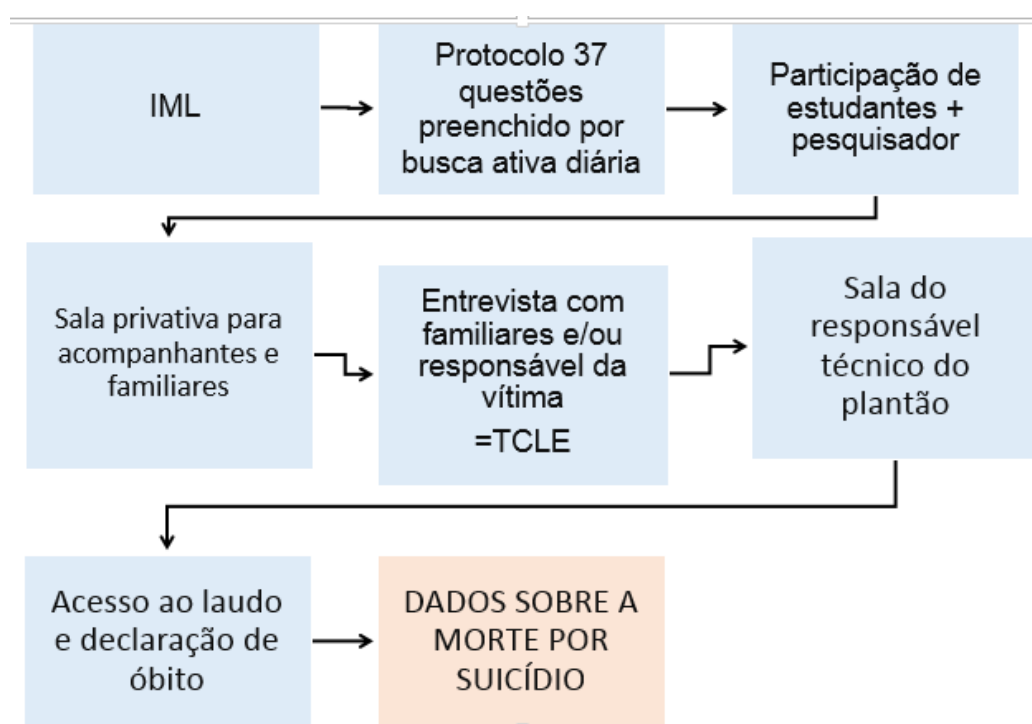


Figura 01: Sistemática da coleta de dados.

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Plataforma Brasil com nº do protocolo 556.026 em 13.03.2014 e na FAPITEC (Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do estado de Sergipe), nos editais MS/CNPQ/FAPITEC/SE/SES Nº 02/2013 – PPSUS SERGIPE e FAPITEC/SE/FUNTEC/CAPES Nº 07/2015 – linha 2. A pesquisa atendeu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

3.5 Análise dos dados

A análise descritiva foi realizada através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e por meio de medidas de tendência central e variabilidade no caso das variáveis numéricas. Em seguida, as diferenças entre proporções foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Cálculo realizado com um intervalo de confiança de 95% e considerados valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

Para avaliação das entrevistas com familiares dos suicidas utilizou-se o método de Lefèvre (2000), os relatos e todas as informações colhidas foram avaliados através do roteiro de entrevista, para tanto foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma metodologia de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Consiste em apresentar os resultados sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Os tópicos interrogados foram: tentativas anteriores, uso de drogas, comorbidades, transtornos psiquiátricos, uso de medicamentos. Os familiares e ou responsáveis foram identificados com as iniciais "F" e seguindo de um número de ordem para preservar a sua identidade.

4. REFERÊNCIAS

ARAUJO, E. M., et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. **Rev. Bras. epidemiol.**[online]. 2010, vol.13, n.4, p. 549.

BRASIL, ONUBR. **Indicador inédito avalia risco de morte para adolescentes em 267 cidades do País, 2009**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/indicador-inedito-avalia-risco-de-morte-para-adolescentes-em-267-cidades-do-pais/>>.

_____. DATASUS. **Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM/** e Instituto Brasileiro e Geográfico de estatística-IBGE, 2010. Disponível em: <datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como morrem os brasileiros: caracterização e distribuição. Geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009**. Saúde Brasil: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS/SIM. Mortalidade no trânsito. 2011**, disponível em: <datasus.gov.br>

_____. FIOCRUZ. **Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira, 2013**.

_____. PNUD. **A insegurança freia o desenvolvimento na América Latina, 2013**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/>>.

ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio**. Brasília: Conselho Federal Medicina/ABP, 2014.

BANDEIRA, D., et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contexto, Enfermagem, Florianópolis**. Abril-junho, 2014.

BAPTISTA, et al. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicol. pesq.**[online]. 2012, vol.6, n.1, p. 2-12. ISSN 1982-1247.

BERTOLETE, J. M.O suicídio e sua prevenção. **Psicol. pesq.**[online]. 2012a, São Paulo, SP: Ed. Unesp.

BERTOLETE, J.M. Why is Brazil losing the race against youth suicide? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.34, n.3, out. 2012b.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Revista [online], psicologia da USP*, volume 25, número 3, páginas: 231-236, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89784/92585>>.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Operação Rodo Vida Semana Santa 2014 reforça fiscalização com 10 mil agentes nas estradas**, 2014.

CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M.C.S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8): 1943-1954, 2012.

CERVANTES D., et al. Análisis de la tendencia de la mortalidad por homicidios en México entre 2000 y 2010. **Rev. gerenc. políticas salud**; 12(24): 163-183, jun. 2013.

COMBINATO, D. S., QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Stud. psicol. (Natal)** [online]., vol.11, n.2, p. 209-216, 2006.

FELIACIANO, M.F.C.; MORETTI, L.H.T. Depressão, suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação. **Revista Psicol. pesq.**[online], 2015. Disponível em: <www.psicologia.pt>

FLEISCHMANN, A., Bertolote, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. **Bulletin WHO**, 2008, p. 703-709.

FONTES, M. **O suicídio: estudo de sociologia**. Émile Durkheim; tradução Monica Stahel. São Paulo, 2000.

KLEINSCHMITT, S. C.; WADI, Y. M.; LIMA, J. F. Relação entre o crescimento da desigualdade social e dos homicídios no Brasil: o que demonstram os indicadores? **Revista Interseções**, v. 13, n. 1, p. 65-90, junho, Rio de Janeiro, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA, M.V.F., et al. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012; 13(1):36-43.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. [online]. 2015, vol. 64, n.1, p. 45-54. ISSN 0047-2085.

MARQUETTI, et al. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção . **Revista Brasileira de Psicologia**, V.02, Salvador, Bahia, 2015.

MINAYO; CAVALCANTE, Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol. 44, n. 4, p. 750-757. ISSN 0034-8910.

NEVES, M.C.L., et al. Suicídio: fatores de risco e avaliação. **Brasília Med.**, 2014, p. 66-73.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório geral sobre suicídio**, 2014.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Preventing suicide: A global imperative**, 2015.

ORES, L.C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, fev. 2012.

RIBOT, V.C. et al. Suicídio en el adulto mayor. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, Ciudad de La Habana, v.11, suppl.5, 2012.

RIOS, P. A.A.; MOTA, E. L. A. Mortes no trânsito: evolução recente e as diferenças regionais no estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 29, n. 1, janeiro de 2013.

ROCKETT, I. R.H. Counting Suicides and Making Suicide Count as a Public Health Problem. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, p. 227-230, 2010.

RODRIGUES, R. I., et al. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cad. Saúde Pública**, [scielo-online], 2009.

RUOTTI, C.; MASSA, V.C.; PERES, M.F.T. Vulnerability and violence: a new conception of risk for the study of youth homicides. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, São Paulo, v.15, n.37, p.377-89, abr./jun. 2011

SANCHEZ, et al. J. Comportamiento de las muertes violentas en Bogotá, 1997-2003. **Rev. salud pública** [online]. 2005, vol.7, n.3 [cited 2014-05-02], p. 254-267.

SCHNITMAN, G.; KITAOKA, E.G; AROUCA, G.S.S; LIRA, A.L. S; DUARTE, M.B.Taxa de Mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.1, p.44-59, jan./mar. 2010.

SILVA, et al. (A) Mortalidade por causas externas em uma cidade do interior da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.343-357 abr./jun. 2012.

SILVA, L.S. et al. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p.1721-1730, setembro 2012 b.

SZPILMAN, D. et al. Drowning Current Concepts. **New England Journal of Medicine**, 2012.

TREVISOL, F. S., et al. Avaliação das mortes por causas externas na cidade de Tubarão (SC) no ano de 2009. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 55 (1): 25-30, jan./mar. 2011

VÄRNIK, P. Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2012.

VIEIRA, et al. Violência e mortes por causas externas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF); 56(1): 48-51,2003.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2011**. Os Jovens do Brasil. São Paulo, Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2011a.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2013**. Homicídios e Juventude no Brasil. São Paulo, Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2013b.

WEISS, I.K. As faces da morte: um estudo antropológico das variadas formas de inumação. **Revista Alamedas**, vol. 2, n.1, 2014.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Artigo 1 (Revista Ciência e Saúde Coletiva)

Perfil epidemiológico de óbitos por suicídio em um estado do nordeste brasileiro

Epidemiological profile of deaths for suicide in a state of Brazilian Northeast

Larissa Keylla Almeida de Jesus¹, Ana Carlyne Silva de Jesus², Vinicius Alberto Nascimento de Brito³, Marco Antonio Prado Nunes⁴, Francisco Prado Reis⁵, Sonia Oliveira Lima⁶

¹ Enfermeira, Professora, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes /UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

² Aluna de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal – UFS, Aracaju/SE, Brasil.

³ Aluno de graduação do curso de Medicina da Universidade Tiradentes - UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

⁴ Doutor/Professor e Chefe do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju/SE, Brasil.

⁵ Orientador, Doutor, Coordenador/Professor do Departamento de Medicina e Membro permanente do Mestrado e Doutorado do Programa Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes /UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

⁶ Orientadora, Doutora/ Professora Departamento de Medicina Membro permanente do Mestrado e Doutorado do Programa Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes/UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

RESUMO

No mundo ocorre um falecimento a cada minuto de forma violenta e 35 por hora em conflitos armados e existe uma estimativa que uma pessoa cometa suicídio a cada 40 segundos. Objetivou-se sinalizar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe. Trata-se de um estudo transversal, com dados coletados dos laudos e declaração de óbitos por causas externas, atendidos no Instituto Médico Legal em Aracaju-SE, de abril de 2014 a abril de 2015. Foi verificado que das 2.157 mortes violentas em Sergipe 62 foram por suicídio. Este agravio foi maior no sexo masculino (85%) do que no feminino (15%) com faixa etária de

20 a 29 anos (26%), solteiro (56,4%) e com ensino fundamental I (56%). O meio mais utilizado foi o enforcamento (66%), na zona urbana (62,90%), domicílio (71%), período matutino (40,3%) e na sexta-feira (21%). No estado de Sergipe o suicídio representou 2,87% dos agravos por morte violenta com predominância em jovens do sexo masculino, mediante enforcamento em domicílio. O que representa uma perda evitável de vidas na idade produtiva gerando um grande transtorno tanto do ponto de vista econômico para o estado como emocional e financeiro para os seus familiares.

Palavras- chave: epidemiologia, violência, suicídio, mortes externas.

ABSTRACT

In the world occurs one death per minute in violent way and 35 per hour in armor conflicts and there is an estimative that one person commits suicides for every 40 seconds. The objective was to signalize an epidemiological profile of victims from suicide in the state of Sergipe. It is about a transversal study, with data collected from death reports and death certificates for external causes, attended in Institute of Medicine and Law in Aracaju-SE, from April 2014 to April 2015. It was verified that from the 2157 violent deaths in Sergipe, 62 were for suicide. This problem was bigger in masculine gender (85%) than feminine (15%), at an age group from 20 to 29 years old (26%), single (56,4%) and elementary school as formation (56%). The most used way was hanging (66%), in urban zone (62,90%), in residence (71%), at morning (40,3%) and on Friday (21%). In Sergipe, the suicide represented 2,87% of grievances for violent death predominantly in male young, by hanging at residence. This represents an evitable loss of lives in productive age, creating a serious trouble as in matter of economics for the state as emotional and financial for the family.

Key words: epidemiology, violence, suicide, external deaths

INTRODUÇÃO

O suicídio, subgrupo da violência caracterizado como um comportamento que traz dano voluntário a própria vida apresentou na última década um crescimento na taxa global. O continente Asiático destacou-se com a Índia liderando no número de suicídios no mundo, seguidos pela China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão.^{1,2} No relatório geral da OMS⁴ em 2014, este agravo de saúde pública mostrou os países com maiores índices de suicídios, dentre os continentes, a América Latina teve destaque. De acordo com a OMS (2015), 800 mil pessoas no mundo cometem suicídio todos os anos e para cada caso fatal há pelo menos outras 20 tentativas fracassadas.^{3,4} No Brasil, 12º na lista de países latino-americanos com mais mortes neste segmento o índice de suicídios na faixa dos 15 a 29 anos é de 6,9 casos para cada 100 mil habitantes. Essa taxa é relativamente baixa se comparada aos países que lideram o ranking - Índia, Zimbábue e Cazaquistão, por exemplo, têm mais de 30 casos. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em 2013, Sergipe ocupou 12º lugar dentre os estados brasileiros com altas taxas de suicídio, em 1º lugar o Rio grande do Sul e em último o Rio de Janeiro.^{3,4}

De acordo com OMS (2015) na América do Norte o suicídio ocorreu em 90% em homens brancos e que estes cometem 4 vezes mais suicídios do que mulheres.⁵ Na maioria dos casos tinham algum transtorno psiquiátrico que poderia ter sido diagnosticado e, com tratamento, ter sido evitada a morte. As características dos casos de suicídio possuem fatores díspares e semelhantes, no geral os casos são representados por questões sociais e ou econômicas, as vítimas são do gênero masculino, jovens e solteiros. Em uma análise desses fatores relacionados aos blocos

econômicos e sociais, nos países considerados desenvolvidos ou ricos as pessoas do sexo masculino cometem três vezes mais suicídio do que as do sexo feminino. Entre as causas elencadas encontram-se o abuso de substâncias ilícitas, o uso sistemático de álcool e medicações.⁴ Nos países subdesenvolvidos ou pobres, o sexo masculino assemelhasse-se com o bloco anterior e o que diferencia são as causas relatadas, entre elas: as crises políticas e econômicas, traumas vividos durante conflitos armados, desastres ambientais, violência sexual, mental e doméstica.⁶

O suicídio gera perda de entes queridos, gastos financeiros com hospitalizações pelas tentativas não consumadas e impacto emocional.⁷ Observam-se, ainda, alguns fatores interessantes, como, por exemplo, a alta tendência do sexo feminino de realizar tentativas de suicídio, que chegam a ser 20 vezes maiores que a dos homens. Uma das explicações possíveis para essa discrepância entre o número de casos de suicídio e tentativa entre homens e mulheres está relacionada aos meios escolhidos por cada gênero para pôr fim à própria vida.⁸ Dessa forma, poder-se-ia indicar que, apesar das mulheres realizarem um número maior de tentativas de suicídio, a eficácia dos meios é menor que a dos homens.^{9,10}

Na maioria dos países ocorre subnotificações de eventos relacionados ao comportamento suicida, sendo esse um dos pontos mais vulneráveis quanto ao conhecimento de sua magnitude.¹¹ Os profissionais que atendem os casos e principalmente os da área da saúde tendem a ter medidas conservadoras quanto ao relato de uma morte como sendo por suicídio, que pode ser mascarada ou não registrada por motivos religiosos, legais e sociais.¹² Os que concerne aos casos de subnotificação corrobora com o equívoco de fatores relacionados às doenças e transtornos mentais identificados em muitos casos com relação próxima aos casos de suicídio.¹³

No geral os casos de comorbidades associadas, pesquisas em locais diferentes, uma na Genebra na Suíça (2008) e a outra em Campinas - São Paulo (2014), identificaram as

comorbidades mais comuns como: depressão, transtornos de labilidade do humor, dependências químicas de drogas lícitas e ilícitas, por exemplo, o álcool, transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, casos de ansiedade e transtorno bipolar.^{14,15} Neves e colaboradores (2014), identificaram evidências em fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais que contribuem para o comportamento suicida. Ainda apontaram, no estudo, que pessoas com traços de impulsividade e agressividade interagem com estressores ambientais, tais como perdas, doenças crônicas, inclusive psiquiátricas, que podem resultar no comportamento suicida.^{16,17} Em Sergipe, menor dos estados brasileiros situado na região nordeste, entre os casos nacionais apresentou 731 mortes no trânsito, 570 por agressões, 140 por quedas e 125 óbitos por suicídio.³ Diante do exposto, considerando o suicídio um importante problema de saúde pública, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe.

MÉTODOS

Estudo transversal, decorrentes de dados de mortes por suicídio ocorridas no estado de Sergipe, atendidas no Instituto Médico Legal Dr. Augusto Leite-IML na cidade de Aracaju-SE no período de abril de 2014 a abril de 2015. A amostra de dados foi por conveniência através da busca ativa diárias de todas as mortes por suicídio. O instrumento utilizado para esta busca foi um protocolo previamente elaborado com características peculiares, com base nos laudos e declaração de óbito por causas externas.

O protocolo foi preenchido mediante busca ativa diária pelos pesquisadores. A equipe da pesquisa foi previamente capacitada para o preenchimento do protocolo e, periodicamente, supervisionados durante a coleta dos dados. As coletas ocorreram em três turnos (manhã, tarde e noite/madrugada), em todos os dias da semana em sistema de escala de plantões. As perguntas do protocolo foram divididas em variáveis independentes (dados sociodemográfico e antecedentes criminais) e dependentes (dados do ocorrido, dados da causa mortis, dados do desfecho pós-evento). Essas variáveis contemplaram: determinação de sexo, faixa etária,

etnia, grau de escolaridade, estado civil, logradouro, renda familiar, ocupação, plano de saúde, naturalidade, passagem pela polícia e no presídio. Foram também avaliados: o município, as condições climáticas, a zona e a cena do evento traumático, o local e o município do óbito.

A análise descritiva foi realizada através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e por meio de medidas de tendência central e variabilidade, no caso das variáveis numéricas. Em seguida, as diferenças entre proporções foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Realizado o cálculo com um intervalo de confiança de 95% e considerados valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Plataforma Brasil com nº do protocolo 556.026 em 13.03.2014 e na FAPITEC (Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do estado de Sergipe), nos editais: MS/CNPQ/FAPITEC/SE/SES Nº 02/2013 – PPSUS SERGIPE e FAPITEC/SE/FUNTEC/CAPES Nº 07/2015 – linha 2. A pesquisa atendeu e atendeu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

RESULTADOS

No período de abril de 2014 a abril de 2015, foram preenchidos 2.157 protocolos decorrentes de mortes violentas no estado de Sergipe. Destes 62 (2,87%) agravos corresponderam a suicídio com predominância da população masculina, da faixa etária de 20 a 29 anos e de etnia parda. Houve maior prevalência de indivíduos solteiros, com grau de escolaridade de ensino fundamental I e sem antecedentes criminais (Tabela1). Foi identificado um caso (1,61%) de suicídio em mulher grávida.

Tabela 01. Distribuição dos óbitos por suicídio ocorridos em Sergipe, Brasil, no período de abril de 2014 a abril de 2015 em relação as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, etnia, grau de escolaridade e antecedentes criminais.

Variáveis	n	%	Valor p
Sexo			
Feminino	9	15%	< 0,001
Masculino	53	85%	
Negro/pardo			
Sim	52	84%	< 0,001
Não	10	16%	
Casado/união estável			
Sim	18	29%	<0,001
Não	44	71%	
Faixa etária			
10 a 19 anos	4	6%	0,081
20 a 29 anos	16	26%	
30 a 39 anos	12	19%	
40 a 49 anos	11	18%	
50 a 59 anos	6	10%	
> 60 anos	13	21%	
Escolaridade			
Analfabeto	12	19%	< 0,001
Fundamental	35	56%	
Médio	12	19%	
Superior	3	5%	
Atendentes criminais			
Não	60	97%	<0,001
Sim	2	3%	
Total Geral	62	100%	-

O estado ocupacional dos óbitos por suicídio, 19 (30,6%) indivíduos eram autônomos, 12 (19,35 %) empregados com carteira assinada, 7 (11,29%) eram empregados sem carteira assinada, 6 (9,68%) estudantes, 3 (4,84%) desempregados, 2 (3,23%) aposentados e 13 (20,9%) não foram obtidas a sua ocupação. A renda familiar de 10 (16,13%) era de 1/2 a 1 salário mínimo, de 4 (6,45%) era meio salário, de 4 (6,45%) mais de 1 a 2 salários mínimos, de 2 (3,23%) mais de 5 salários mínimos e 2 (3,23%) sem rendimento. Não foi obtida a renda familiar em 40 (64,52%) das vítimas. Quanto a variável plano de saúde, 25 (40,32%) utilizavam o atendimento pelo Sistema Único de Saúde-SUS, 4 (6,45%) planos particulares e não foi obtida essa informação em 33 (53,2%) dos suicidas. A ocorrência do suicídio foi

predominante no domicílio com 44 (71%) eventos ($p < 0,001$), sem diferença entre a zona urbana 39 (63%) e rural 23 (37%). Em relação as condições climáticas no dia do intento, o clima seco foi observado em 27 (43,5%) ocorrências de suicídio. A declaração de óbito foi a fonte de informação utilizada para avaliar as causas de morte, sendo o enforcamento o meio mais empregado (Tabela 2). Em relação aos dias da semana, a prática de suicídio apresentou a seguinte distribuição (Figura 1).

Tabela 02. Distribuição dos óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril 2014 a abril de 2015 em relação a declaração de óbito.

Causa da morte	N	%	Valor p
Enforcamento	41	66%	< 0,001
Envenenamento/ intoxicação	8	13%	
Ferimento por arma de fogo (FAF)	4	6%	
Indeterminado	4	6%	
Trauma (queda livre e autoagressão)	3	5%	
Afogamento	2	3%	
Total Geral	62	100%	-

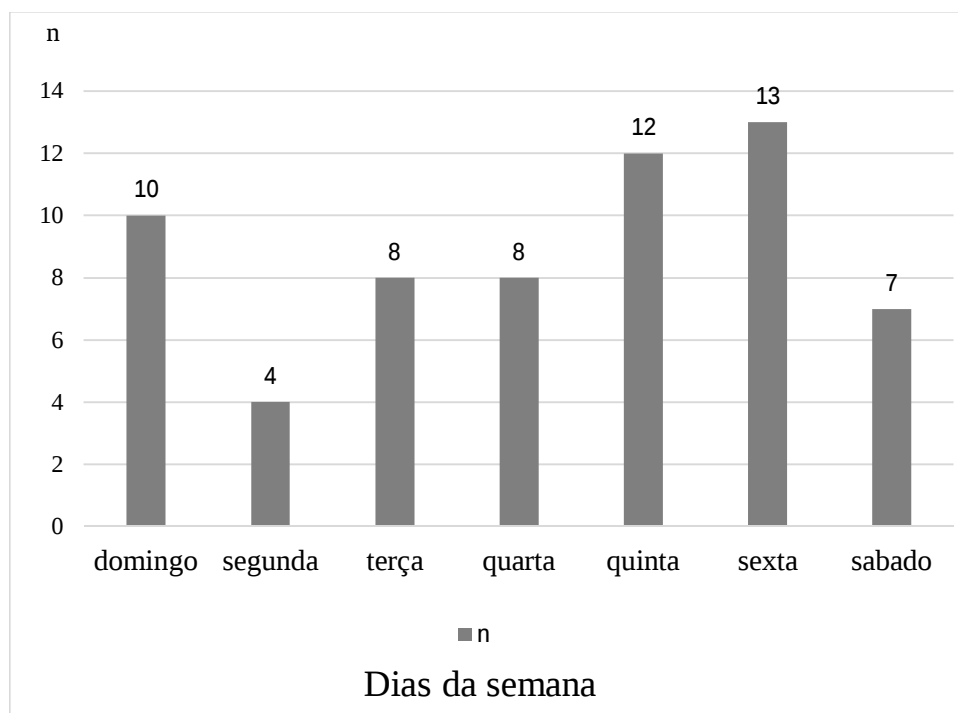


Figura 01. Distribuição óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril de 2014 a abril de 2015 em relação aos dias da semana.

Os turnos para o intento suicida :15 (24,2%) casos ocorreram pela manhã, 5 (8,1%) eventos durante a tarde, 5 (8,1%) casos pela noite e 14 (22,5%) durante a madrugada e em 23 casos não foi identificado o turno do óbito. Em relação aos meses do ano o evento suicida apresentou a seguinte distribuição (Figura 2).

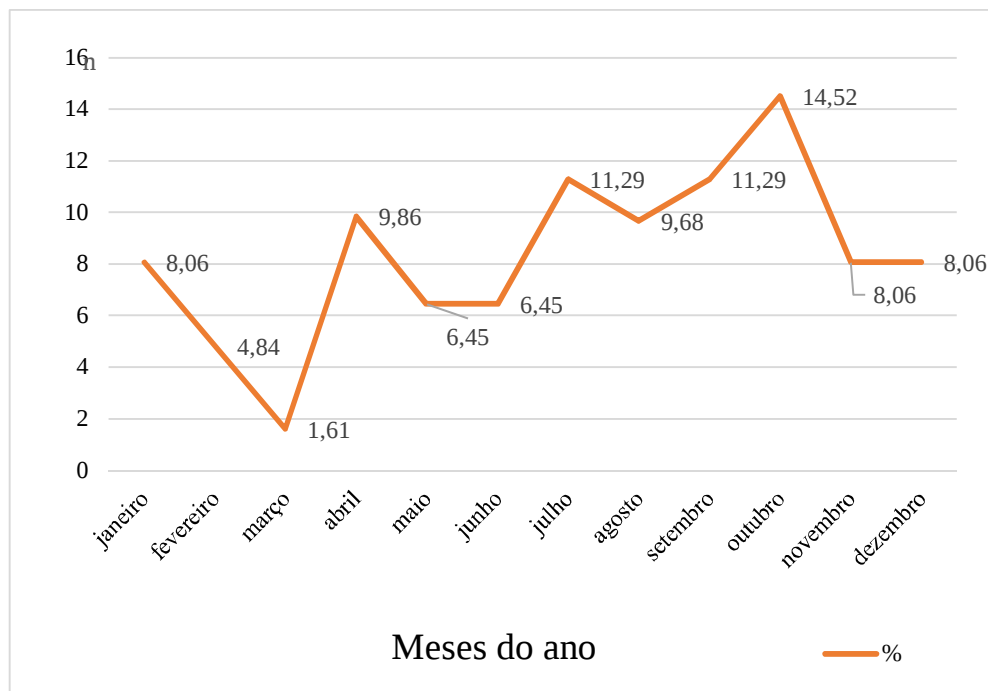


Figura 02. Distribuição óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril de 2014 a abril de 2015 em relação aos meses do ano.

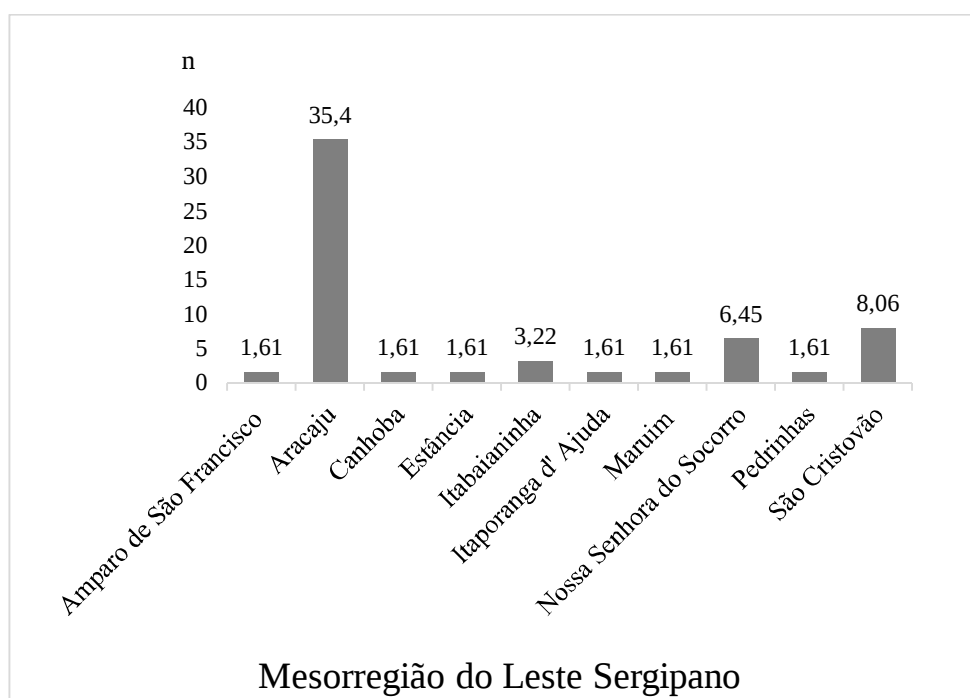


Figura 03. Distribuição dos óbitos por suicídio nos municípios do leste sergipano no período de abril 2014 a abril de 2015.

De acordo com as mesorregiões houve predominância de óbitos por suicida no leste sergipano, onde a capital, Aracaju, apresentou a maior ocorrência 19 (31%) (Figura 3). O óbito sem assistência médica foi significativamente maior 54 (87%) do que os óbitos após transferência para unidade de saúde. Dos indivíduos que tiveram atendimento hospitalar 3 foram decorrentes de envenenamento, 2 de enforcamento, um caso de autoagressão física, um de queda livre e um não foi obtido o método (Figura 4).

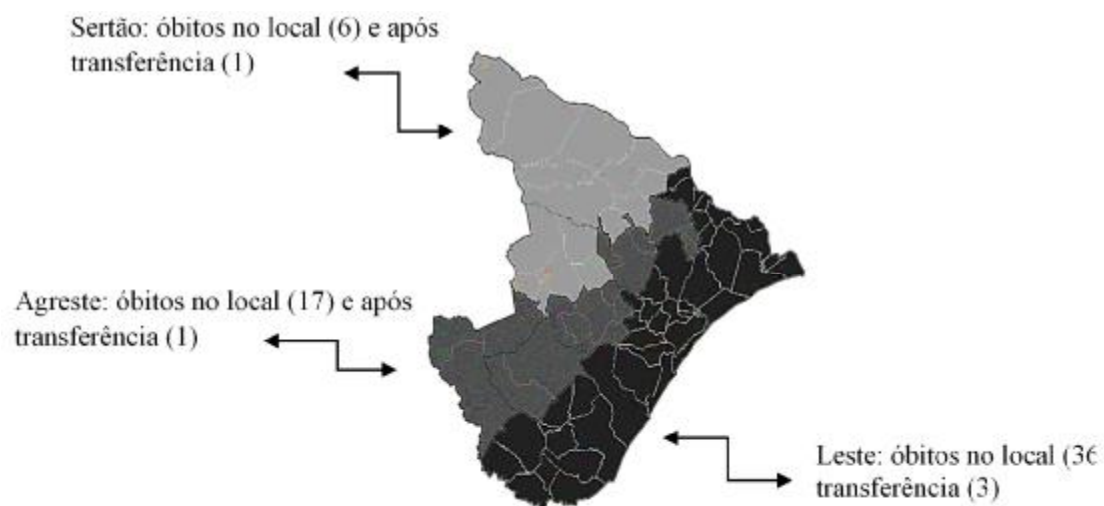


Figura 04. Distribuição dos por suicídios por mesorregiões do estado de Sergipe dos óbitos no local de ocorrência, e dos que faleceram por suicídio após transferência para unidade de saúde, no período de abril de 2014 a abril de 2015.

Na mesorregião do agreste sergipano o município que apresentou maior ocorrência foi Itabaiana 3(4,84%) (Figura 5) e no sertão sergipano, o município de Canidé do São Francisco 2 (3,22%) (Figura 6).

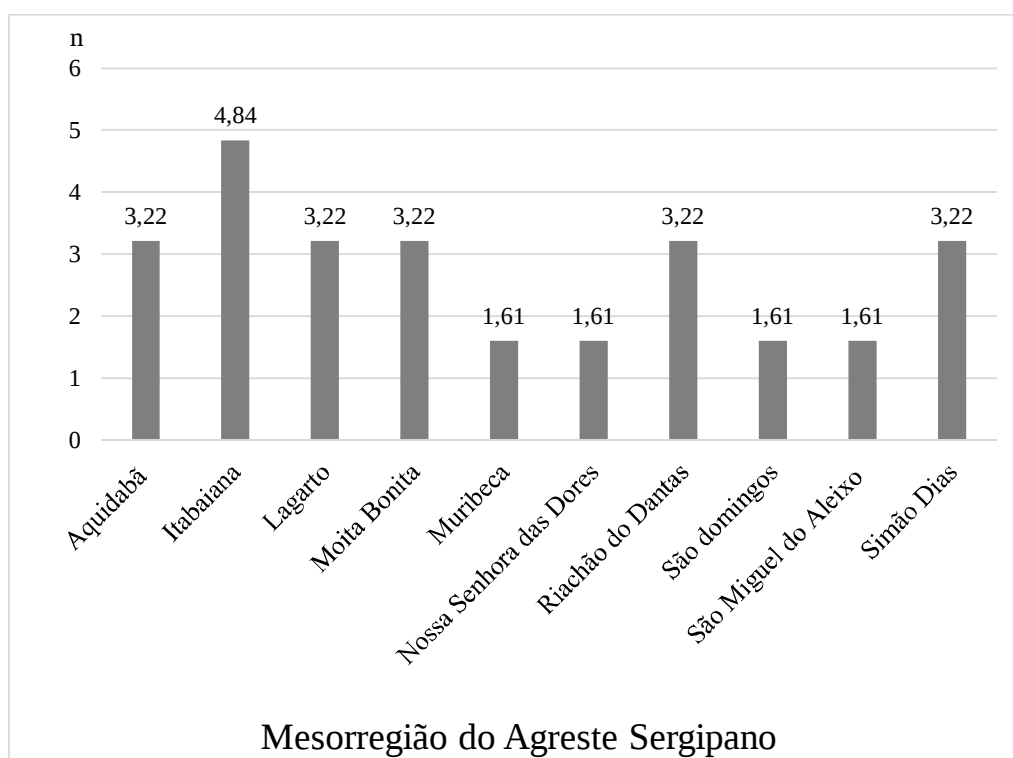


Figura 05. Distribuição dos óbitos por suicídio nos municípios do agreste sergipano no período de abril 2014 a abril de 2015.

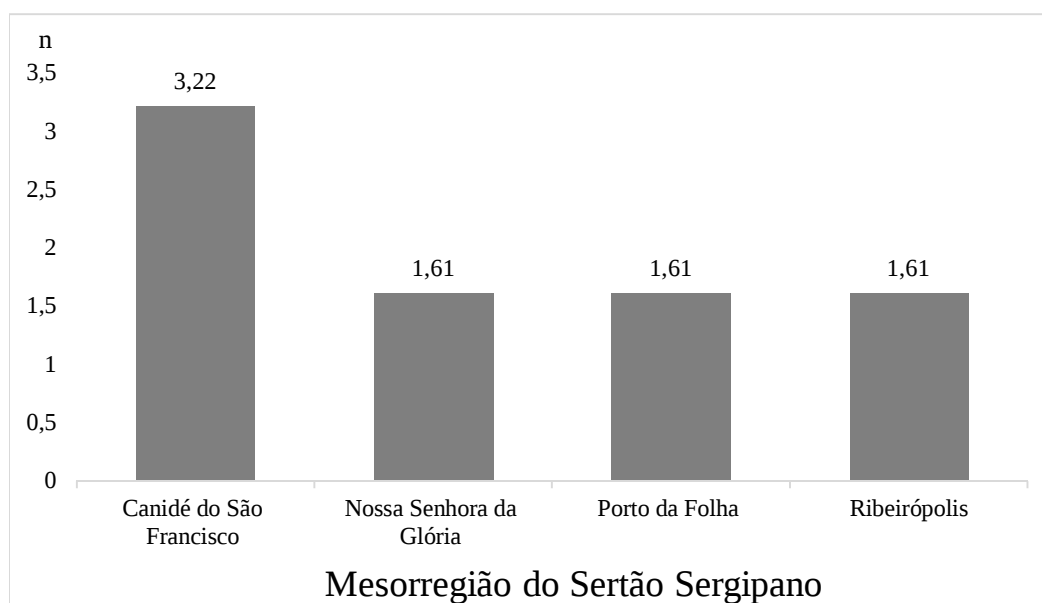


Figura 06. Distribuição dos óbitos por suicídio nos municípios do sertão sergipano no período de abril 2014 a abril de 2015.

DISCUSSÃO

No mundo o suicídio é uma das maiores causas de mortalidade, especialmente entre indivíduos jovens, sendo considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional.¹⁷ Na faixa jovem laborativa entre 15 a 35 anos, o suicídio representa uma das vinte maiores causas de morte.^{5,18} Na região asiática, no grupo de 15-29 anos, na Europa na faixa etária de 45-59 anos e na região do Pacífico Ocidental acima de 60 anos.^{19, 20} No Brasil maior país da América do Sul e o quinto maior do mundo em área territorial houve, em 2013, um crescimento de 10,4% na taxa de suicídio, em 2014 passou para dezesseis óbitos a cada cem mil habitantes, considerado uma estimativa alta nos estudos de mortalidade da população.¹⁷ Na região nordeste, Sergipe, menor dos estados da federação brasileira, com área (Km²) de 21 918,493 com população de 2 068 017 habitantes, com proporções semelhantes entre os gêneros (IBGE,2010) , ocorreram nesse ano 42 casos de suicídios(DATASUS – SIM). Destes, 28 (66,7%) do sexo masculino e 14 (33,3%) do sexo feminino.

No município de Jequié/BA, no período de 2006 a 2010, foram encontrados 35 casos de suicídio, dentre eles, 21 (87,5%) eram do sexo masculino, enquanto 14 (21,45%) do sexo feminino.³ Na faixa etária de 40 anos ou mais para os casos de suicídio e de 20 a 39 anos para os casos de tentativa de suicídio.⁹ Baptista e colaboradores (2012), em São Paulo, identificaram 68 casos de suicídio na faixa etária de 20 a 40 anos e 62 eventos de 41 anos a 60 anos.⁷ Na presente pesquisa houve predominância masculina de adultos na concretização do ato suicida em Sergipe. Essa diferença entre gêneros é histórica, sabe-se que os homens denotam mais agressividade, intenção de morrer e tem mais acesso a meios letais ou em determinados momentos da vida como a fase adulto jovem são mais propensos quando expostos a sentimentos de falência, tais como: insucesso na carreira profissional, problemas financeiros, dificuldades afetivas e problemas e pressões acadêmicas.

Na Inglaterra (2012) ocorreu uma prevalência de suicídio em indivíduos solteiros (25 casos) nos em relação aos casados (12 casos).²⁰ Na Grécia, entre 2009 e 2011, houve um aumento na prevalência de suicídio e tentativas de suicídio, principalmente nos homens casados que vivem em situação financeira difícil.²¹ Ambros e colaboradores (2010), no município de Santa Maria no Rio Grande do Sul, encontraram 20 (38%) casos de suicidas que eram casados e 15 (33,85%) solteiros.²² De acordo com o exposto acima não existe consenso em relação ao estado civil como fator de predominância para o ato suicida. Neste estudo, em Sergipe houve uma maior prevalência de suicidas entre os indivíduos solteiro, o que pode ser explicado por problemas de suporte social, dificuldades de interação com grupos de afinidade que podem estabelecer estados de solidão.

Em Montreal no Canadá (2012), estudos identificaram a predominância de brancos 160 (83%) em relação aos pardos com 23(12%) casos de suicídios.^{11,13,17} No Brasil em 2012 na região sudeste (São Paulo) foi encontrada a predominância de brancos com 160 (83%) eventos em relação aos pardos com 23 (12%) ocorrências.^{7,9} No interior da Bahia (2011) foram encontrados entre os pardos 35 (41,6%) eventos e entre os brancos 24 (29,17%) ocorrências.¹⁸ Em Sergipe houve uma prevalência de suicídio na etnia parda, provavelmente pelo fator regional devido à grande miscigenação da raça em nosso estado. Desde que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015 divulgou que 63% da etnia da população sergipana correspondem a pardos.

Baptista e colaboradores (2012), em São Paulo, discorreram sobre alguns fatores associados com ideação suicida e suicídio, podendo ser destacados: a baixa escolaridade, problemas financeiros, desemprego e dificuldades no trabalho.⁷ Em Pelotas, no Rio Grande do Sul (2012), foram encontrados 25 (3%) casos de suicídio em estudantes da 5ª a 8ª série do ensino fundamental II e 1,6% de autônomos.²² No presente estudo foi verificado que os óbitos

ocorreu em indivíduos com o ensino fundamental I, não sendo observados casos de suicida em nível superior. Embora a maioria dos suicidas tivesse ocupação regular, somente em dois dos indivíduos foi relatada a renda mensal de dois a cinco salários mínimos e em quatro havia informação de utilizar plano de saúde particular. Dados estes que sugerem que, a escolaridade de um indivíduo pode afetar o grau de interação e comportamento social, influenciando em sua autoestima. Além disso, quanto menor a instrução e a renda familiar de um indivíduo que gere instabilidade econômica, fragmentação social e privações de aspectos financeiros e psicológicos aumentam a tendência suicida, uma vez que essas dificuldades causam transtornos, estados e sentimentos de desesperança, levando a ideias, tentativas e consumação do ato suicida.

Nos países desenvolvidos como a Inglaterra e a Austrália os meios mais utilizados para cometer suicídio foram o enforcamento seguido por inalação e intoxicação com gases.⁵ O uso de arma de fogo predominou em regiões do norte dos Estados Unidos e o uso de pesticidas na China e Sri Lanka. Na cidade de La Pampa Argentina (2011) no sexo feminino a ingestão da droga foi utilizada em 56,8% dos casos de suicídio.²³ Na população brasileira os meios utilizados nos casos consumados, em todas as idades, foram os enforcamentos, seguidos pela arma de fogo e ingestão de pesticida. Nos jovens os recursos mais utilizados para tentativa de suicídio foram a arma branca e arma de fogo.^{24,8,10} Em Belo Horizonte - MG (2014), dentre os óbitos, os meios mais utilizados pelas vítimas são uso de armas de fogo, ingestão de pesticidas ou de doses mortais de medicamentos.¹⁷ Em Sergipe, no presente estudo, o recuso mais utilizado pelo sexo masculino foi o enforcamento, verificando-se a tendência de utilizar o instrumento letais mais próximo e que sejam efetivos. No sexo feminino foi envenenamento/intoxicação pela utilização de medicamentos, meio este escolhido pelas mulheres como método internalizante com o fim de evitar a deformação do corpo.

Segundo a OMS (2014), em 2020, cerca de 1 milhão e 530 mil seres humanos cometerão suicídio. Para cada grupo de 100 mil habitantes, foi estimada a taxa de 16 mortes por suicídio no mundo.⁴ De acordo com o relatório, 75% dos óbitos ocorrem nos países pobres ou subdesenvolvidos com problemas de distribuição de renda.^{4,17} As investigações realizadas na população brasileira apontam as desigualdades sociais como um dos principais fatores responsáveis pelo aumento das taxas de suicídio no ambiente urbano.^{25,26} No interior da Bahia no período de 2006 e 2010 verificou-se que 20 (83,33%) eventos ocorreram no domicílio, estando mais relacionados a enforcamentos (65%).⁹ Na presente pesquisa não houve diferença na prática do suicídio entre a zona urbana e rural. O principal local do evento foi o domicílio, provavelmente porque, são planejados o que faz do lar o local de escolha da tentativa ou consumação do ato suicida. Situação que deve deixar os familiares em estado de culpa por não ter conseguido evitar o desfecho do ato no ambiente de convívio familiar.

Em La Pampa na Argentina (2011), a predominância de suicídio ocorreu e foi notificada na segunda-feira (19,6%) e domingos (18,6%).²³ No estudo de Souza e colaboradores, no interior na Bahia, no período de 2006 e 2010, foi verificado que os suicídios, ocorreram, mais frequentemente, nos turnos da manhã (46,15%) e noite (30,77%), principalmente nos dias de quinta-feira (20,83%), sexta-feira (16,87%) e domingo (16,87%), não ocorrendo diferença entre o inverno (29,17%) e o verão (29,17%).⁹ Neste estudo, os turnos de maiores ocorrências foram a madrugada e a manhã e os dias de domingo, quinta-feira e sábado. Houve uma maior frequência do ato suicida no segundo semestre do ano. Os resultados não foram muito expressivos em relação aos determinantes de escolhas, uma vez que o ato é planejado com antecedência mediante variáveis de acesso ao planejamento, como por exemplo: estar sozinho no ambiente do ato para não acontecer interrupções, dia ou turno de pouca movimentação de terceiros ou familiares no local /ambiente escolhido para que estes não impeçam a concretização do ato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estado de Sergipe o suicídio representou 2,87% dos agravos por morte violenta com predominância em adultos do sexo masculino, solteiros, de baixa escolaridade mediante enforcamento em domicílio. O que representa uma perda evitável de vidas na idade produtiva gerando um grande transtorno tanto do ponto de vista econômico para o estado como emocional e financeiro para os seus familiares.

AGRADECIMENTOS

Universidade Tiradentes/UNIT. Aracaju, SE/Brasil.

FAPITEC - Fundação de Apoio à Pesquisa e a Inovação Tecnológica do estado de Sergipe. Aracaju, SE/Brasil.

Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente – PSA da Universidade Tiradentes/UNIT. Aracaju, SE/Brasil.

IML - Instituto Médico Legal Dr. Augusto Leite. Aracaju, SE/Brasil.

Orientadora: Dr^a Sonia Oliveira Lima

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Justiça. Operação Rodo Vida Semana Santa 2014 reforça fiscalização com 10 mil agentes nas estradas, 2014.
2. WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2013**. Homicídios e Juventude no Brasil. São Paulo: Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2013b.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/SIM. **Mortalidade no trânsito**. 2011, disponível em: <datasus.gov.br>.
4. OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório geral sobre suicídio, 2014.
5. _____. Organization. *Preventing suicide: A global imperative*, 2015.

6. CERVANTES D., et al. Análisis de la tendencia de la mortalidad por homicidios en México entre 2000 y 2010. **Rev. gerenc. políticas salud**; 12(24): 163-183, jun. 2013.
7. BAPTISTA, et al. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicol. Pesq.**[online]. 2012, vol.6, n.1, p. 2-12. ISSN 1982-1247.
8. ORES, L.C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, fev. 2012.
9. SOUZA, V.S., et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2011, p.294-300.
10. BERTOLETE, J.M. Why is Brazil losing the race against youth suicide? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.34, n.3, out.2012.
11. CHACHAMOVICH, Eduardo; STEFANELLO, Sabrina; BOTEAGA, Neury and TURECKI, Gustavo. Which are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide? **Rev. Bras. Psiquiatr.**[online]. 2009, vol.31, suppl.1, p. S18-S25.
12. DELGADO, S.E. et al. Caracterización de las víctimas de suicidio de las autopsias realizadas en el Servicio Médico Legal de Concepción el año 2010. **Revista ANACEM**. vol. VII, n. 1, 2013.
13. SCHNITMAN, G.; KITAOKA, E.G; AROUCA, G.S.S; LIRA, A.L. S; DUARTE, M.B. Taxa de Mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.1, p.44-59 jan./mar. 2010.
14. FLEISCHMANN, A., Bertolote, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. **Bulletin WHO**, 2008, p. 703-709.

15. BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Revista [online], psicologia da USP**, vol. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89784/92585>
16. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, 2014. Brasília: Conselho Federal Medicina/ABP.
17. NEVES, M.C.L., et al. Suicídio: fatores de risco e avaliação. **Brasília Med.**, 2014. p. 66-73.
18. FELIACIANO, M.F.C.; MORETTI, L.H.T. Depressão, suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação. **Revista Psicol. pesq.**[online]. Disponível em: www.psicologia.pt.
19. MINAYO; CAVALCANTE. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.4, p. 750-757. ISSN 0034-8910.
20. VÄRNIK, P. Suicide in the World. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2012.
21. ECONOMOU, et al. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. **World Psychiatry** 12:1 - february 2013.
22. AMBROS, et al. Estudo Epidemiológico dos casos de suicídio, registrados no Instituto médico legal de Santa Maria, RS. **Revista Saúde** (Santa Maria), v. 36, n. 1, p.67- 70, jan./jun. 2010.
23. MORRA, Ana Paula; ELORZA, Claudia; ECHENIQUE, Horacio. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. **Rev. Argent Salud Pública**, 2013; 4(15):26-31

24. BRASIL, ONUBR **Indicador inédito avalia risco de morte para adolescentes em 267 cidades do País, 2009**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/indicador-inedito-avalia-risco-de-morte-para-adolescentes-em-267-cidades-do-pais/>>.
25. KLEINSCHMITT, S. C.; WADI, Y. M.; LIMA, J. F. Relação entre o crescimento da desigualdade social e dos homicídios no Brasil: o que demonstram os indicadores? *Revista Interseções*, v. 13, nº 1, p. 65-90, junho, Rio de Janeiro, 2011.
26. SZPILMAN, D. et al. Drowning Current Concepts. *New England Journal of Medicine*, 2012.

Correspondência:

Larissa Keylla Almeida de Jesus
Universidade Tiradentes –UNIT
Avenida Augusto Franco, 3450.
49097-670, Ponto Novo, Aracaju-SE, Brasil
E-mail: larissakeyllaa@gmail.com

5.2. Artigo 2 (Revista Brasileira de psiquiatria)

Vivências de familiares de suicidas no estado de Sergipe-Brasil

Experiences of suicidal's relatives in the state of Sergipe-Brazil

Larissa Keylla Almeida de Jesus¹, Leticia Moreira Fontes², Jessica Macêdo Santos³, Jose Machado Neto⁴, Cristiane Costa da Cunha Oliveira⁵, Francisco Prado Reis⁶, Sonia Oliveira Lima⁷

¹ Enfermeira, Professora, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes /UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

² Aluna de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal – UFS, Aracaju/SE, Brasil.

³ Aluna de graduação do curso de Medicina da Universidade Tiradentes - UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

⁴ Aluno de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal – UFS, Aracaju/SE, Brasil.

⁵ Doutorado em saúde coletiva, Professora do Curso de Odontologia, membro permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes /UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

⁶ Orientador, Doutor, Coordenador/Professor do Curso de Medicina e Membro permanente do Mestrado e Doutorado do em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes /UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

⁷ Orientadora, Doutora/ Professora Curso de Medicina, Membro permanente do Mestrado e Doutorado do Programa em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes/UNIT, Aracaju/SE, Brasil.

RESUMO

Este estudo objetivou relatar vivências dos familiares sobre o contexto do ato, desfecho e comorbidades dos suicidas. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo-qualitativo, com dados coletados dos atestados de todos os óbitos por suicídio, atendidos no IML em Aracaju-SE, de abril de 2014 a abril de 2015 e entrevistas com familiares ou responsáveis dos suicidas tendo como base um protocolo. Para análise das entrevistas foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre (2000). Das 2.157 mortes violentas em Sergipe 62 (2,87%) foram por suicídio com predominância em adultos do sexo masculino, mediante enforcamento em domicílio. Das entrevista com 22 (35,48%) familiares foi relatado que 4 (6,45%) suicidas apresentavam depressão, transtornos mentais e uso de medicamentos, sendo um (1,61%) caso de doença de Parkinson, 2 (3,22%) casos uso de drogas e álcool e em 2 (3,22%) casos os familiares relataram tentativas anteriores. Verificou-se que todos os familiares entrevistados demonstraram surpresa no ocorrido por esperança da cura da desordem emocional e estado de negação do acontecimento, ainda que 50 % dos

suicidas apresentavam transtornos mentais ou neurológicos diagnosticados. Alguns familiares não souberam relatar as possíveis causas do suicídio ou presença de co-morbidades. Percebe-se também que os familiares dos suicidas não queriam lembrar o sofrimento associado ao antes e ao depois, o que denota a importância de um atendimento humanizado por profissionais capacitados que os ofereça suporte para minimizar a dor da morte autoprovocada.

PALAVRAS- CHAVE: suicídio, ideação suicida, tentativa de suicídio

ABSTRACT

This study aimed to report experiences of family members of suicidals concerning their act, outcome and comorbidities. A cross-sectional, qualitative-quantitative study, with data collected from certificates of all deaths by suicide, registered at the institute of forensic medicine in Aracaju-Sergipe, from April 2014 to April 2015. In addition, interviews with family members or legal responsables of suicidals were performed based on a protocol. Collective Subject Discourse of Lefèvre (2000) technique was used for the analysis of the interviews. Of the 2,157 violent deaths in Sergipe, 62 (2.87%) were by suicide, with a predominance in adult males, by hanging, in their own residence. Interviews with 22 (35.48%) families revealed that that 4 victims (6.45%) had depression, mental disorders and drug use, being one (1.61%) case of Parkinson's disease, 2 (3.22%) cases of drug and alcohol abuse and 2 (3.22%) victims had made previous suicide attempts. All of the interviewed relatives reported being astonished by the incidents, being in denial and in hope the emotional disorders would have healed, even though 50% of the suicidals had been diagnosed with mental or neurological disorders. Some family members were unable to report possible motives of suicide or presence of co-morbidities. Also, families refused to remember the suffering associated with the before and after, which shows the importance of humanized care by trained professionals to provide support and minimize the pain brought by self-harm deaths.

KEY WORDS: suicide, suicide ideation, suicide attempt

INTRODUÇÃO

A palavra morte vem do grego *thánatos* que significa morte ou deus da morte. Nas civilizações antigas a humanidade sempre temeu a morte, com diferentes formas de culto, sinalizações e crenças, sendo até os dias atuais assunto delicado e difícil para os seres humanos (WEISS, 2014). A humanidade passou por diversas mudanças e transformações históricas, mas duas significantes situações na vida do ser humano continuam inalteráveis o nascimento e a morte. O nascer é vislumbrado como algo belo e aguardado com alegria e ansiedade (BANDEIRA *et al.*, 2014).

Em relação à morte continuam os tabus e receios. Conversar sobre o assunto simboliza, para alguns, um acontecimento previsto, para outros, algo inesperado, mas, para todos, um momento de dor, perda e sofrimento (VÄRNIK, 2012). As mortes violentas configuram-se como umas das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, foi estimado que 1,6 milhões de pessoas morreram a cada ano em decorrência de alguma violência (OMS, 2014). A morte nos casos de suicídio, acomete de forma repentina os familiares e o indivíduo no ato voluntário de parar a própria vida (BANDEIRA *et al.*, 2014).

O suicídio, palavra que deriva do latim, *sui*, ou do grego *autos*, significa próprio; e do latim *caedere* ou *cidium* com significado de matar, é conceituado como um ato intencional de matar a si mesmo (NEVES *et al.*, 2014). A OMS (1984) definiu suicídio como: “um ato com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava” (FELICIANO, C.F.M.; MORETTI, T.H.L., 2015).

O suicídio envolve uma morte traumática e seus fatores de risco podem estar atribuídos as características do indivíduo ou do ambiente que ele está inserido. Como por exemplo, idade, sexo, religião como fatores individuais e sociais ou genéticos e outros como co-morbididades, como abuso de álcool, depressão, estresse, substâncias ilícitas e medicações. (OMS, 2014).

Os que concerne aos casos de subnotificação corrobora com o equívoco de fatores relacionados às doenças e transtornos mentais identificados em muitos casos com relação próxima aos casos de suicídio. Dentre as autópsias psicológicas realizadas em casos de como mal de Alzheimer, doença de Parkinson, 95% do grupo estudado a exemplo dos idosos, os que cometeram suicídio já tinham algum diagnóstico de transtorno mental e ou doença crônica degenerativa na ocasião da morte por suicídio (SCHNITMAN *et al.*, 2010).

No geral os casos de comorbidades associadas, pesquisas em locais diferentes, uma na Genebra na Suíça (2008) e a outra em Campinas - São Paulo (2014), identificaram as comorbidades mais comuns como: depressão, transtornos de labilidade do humor, dependências químicas de drogas lícitas e ilícitas, por exemplo, o álcool, transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, casos de ansiedade e transtorno bipolar (FLEISCHMANN et al., 2008; BOTEGA, N.J.,2014). Neves e colaboradores (2014), identificaram evidências em fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais que contribuem para o comportamento suicida. Ainda apontaram, no estudo, que pessoas com traços de impulsividade e agressividade interagem com estressores ambientais, tais como perdas, doenças crônicas, inclusive psiquiátricas, que podem resultar no comportamento suicida.

Os fatores de risco associados ao comportamento suicida são divididos em três grupos, o primeiro das doenças mentais como: depressão, transtorno bipolar, transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, transtornos de personalidade, abusos de drogas ilícitas. O segundo destinado aos aspectos sociais como: gênero masculino, idade entre 15 e 30 anos ou acima de 65 anos, solteiros, separados ou viúvos e, por fim, o terceiro grupo conceituado como suicidabilidade: ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio (ABP,2014; NEVES *et al.*,2014).

Durante a abordagem no estudo psicológico dos suicidas, a autópsia psicológica é o método mais utilizado, dividido em duas etapas. A primeira relacionada a entrevista com familiares, responsáveis, pessoas mais próximas da vítima que possam fornecer informações mais subjetivas. A segunda etapa consiste na coleta e análise de prontuários, laudos e declarações de óbito ou até mesmo alguma declaração deixada pela vítima (CAVALCANTE *et al.*,2012).

Nessa perspectiva, a atuação profissional sobre situações de suicídio começa através da identificação precoce do desejo de autoeliminação e do acolhimento diante das situações de crise, pressuposto que reforça a necessidade de se investigar a presente temática (CONTE *et al.*2012). Diante do exposto, considerando o suicídio um problema de saúde pública, o presente estudo teve como objetivo relatar vivências dos familiares sobre o contexto do ato, desfecho e comorbidades dos suicidas

MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo-qualitativo, decorrentes de dados de todas as mortes por suicídio ocorridas no estado de Sergipe, atendidas no Instituto Médico Legal Dr. Augusto Leite-IML na cidade de Aracaju-SE no período de abril de 2014 a abril de 2015. A

amostra não aleatória com busca ativa diária ocorreu em três turnos (manhã, tarde e noite/madrugada), em sistema de escala de plantões. O procedimento de coleta de dados foi realizado através do preenchimento de um protocolo a partir de informações colhidas nos atestados de óbito que contemplaram: sexo, faixa etária, o tempo de transporte entre a cena do evento e o IML, mecanismo do trauma, local do óbito, a análise do uso de substâncias psicoativas, comorbidades associadas, a ocorrência de doação de órgãos e tecidos. Adicionalmente realizou-se entrevistas com os familiares das vítimas ou acompanhantes responsáveis que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido no espaço físico do IML em sala reservada.

A análise descritiva foi feita através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e por meio de medidas de tendência central e variabilidade, no caso das variáveis numéricas. Em seguida, as diferenças entre proporções foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Realizado o cálculo com um intervalo de confiança de 95% e considerados valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

Para avaliação das entrevistas com familiares dos suicidas utilizou-se o método de Lefèvre (2000), os relatos e todas as informações colhidas foram avaliados através do roteiro de entrevista, para tanto foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma metodologia de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Consiste em apresentar os resultados sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Os tópicos interrogados foram: tentativas anteriores, uso de drogas, co-morbidades, transtornos psiquiátricos, uso de medicamentos. Os familiares e ou responsáveis foram identificados com as iniciais "F" e seguindo de um número de ordem para preservar a sua identidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Plataforma Brasil com nº do protocolo 556.026 em 13.03.2014 e na FAPITEC (Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do estado de Sergipe), nos editais: MS/CNPQ/FAPITEC/SE/SES Nº 02/2013 – PPSUS SERGIPE e FAPITEC/SE/FUNTEC/CAPES Nº 07/2015 – linha 2. A pesquisa atendeu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

RESULTADOS

No período de abril de 2014 a abril de 2015, foram preenchidos 2.157 protocolos decorrentes de óbitos por mortes violentas no estado de Sergipe. Destes 62 (2,87%) agravos corresponderam a suicídio, sendo a variável sexo e faixa etária representados na Tabela 1. A declaração de óbito foi a fonte de informação utilizada para avaliar as causas de morte, sendo o enforcamento o meio mais empregado (Tabela 2). A ocorrência do suicídio foi predominante no domicílio com 44 (71%) eventos ($p < 0,001$).

Tabela 01. Distribuição dos óbitos por suicídio de acordo com o sexo e faixa etária em Sergipe, Brasil no período de abril 2014 a abril de 2015.

Sexo						
Faixa etária	Feminino (n)	%	Masculino (n)	%	Total	%
10 a 19 anos	0	0,00%	4	7,55%	4	6,45%
20 a 29 anos	2	22,22%	14	26,42%	16	25,81%
30 a 39 anos	2	22,22%	10	18,87%	12	19,35%
40 a 49 anos	2	22,22%	9	16,98%	11	17,74%
50 a 59 anos	1	11,11%	5	9,43%	6	9,68%
60 anos e mais	2	22,22%	11	20,75%	13	20,97%
Total geral	9	100%	53	100%	62	100%

Tabela 02. Distribuição dos óbitos por suicídio em Sergipe, Brasil no período de abril 2014 a abril de 2015 em relação à fonte de informação da causa da morte.

Causa da morte	n	%	Valor p
Enforcamento	41	66%	< 0,001
Envenenamento/ intoxicação	8	13%	
FAF (Ferimento por arma de fogo)	4	6%	
Indeterminado	4	6%	
Trauma (queda livre e autoagressão)	3	5%	
Afogamento	2	3%	
Total Geral	62	100%	

Dos 62 casos de suicídios foram realizadas 22 (35,48%) entrevistas com familiares ou responsáveis das vítimas. Estes relataram co-morbidades, uso de drogas, uso de álcool, transtornos com uso de medicamentos, tentativas anteriores e em 7 casos não souberam relatar os motivos do suicídio ou presença de co-morbidades (Figura 1).

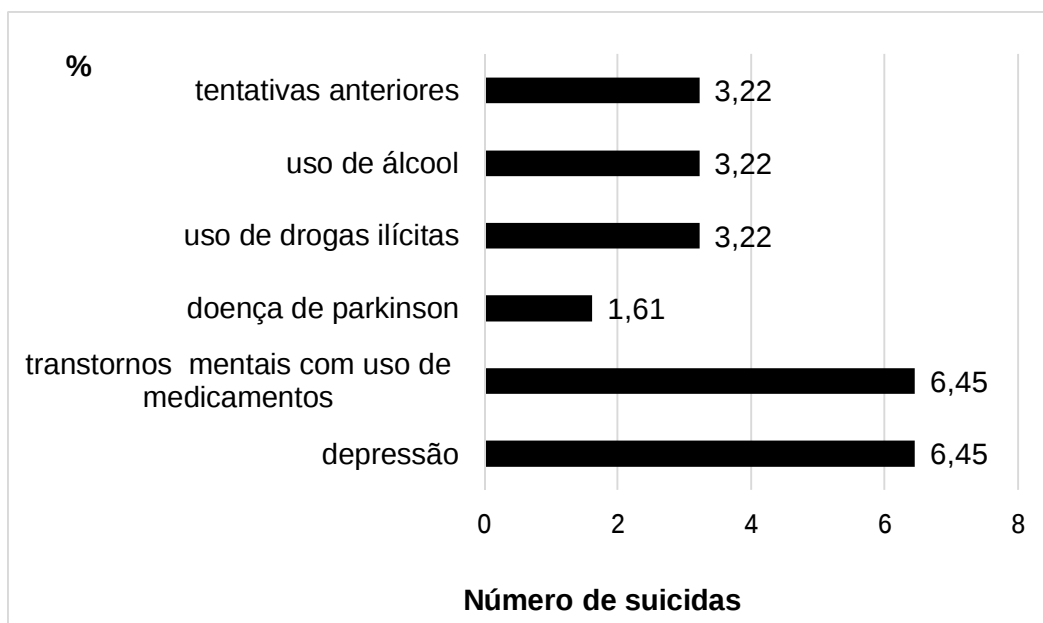


Figura 01. Relato de Co-morbididades e problemas dos suicidas obtidos nas entrevistas com familiares e ou responsáveis.

Em Sergipe, dentre todos os óbitos por suicídio, houve uma 1 (1,61%) doação de córnea no período estudado, sendo esta captada no próprio Instituto Médico Legal de Sergipe. O tempo da equipe técnica do IML, segundo dados da ficha técnica do plantonista, sair para pegar o corpo e do seu retorno ao instituto demorou mais de oito horas em 10 (16,1%) ocorrências e a liberação do corpo pelo IML para família foi de uma a quatro horas em 14 (22,6%) casos. Em 29% dos eventos não constavam a hora de entrada no IML e em 34% não constavam o horário de saída do corpo deste Instituto (Figura 2).

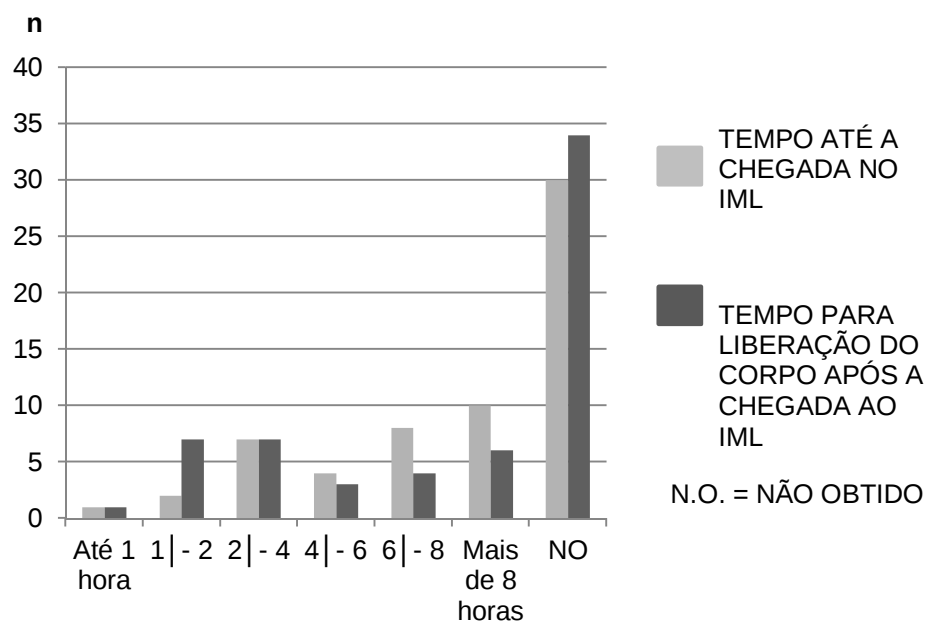


Figura 02. Distribuição dos óbitos por suicídio pelo tempo entre a busca do corpo e a sua chegada no IML e pelo tempo para liberação do corpo do IML, em Sergipe, Brasil.

DISCUSSÃO

Mais de um século após o primeiro estudo sobre suicídio elaborado pelo cientista social francês Émile Durkheim, em 1897, o tema na sociedade do século XXI ainda é trágico, por ser um ato voluntário, que representa o desejo de interromper a própria vida. Existem formas para conceituar a identificação do processo do suicídio, dentre eles: comportamento suicida, o suicídio total, a tentativa de suicídio, ideação suicida, que são as formas de identificar o desejo de cessar a própria vida. (NEVES *et al.*, 2014). Na clínica psiquiátrica e sociedade atual, o suicídio representa um grave e sério problema de saúde pública.

Pode ser dividido em três campos de estudo: o para-suicídio, a tentativa de suicídio ou ideação suicida e o suicídio propriamente dito (ABP, 2014; MORETTI, T.H.L., 2015). O para-suicídio é considerado como a autoagressão por meio de ações precipitadas geradas contra a própria pessoa, que podem revelar-se mediante três formas: pensamentos suicidas, tentativas em si mesmo e o próprio ato suicida. A ideação suicida ou tentativa de suicídio pervaga pelos pensamentos suicidas sem, de fato, passar pela ação de cometer o ato contra a própria vida. O suicídio total ou completo consiste na ação deliberada em cessar a vida executada pelo indivíduo. Já na tentativa de suicídio não ocorre de fato o desenlace, mas acarreta em danos à saúde. Assim, o comportamento suicida pode movimentar-se em torno dos aspectos entre a ideia, a tentativa e a consumação do ato (MINAYO; CAVALCANTE, 2010; NEVES *et al.*, 2014).

O suicídio é uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo, especialmente entre indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 15 a 35 anos, sendo considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores (VARNIK, P.,2012). No Brasil houve, em 2013, um crescimento de 10,4% na taxa de suicídio. Em 2014 passou para dezesseis óbitos a cada cem mil habitantes, considerado uma estimativa alta nos estudos de mortalidade da população (NEVES *et al.*, 2014).

Nos países desenvolvidos como a Inglaterra e a Austrália os meios mais utilizados para cometer suicídio foram o enforcamento seguido por inalação e intoxicação com gases (OMS,2015). O uso de arma de fogo predominou em regiões do norte dos Estados Unidos e o uso de pesticidas na China e Sri Lanka. Na cidade de La Pampa Argentina (2011) no sexo feminino a ingestão da droga foi utilizada em 56,8% dos casos de suicídio (MORRA *et al.*, 2013). Na população brasileira os meios utilizados nos casos consumados, em todas as idades, foram os enforcamentos, seguidos pela arma de fogo e ingestão de pesticida. Nos jovens os recursos mais utilizados para tentativa de suicídio foram a arma branca e arma de fogo (BERTOLOTE, J.M.,2012).

Em Belo Horizonte - MG (2014), dentre os óbitos, os meios mais utilizados pelas vítimas são uso de armas de fogo, ingestão de pesticidas ou de doses mortais de medicamentos (NEVES *et al.*, 2014). Em Sergipe, no presente estudo, o recurso mais utilizado pelo sexo masculino foi o enforcamento, verificando-se a tendência de utilizar o instrumento letais mais próximo e que sejam efetivos. No sexo feminino foi envenenamento/intoxicação pela utilização de medicamentos, meio este escolhido pelas mulheres como método internalizante com o provável fim de evitar a deformação do corpo. O principal local do evento foi o domicílio, provavelmente porque, são planejados o que faz do lar o local de escolha da tentativa ou consumação do ato suicida. Situação que deve deixar os familiares em estado de culpa por não ter conseguido evitar o desfecho do ato no ambiente de convívio familiar.

Dos 62 casos de suicidas em Sergipe, houve apenas uma doação de córnea no período estudado, sendo esta captada no próprio Instituto Médico Legal de Sergipe e somente 22 familiares ou responsáveis concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido –TCLE para as entrevistas. Mesmo os pesquisadores estando presentes no IML em todos os dias da semana nos três turnos. No serviço de recepção e liberação do corpo no IML foi possível observar algumas vezes que havia demora em relação à saída para recolher o corpo, retardo na chegada do corpo ao instituto e na liberação deste para a família. Outras

vezes pelo local da entrevista no ambiente do IML, embora em sala reservada, ser pouco apropriado, além de não existir equipe treinada para abordagem psicológica e um tratamento direcionado aos familiares dos suicidas.

A morte por si só é um evento trágico e o sucídio é um agravo devastador, deixando os entes queridos perplexos por ser um ato voluntário no desejo de interromper a própria vida. O estresse familiar é exacerbado pela demora no atendimento e pela deficiência de profissionais especializados que poderiam dirimir o sofrimento dos entes queridos tornando o atendimento mais humanizado. A maioria dos indivíduos suicidas que foram levados ainda com vida para receber atendimento no serviço de saúde, morreu sem assistência médica, o que também dificulta a captação de órgãos ou tecidos para doação.

Segundo (COSTA e SPIES, 2014) as entrevistas dão indícios de que os familiares ou responsáveis quando souberam do ocorrido uma intensa desesperança e impotência tomaram seus sentimentos, eles procuraram explicar o que poderia ter ocorrido como se tivesse com sensação de autoconsolo para aliviar o sofrimento.

No contexto narrado pelos familiares percebe-se que associado ao consumo de álcool e outras drogas alguns fatores que potencializaram os comportamentos autodestrutivos como: sentimento de rejeição, desamparo, solidão, desesperança e humor deprimido. No presente estudo foram identificados nas entrevistas casos de: tentativas anteriores, uso de drogas ilícitas e álcool, transtornos mentais e uso de medicação, em 7 relatos:

[...] tinha depressão e não tomava os remédios, já tinha se hospitalizado [...] (F 1)

[...] não sabíamos que terminaria assim , achei que estava doente e o remédio iria trazer a cura [...] (F2)

[...] difícil acreditar que não foi só mais uma tentativa [...] (F3,F4)

[...] as drogas o levaram [...] (F5, F9, F10)

A perda de um membro da família, por morte de qualquer natureza, sempre vem acompanhada de muito sofrimento. A intensidade da dor parece ser proporcional ao vínculo afetivo existente. Acredita-se que ao se tratar da perda de um familiar por meio de suicídio, o acontecimento carrega um significado diferenciado. A sensação é de que se trata de algo constrangedor e mais doloroso do que outros tipos de morte. Através desta pesquisa percebeu-se que alguns familiares demonstraram surpresa no ocorrido por esperança da cura

da desordem emocional e estado de negação do acontecimento, sendo possível essa observação durante análise em 8 relatos:

[...] era muito jovem e sofria de depressão, usa medicamentos [...] (F6, F7).

[...] não sei porque isso aconteceu, não havia sinais [...] (F8)

[...] isso não podia ter acontecido [...] (F11, F12)

[...] não sabíamos o que estava acontecendo em casa [...] (F13)

[...] problemas com a esposa, por isso bebia muito [...] (F14, F15)

De acordo com os relatos, percebe-se que nas famílias investigadas e que foram acometidas por perdas devido ao suicídio, não queriam relembrar o sofrimento associado ao antes e ao depois do acontecimento trágico. Em 7 casos de suicídio os familiares ou responsáveis também mostraram-se surpresos e não souberam relatar as possíveis causas do suicídio ou presença de co-morbidades.

Em estudo realizado no Serviço Médico Legal de Concepcion no Chile (2013), foram encontrados 9 (14,1%) casos de transtorno psicológico, com relatos de histórias de depressão, e 28,1% dos casos tinham antecedentes patológicos não psiquiátricos, tais como: nefropatias, cardiopatias (DELGADO *et al.*, 2013). Na cidade de La Pampa, Argentina, em 2011, as características psiquiátricas mais comuns foram uma tentativa anterior de suicídio (51,8%), antecedentes psiquiátricos (25%) e do consumo de álcool ou drogas ilícitas (23,2%). Os laudos e atestados de óbito apresentam limitações, problemas de subnotificação, como a dificuldade de coleta de informações psicológicas adicionais, os casos de imprecisão sobre as possíveis tentativas, que não são relatadas nas fichas, associadas ao comportamento suicida. Pessoas com esquizofrenia, também, têm o risco aumentado de suicídio em relação à população geral. Os suicídios podem ocorrer ao longo de todo o curso da esquizofrenia, com prevalência da fase ativa da doença e de sintomas de depressão, imediatamente antes do suicídio. O risco é aumentado durante um período pós-psicótico pela possível perda de apoio, diminuição da supervisão, não-adesão ao tratamento, entre outras explicações. Tentativas de suicídio anteriores são comuns, além de um método violento ser utilizado com frequência (MORRA *et al.*, 2013).

Portanto, na presente pesquisa, a entrevista com familiares ou responsáveis foi importante para complementar a investigação do perfil psicológico das vítimas. Das 22 entrevistas realizadas com familiares ou responsáveis, houve relato de alterações mentais ou uso de drogas em 11 dos suicidas. Sabe-se que a ocorrência de transtornos mentais, doenças

incapacitantes ou com prognósticos de ausência de cura, estão fortemente relacionados a presença de tentativa de suicídio e do intento suicida.

Refletir sobre o suicídio, o luto e a família faz pensar como estes três fatores estão altamente relacionados. Nem sempre se dá a devida importância ao sujeito que passa pelo sofrimento de perder um ente querido pela morte autoprovocada. O conhecimento das causas de óbito pode orientar programas de prevenção na elaboração de estratégias mais eficientes para minimizar esse trágico evento. É importante desvendar melhor essas questões, para que seja possível desenvolver programas de prevenção e de intervenção em contextos onde há pessoas com comportamentos de risco, ideação e tentativa de suicídio, fortalecendo as famílias e instrumentalizando os profissionais da saúde para gerenciar essas situações. Deste modo destaca-se a importância da caracterização dos fatores que predis põem o desejo de pôr fim à própria vida, buscando proporcionar apoio psicossocial focado a esses indivíduos e desta forma garantir a atenção integral na tentativa de prevenir mortes por suicídio.

Faz-se necessário que as instituições e políticas públicas devam considerar esse problema como uma questão fundamental na saúde pública, de acordo com o recomendado por mais de vinte anos pela Organização Mundial da Saúde. Os conhecimentos adquiridos nessa pesquisa poderão colaborar para ações de equipes que trabalham modificando a forma como atendem a estes indivíduos, otimizando o trabalho e proporcionando uma assistência qualificada e podendo prevenir e evitar novos casos de suicídio.

CONCLUSÃO

No estado de Sergipe o suicídio representou 2,87% dos agravos por morte violenta com predominância em adultos do sexo masculino, mediante enforcamento em domicílio. A entrevista foi importante para complementar o conhecimento do perfil do suicida, verificando-se que 50% dos familiares informaram que esses apresentavam transtornos mentais ou neurológicos diagnosticados. Percebeu-se que os familiares demonstraram surpresa no ocorrido por esperança da cura da desordem emocional e estado de negação do acontecimento. Constatou-se também que os familiares dos suicidas não queriam relembrar o sofrimento associado ao antes e ao depois, o que denota a importância de um atendimento humanizado por profissionais capacitados que os ofereça suporte para minimizar a dor da morte autoprovocada.

REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, 2014. Brasília: Conselho Federal Medicina/ABP.

AMBROS, et al. Estudo Epidemiológico dos casos de suicídio, registrados no Instituto médico legal de Santa Maria, RS. **Revista Saúde** (Santa Maria), v. 36, n. 1, p.67- 70, jan./jun. 2010.

BANDEIRA, D., et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contexto, Enfermagem, Florianópolis**. Abril-junho, 2014.

BAPTISTA, et al. Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicol. Pesq.**[online]. 2012, vol.6, n.1, p. 2-12. ISSN 1982-1247.

BERTOLETE, J.M. Why is Brazil losing the race against youth suicide? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.34, n.3, out.2012.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Revista [online], psicologia da USP**, vol. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89784/92585>>

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/SIM. **Mortalidade no trânsito**. 2011, disponível em: <datasus.gov.br>.

CAVALCANTE *et al.* Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.17, no.8, Rio de Janeiro, Aug.2012.

COSTA, C. B.; SPIES ,P. C. *Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida*. **Rev. Psicologia em Foco** ,v. 6 n. 8 p. 78-95 Dez. 2014.

DELGADO, S.E. et al. Caracterización de las víctimas de suicidio de las autopsias realizadas en el Servicio Médico Legal de Concepción el año 2010. **Revista ANACEM**. vol. VII, n. 1, 2013.

ECONOMOU, et al. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. **World Psychiatry** 12:1 - february 2013.

FELIACIANO, M.F.C.; MORETTI, L.H.T. Depressão, suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação. **Revista Psicol. pesq.**[online], 2015. Disponível em: <www.psicologia.pt>.

FLEISCHMANN, A., Bertolote, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. **Bulletin WHO**, 2008, p. 703-709.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

MINAYO; CAVALCANTE. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.4, p. 750-757. ISSN 0034-8910.

MORRA, Ana Paula; ELORZA, Claudia; ECHENIQUE, Horacio. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. **Rev. Argent Salud Pública**, 2013; 4(15):26-31

NEVES, M.C.L., et al. Suicídio: fatores de risco e avaliação. **Brasília Med.**, 2014. p. 66-73.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório geral sobre suicídio, 2014.

_____. Organização Mundial da Saúde. *Preventing suicide: A global imperative*, 2015.

ORES, L.C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, fev. 2012.

SCHNITMAN, G.; KITAOKA, E.G; AROUCA, G.S.S; LIRA, A.L. S; DUARTE, M.B. Taxa de Mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.1, p.44-59 jan./mar. 2010.

SOUZA, V.S., et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2011, p.294-300.

VÄRNIK, P. Suicide in the World. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2012.

WEISS, I.K. As faces da morte: um estudo antropológico das variadas formas de inumação.
Revista Alamedas, vol. 2, n.1, 2014.

6. CONCLUSÃO GERAL

Conclui-se que o suicídio no estado de Sergipe predominou em adultos do sexo masculino, solteiros, de baixa escolaridade mediante enforcamento em domicílio na zona urbana. Estes óbitos ocorreram principalmente na sexta-feira no período matutino.

Foram identificadas através de relatos dos familiares e/ou responsáveis transtornos e comorbidades associadas como: depressão, transtornos mentais, doença de Parkinson, uso de medicamentos e drogas e casos de tentativas anteriores.

Percebeu-se que os familiares demonstraram surpresa no ocorrido por esperança da cura da desordem emocional e estado de negação do acontecimento. Constatou-se também que os familiares dos suicidas não queriam lembrar o sofrimento associado ao antes e ao depois, o que denota a importância de um atendimento humanizado por profissionais capacitados que os ofereça suporte para minimizar a dor da morte autoprovocada.

Em relação ao serviço de recepção e liberação do corpo no Instituto Médico Legal de Sergipe foi possível observar uma discrepância com até quatro horas em relação à saída para buscar o corpo, a chegada do corpo ao Instituto e a liberação deste para família.

7. ANEXOS E APÊNDICES

7.1 Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes por intermédio do aluno _____, devidamente assistida pela sua orientadora Sonia Oliveira Lima e Co-orientador Francisco Prado Reis a desenvolver a pesquisa abaixo descrita.

1- **Título:** “Perfil epidemiológico das vítimas de suicídio do estado de Sergipe”

2- **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe no período de abril de 2014 a abril de 2015.

2.1 Objetivos específicos:

- Avaliar o perfil socioeconômico e antecedentes criminais dos suicidas;
- Investigar as condições climáticas, o município da ocorrência, local e zona do óbito;
- Investigar a presença de atendimento pré-hospitalar prestado às vítimas, o tempo de transporte entre a cena do evento e a liberação do corpo no IML;
- Verificar comorbidades presentes e associadas;
- Investigar a causa mortis;
- Verificar, em caso de óbito de mulher em idade fértil, se o óbito ocorreu durante a gravidez;
- Verificar o uso de substâncias psicoativas;
- Verificar doação órgãos e/ou tecidos pós-morte.

3- **Descrição de procedimentos:** a coleta será feita, em ambiente privado e climatizado, através de entrevistas individuais a fim de evitar o não entendimento das perguntas do protocolo e manter a privacidade dos entrevistados evitando desconforto durante a entrevista.

4- **Desconfortos e riscos esperados:** caso haja desconforto, devido o entrevistado está sob situação de estresse por perda de um familiar, a pesquisa será interrompida. Esta só será reiniciada, se os voluntários recuperarem as condições psicológicas, e aceitarem respondê-la. Fui devidamente informados dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será inteiramente de responsabilidade dos pesquisadores.

5- **Benefícios esperados:** trata-se, de um estudo seccional e inédito no estado de Sergipe cujos resultados poderão servir de orientação para realização de medidas educativas e preventivas otimizando a aplicação dos recursos públicos, reduzindo a morte por suicídio que causa a perda de anos de vida, com impacto negativo nos âmbitos econômico, social e emocional da população.

6- **Informações:** os participantes têm a garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7- **Retirada do consentimento:** o voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

8- **Aspecto legal:** elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

9- **Confiabilidade:** os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

10-**Quanto à indenização:** não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário. **ATENÇÃO:** a participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvidas quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, Av. Mutilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, & (-2182100, ramal 2593.) Pode haver desconforto em virtude dos entrevistados estarem sob estresse devido à perda de um familiar vítima de morte por causa violenta. Entretanto, em ambiente privado, estes responderão a pesquisa de forma voluntaria, ou seja, se aceitarem e estiverem em condições psicológicas.

Assinatura do voluntário

7.2 Protocolo da pesquisa

Título: Perfil epidemiológico das vítimas de suicídio do estado de Sergipe

Autores:

Mestranda: Larissa Keylla Almeida de Jesus

Orientadora: Dr^a Sonia Oliveira Lima

Orientador: Dr. Francisco Prado Reis

Nº PROTOCOLO		
Identificação		
Indigente ()		
Gênero	() Masculino	() Feminino
Faixa etária		
() 10 a 19 anos	() 20 a 29 anos	() 30 a 39 anos
() 40 a 49 anos	() 50 a 59 anos	() 60 anos e mais
Grau de escolaridade		
() Não alfabetizado	() Fundamental I (1 ^a a 4 ^a série)	() Fundamental I (5 ^a a 8 ^a série)
() Médio (2 ^o grau)	() Superior incompleto	() Superior completo
() N.O.		
Telefone para contato:		
Logradouro		
Etnia		
() Amarelo	() Branco	() Pardo
() Preto	() Indígena	
Renda familiar		
() Sem rendimento	() Até ½ salário mínimo	() De ½ a 1 Salário Mínimo
() Mais de 1 a 2 salários mínimos	() Mais de 2 a 5 sal. Mínimos	() Mais de 5 a 10 sal. mínimos
() Mais de 10 a 20 sal. mínimos	() N.O.	
Ocupação		
() Desempregado	() Empregado com carteira assinada	() Estudante
() Empregado sem carteira assinada	() Autônomo	() Proprietário
() N.O.()		
Passagem no presídio	() sim	() não
Passagem na polícia	() sim	() não
Plano de saúde		
() SUS	() Particular	() N.O.
Estado civil		
() Solteiro	() Casado	() Viúvo
() Divorciado	() União estável	() N.O.

Naturalidade		
OCORRÊNCIA		
Data do evento		
Dia do evento		
() Domingo	() Segunda	() Terça
() Quarta	() Quinta	() Sexta
() Sábado		
Horário do evento		
Condições climáticas		
() Seco	() Chuvoso	() Nublado
() N.O.		
Zona do evento		
() Urbana	() Rural	
Local do evento		
() Hospital	() Via pública	() Outros est. de saúde
() Domicílio	() Outros	
Município de ocorrência do evento		
CONDIÇÕES DO ÓBITO		
Data do óbito		
Dia do óbito		
() Domingo	() Segunda	() Terça
() Quarta	() Quinta	() Sexta
() Sábado		
Local do óbito		
() Hospital	() Via pública	() Outros est. de saúde
() Domicílio	Outros. Onde? _____	
Município de ocorrência do óbito		

Horário do óbito		
Chegada e saída do corpo do IML	Data/Hora de entrada=	Data/hora de saída =
Atendimento pré-hospitalar		
() IML	() ambulância do município de ocorrência	
() SAMU 192	() Parentes	() Populares
Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?		
() Sim	() Não	() N.O.
Óbitos de mulher em idade fértil - a morte ocorreu:		
() Na gravidez	() não se aplica	
Tempo de transporte entre local do evento e o centro de saúde:		

Entrevista com familiares ou responsáveis		
Circunstâncias prováveis do óbito	() Suicídio	
Comorbidades associadas?	() sim . Qual(s)?	() não
Transtorno mental () Depressão() Labilidade do humor () Outros () qual ? _____	() Uso de medicamentos () uso de drogas () uso de álcool	Tentativas anteriores () sim () não Se sim, quantas vezes :
Descrição de fatos ou detalhes pelos familiares e ou responsáveis		
Fonte de informação		
() Boletim de ocorrência	() Hospital	() Família
() Outro	() Declaração de óbito	
Causa mortis		
Mecanismo do trauma		
() Queda livre	() Ferimento por arma branca	() Ferimento por arma de fogo
() asfixia mecânica	() intoxicação por substâncias	() outros
Análise do uso de substâncias psicoativas		
() Drogas ilícitas	() Álcool	() Nenhum
() N.O.	() outros	
Condutas intra-hospitalares		
() Tratamento conservador (enfermaria)	() Tratamento conservador (UTI)	() Tratamento cirúrgico (UTI)
() Tratamento cirúrgico (enfermaria)	() N.O.	
Doação de órgãos		
() Sim/Qual? _____	() Não	() N.O.