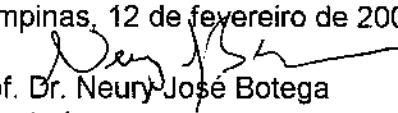


BLANCA SUSANA GUEVARA WERLANG

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Saúde Mental.
Campinas, 12 de fevereiro de 2001.

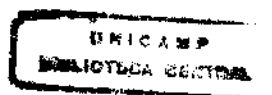

Prof. Dr. Neury José Botega
Orientador

**PROPOSTA DE UMA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
PARA AUTÓPSIA PSICOLÓGICA EM CASOS DE SUICÍDIO**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, na área de Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Campinas, 2000



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	T/ UNICAMP
	W493p
V.	Ex.
TOMBO BC/	44749
PROC.	16- 3.92101
C	☐
D	☒
PREC	R 11,00
DATA	20/06/04
N.º CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00157B37-3

W493p

Werlang, Blanca Susana Guevara

Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio / Blanca Susana Guevara Werlang. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Neury José Botega

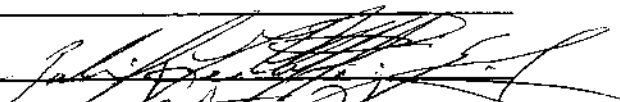
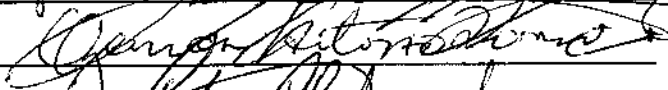
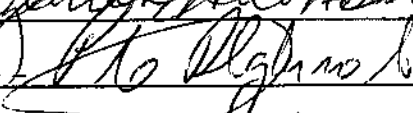
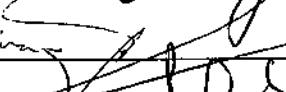
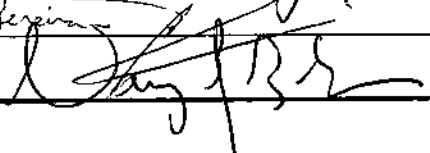
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Suicídio. 2. Avaliação. I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Prof. Dr. Gabriel José C. Gomes - 
2. Prof. Gerson A. Vassan - 
3. Prof. Dr. Paulo Dalgalanor de - 
4. Prof. Dr. Maria Eduarda C. Bezerra - 
5. Prof. Dr. Neury José Botega - 

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 12.02.2004

***Ao Airton, Héctor e Frederico,
minha família.***

AGRADECIMENTOS

Durante a realização do presente trabalho, foi possível contar com a colaboração de várias pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para o seu desenvolvimento. A elas gostaria de expressar publicamente meu sincero reconhecimento.

- Ao Prof. Dr. Neury José Botega, pela sua disponibilidade, incentivo, apoio, orientação criteriosa e, principalmente, pela capacidade de confiança e respeito ao outro, possibilitando liberdade no trabalho, sendo que, sem sua orientação e estímulo, a elaboração deste estudo não teria sido possível.
- À Dra. Jurema Alcides Cunha, mestra e amiga, pelos valiosos ensinamentos transmitidos ao longo da minha carreira profissional e pelos comentários construtivos sobre o assunto deste estudo.
- À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, pelo investimento na minha carreira acadêmica e credibilidade na melhoria da qualidade do ensino e da pesquisa, e, em especial, ao Prof. Celito Francisco Mengarda, Diretor da Faculdade de Psicologia, e ao Prof. Monsenhor Urbano Zilles, Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação, pelo apoio, confiança e estímulo proporcionados.
- À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo auxílio financeiro.
- Ao Prof. Dr. Pedro César Dutra Fonseca, ex-Diretor-Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - FAPERGS (período abril 1997/abril 2000), pela confiança no meu trabalho e por ter facilitado aberturas nas vias de comunicação com outros órgãos do Estado.
- Aos Delegados Abílio Andreoli Pereira, Clóvis Edmundo Trein, Gerson Mello, Luiz Carlos Corrêa Ribas, Alexandre Vieira, Francisco Rodrigues, Cleber Moura Ferreira e a todos os delegados, comissários, escrivães e chefes de Cartórios das Delegacias das cidades de Porto Alegre (1ª DP, 2ª DP, 3ª DP, 4ª DP, 5ª DP, 6ª DP, 7ª DP, 8ª DP, 9ª DP, 10ª DP, 11ª DP, 13ª DP, 14ª DP, 15ª DP, 16ª DP, 20ª DP, 21ª DP e 22ª DP), Canoas (1ª DP e 2ª DP), Esteio (1ª DP), São Leopoldo (1ª DP e 2ª DP), Sapucaia do Sul (1ª DP e 2ª DP) e Viamão (1ª DP, 2ª DP e 3ª DP), pela superação de entraves burocráticos, autorizando e/ou facilitando o acompanhamento dos Inquéritos Policiais nos casos de suicídio.

- Ao Dr. Francisco Silveira Benfica, Médico Legista e Chefe da Seção de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico Legal da cidade de Porto Alegre, pela atenção e colaboração prestada na obtenção de dados sobre os suicídios ocorridos.
- À Daniela Mello, Carolina Chem e Letícia Horn Oliveira, alunas do Curso de Psicologia da PUCRS, que, durante o período de pesquisa, na função de colaboradoras voluntárias, participaram de alguns passos do estudo, e, em particular, à Fernanda Villarinho Curia (hoje psicóloga) e Daniela Helena Müller (aluna do 4º semestre), que, desempenharam o papel de auxiliares de pesquisa, contribuindo na coleta dos dados e na observação e avaliação da entrevista semi-estruturada com dedicação e esforço.
- Às colegas Irani Argimon e Vanessa Gaspari, pela colaboração relevante na classificação dos dados, demonstrando profissionalismo e exemplo de espírito científico.
- Aos colegas e amigos Berenice do Canto, Dirce Minella, Érika Antunes Vasconcellos, Hilda Coutinho de Oliveira, Margareth da Silva Oliveira, Marisa Müller, Meiri Soldera e Sérgio Pacheco, que contribuíram com subsídios ou de outra forma, facilitando a execução deste trabalho, e, em especial, à Tânia Regina Barbosa e Cristina Larrobla Mendez, pela colaboração, solidariedade e carinho.
- Aos meus pais, Gerardo (*in memoriam*) e Susana, pelo incentivo e dedicação demonstrados e pelo exemplo de pessoas que representam para mim.
- Ao Airton, Héctor e Frederico, pela companhia, suporte e carinho com os quais sempre pude contar e, principalmente, por compreenderem minha ausência estando presente.

A todos, meu carinho.

ISMÁLIA

*Quando Ismália enlouqueceu
Pôs-se na torre a sonhar...
Viu uma lua no céu,
Viu outra lua no mar.*

*No sonho em que se perdeu,
Banhrou-se toda em luar...
Queria subir ao céu,
Queria descer ao mar...*

*E, no desvario seu,
Na torre pôs-se a cantar...
Estava perto do céu,
Estava longe do mar...*

*E como um anjo pendeu
As asas para voar...
Queria a lua do céu,
Queria a lua do mar...*

*As asas que Deus lhe deu
Ruflaram de par em par...
Sua alma subiu ao céu,
Seu corpo desceu ao mar...*

Alphonsus de Guimarães

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xv
LISTA DE GRÁFICOS	xvii
LISTA DE QUADROS	xix
LISTA DE TABELAS	xxiii
LISTA DE ANEXOS	xxvii
RESUMO	xxix
INTRODUÇÃO	31
OBJETIVOS	35
1. Objetivo geral	35
2. Objetivos específicos	35
CAPÍTULO I - GENERALIDADES SOBRE O SUICÍDIO	37
1. Definição de suicídio	39
2. Extensão do problema: dados epidemiológicos	49
3. Suicídio: compreensão do fenômeno	76
3.1. Aspectos históricos, religiosos e filosóficos	76
3.2. O ponto de vista psicológico	91
3.3. O ponto de vista sociológico	122
3.4. O ponto de vista biológico	125
3.5. Outras tentativas científicas para a compreensão do fenômeno	127
CAPÍTULO II - AUTÓPSIA PSICOLÓGICA	137
1. Perspectivas históricas e caracterização	139
2. Estratégias propostas, aspectos teóricos e metodológicos	156
3. Justificativa	173
CAPÍTULO III - MÉTODO	175
1. Delineamento	177
2. Sujeitos	177
3. Instrumento	178
3.1. Desenvolvimento do instrumento	178
4. Estudo-piloto	183
5. Procedimentos	186
6. Processamento e análise dos dados	188
7. Aspectos éticos	189
CAPÍTULO IV - RESULTADOS	191
1. Características demográficas dos casos de suicídio em estudo	193
2. Características das ocorrências de morte dos casos de suicídio em estudo	194
3. Aspectos clínicos dos casos de suicídio em estudo	195
4. Informações gerais sobre as entrevistas	195
5. Resultado da avaliação dos juízes com base no Formulário para a Tomada de Decisão (FTD)	197
5.1. Primeiro módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação dos precipitadores e/ou estressores	197

5.1.1. Passo 1 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores ..	197
5.1.2. Passo 2 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores ..	199
5.1.3. Passo 3 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores ..	201
5.1.4. Passo 4 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores ..	204
5.2. Segundo módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação da motivação	206
5.2.1. Passo 1 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	206
5.2.2. Passo 2 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	208
5.2.3. Passo 3 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	211
5.2.4. Passo 4 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	213
5.2.5. Passo 5 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	216
5.2.6. Passo 6 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	218
5.2.7. Passo 7 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	220
5.3. Terceiro módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação da letalidade	222
5.3.1. Passo 1 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	222
5.3.2. Passo 2 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	224
5.3.2.1. Passo 2a do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	226
5.3.3. Passo 3 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	227
5.3.4. Passo 4 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	229
5.3.5. Passo 5 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	230
5.4. Quarto módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação da intencionalidade	232
5.4.1. Passo 1 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	232
5.4.2. Passo 2 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	234
5.4.3. Passo 3 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	236
5.4.4. Passo 4 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	238
5.4.5. Passo 5 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	240
5.4.6. Passo 6 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	243
5.4.7. Passo 7 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	246
5.4.8. Passo 8 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	248
5.5. Qualificação final das informações da ESAP	251
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO	255
1. Características dos casos de suicídio	257
2. Informações gerais sobre as entrevistas	259
3. Avaliação dos juízes	261
3.1. Primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores	261
3.2. Segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação	262
3.3. Terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade	263
3.4. Quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade	263
3.5. Qualificação final das informações da ESAP	264
4. Considerações finais	264
CONCLUSÕES	269
SUGESTÕES	271
SUMMARY	273
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275
ANEXOS	289

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
- APA (*American Psychiatric Association*)
- CDC (*Centers of Disease Control*)
- CID-9 (Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão)
- CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão)
- CPS (Centro de Prevenção do Suicídio)
- DML (Departamento Médico Legal)
- DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição)
- ESAP (Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica)
- FTD (Formulário para Tomada de Decisão)
- HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)
- LCR (líquido cefalorraquidiano)
- MAO (monoamino oxidase)
- NASH (abreviatura em inglês para classificar morte como: natural, acidental, suicídio, homicídio)
- OCDS (*Operational Criteria for the Determination of Suicide*)
- OMS (Organização Mundial da Saúde)
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente)
- WHO (*World Health Organization*)
- 5 HIAA (ácido 5-hidroxindolacético)
- 5 HT (5-hidroxitriptofano)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Diagrama da psicologia do suicídio	100
Figura 2.	Fases da ESAP	181
Figura 3.	Representação gráfica do núcleo regulador da entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica e do fluxo correspondente	182
Figura 4.	Representação do Passo 1 do primeiro módulo da ESAP	197
Figura 5.	Representação do Passo 2 do primeiro módulo da ESAP	199
Figura 6.	Representação do Passo 3 do primeiro módulo da ESAP	201
Figura 7.	Representação do Passo 4 do primeiro módulo da ESAP	204
Figura 8.	Representação do Passo 1 do segundo módulo da ESAP	206
Figura 9.	Representação do Passo 2 do segundo módulo da ESAP	208
Figura 10.	Representação do Passo 3 do segundo módulo da ESAP	211
Figura 11.	Representação do Passo 4 do segundo módulo da ESAP	213
Figura 12.	Representação do Passo 5 do segundo módulo da ESAP	216
Figura 13.	Representação do Passo 6 do segundo módulo da ESAP	218
Figura 14.	Representação do Passo 7 do segundo módulo da ESAP	220
Figura 15.	Representação do Passo 1 do terceiro módulo da ESAP	222
Figura 16.	Representação do Passo 2 do terceiro módulo da ESAP	224
Figura 17.	Representação do Passo 2a do terceiro módulo da ESAP	226
Figura 18.	Representação do Passo 3 do terceiro módulo da ESAP	227
Figura 19.	Representação do Passo 4 do terceiro módulo da ESAP	229

Figura 20.	Representação do Passo 5 do terceiro módulo da ESAP	231
Figura 21.	Representação do Passo 1 do quarto módulo da ESAP	232
Figura 22.	Representação do Passo 2 do quarto módulo da ESAP	234
Figura 23.	Representação do Passo 3 do quarto módulo da ESAP	236
Figura 24.	Representação do Passo 4 do quarto módulo da ESAP	238
Figura 25.	Representação do Passo 5 do quarto módulo da ESAP	240
Figura 26.	Representação do Passo 6 do quarto módulo da ESAP	243
Figura 27.	Representação do Passo 7 do quarto módulo da ESAP	246
Figura 28.	Representação do Passo 8 do quarto módulo da ESAP	248
Figura 29.	Representação da qualificação final da ESAP	251

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Taxas de suicídio em países europeus, de 1881 a 1988 (médias, medianas e desvios padrão de 16 países)	53
Gráfico 2.	Óbitos e coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) em alguns locais, média de 1988 a 1993	56
Gráfico 3.	Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na China, no período de 1987-1994, para ambos os sexos (área rural)	58
Gráfico 4.	Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na China, no período de 1987-1994, para ambos os sexos (área urbana)	59
Gráfico 5.	Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na Argentina, no período de 1966-1993, para ambos os sexos	61
Gráfico 6.	Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) no Chile, no período de 1950-1994, para ambos os sexos	61
Gráfico 7.	Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) no Paraguai, no período de 1955-1994, para ambos os sexos	62
Gráfico 8.	Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) no Brasil, no ano de 1992, por sexo e idade	64
Gráfico 9.	Tendência linear e coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente - suicídios, Rio Grande do Sul, 1970 a 1999	65
Gráfico 10.	Percentual de óbitos por suicídio, por faixa etária, em Venâncio Aires (média de 1979 a 1995)	69
Gráfico 11.	Percentual de óbitos por suicídio, por ocupação, em Venâncio Aires (média de 1993 a 1995)	69
Gráfico 12.	Percentual de óbitos por suicídio, conforme método utilizado, em Venâncio Aires (média de 1979 a 1995)	70
Gráfico 13.	Número de óbitos por suicídio, segundo o sexo, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, no período de 1994 a 1999	73

Gráfico 14.	Mortalidade proporcional por causas externas, entre 15 e 19 anos, principal causa de óbito nesta faixa etária - Rio Grande do Sul, 1980, 1985, 1990-1998	75
Gráfico 15.	Suicídio de jovens em regiões metropolitanas por grupo de 100.000 habitantes (média entre 1979 e 1995)	75
Gráfico 16.	Suicídio de jovens entre 14 e 24 anos no Brasil (por grupo de 100.000 habitantes)	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Análise da definição de suicídio de Shneidman, do ponto de vista do ato	40
Quadro 2.	Análise da definição de suicídio de Shneidman, do ponto de vista da pessoa suicida	41
Quadro 3.	Classificação NASH utilizada por investigadores e legistas para atestar o modo de morte	47
Quadro 4.	Definições de suicídio	48
Quadro 5.	Principais causas de morte, no mundo, entre 15 e 44 anos, em milhares, por ano, para ambos os sexos	50
Quadro 6.	As dez generalidades do suicídio, segundo SHNEIDMAN	111
Quadro 7.	Tipos de dor psicológica que caracterizam pessoas suicidas e respectivas necessidades frustradas, segundo SHNEIDMAN	113
Quadro 8.	Estudos do 5 HIAA em relação ao comportamento suicida, segundo vários autores	126
Quadro 9.	Alguns estudos de autópsia psicológica pesquisados por CLARCK & HORTON-DEUTSCH	143
Quadro 10.	Autópsia psicológica segundo diversos autores	144
Quadro 11.	Áreas de investigação propostas por SHNEIDMAN para conduzir a autópsia psicológica	158
Quadro 12.	Classificação de suicídios, com base na avaliação dos objetivos do sujeito, segundo LITMAN	160
Quadro 13.	Outros comportamentos que envolvem ação autodestrutiva, segundo LITMAN	160
Quadro 14.	Guia de autópsia psicológica proposta por EBERT	164

Quadro 15.	Formato de autópsia psicológica para suicídio na prisão proposto por SPELLMAN & HEYNE	165
Quadro 16.	Padrões para constituir uma base para estudo de autópsia psicológica, segundo CLARCK & HORTON-DEUTSCH	172
Quadro 17.	Sumário das características demográficas dos casos de suicídio (N = 21) ..	193
Quadro 18.	Características da ocorrência de morte dos casos de suicídio (N = 21) ...	194
Quadro 19.	Aspectos clínicos dos casos estudados, usualmente considerados na avaliação de risco de suicídio	195
Quadro 20.	Informações gerais sobre as entrevistas	196
Quadro 21.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do primeiro módulo da ESAP	198
Quadro 22.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do primeiro módulo da ESAP	200
Quadro 23.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do primeiro módulo da ESAP	202
Quadro 24.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do primeiro módulo da ESAP	205
Quadro 25.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do segundo módulo da ESAP	207
Quadro 26.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do segundo módulo da ESAP	209
Quadro 27.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do segundo módulo da ESAP	212
Quadro 28.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do segundo módulo da ESAP	214
Quadro 29.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 5 do segundo módulo da ESAP	217
Quadro 30.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 6 do segundo módulo da ESAP	219
Quadro 31.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 7 do segundo módulo da ESAP	221

Quadro 32.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do terceiro módulo da ESAP	223
Quadro 33.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do terceiro módulo da ESAP	225
Quadro 34.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do terceiro módulo da ESAP	228
Quadro 35.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do terceiro módulo da ESAP	230
Quadro 36.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 5 do terceiro módulo da ESAP	231
Quadro 37.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do quarto módulo da ESAP	233
Quadro 38.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do quarto módulo da ESAP	235
Quadro 39.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do quarto módulo da ESAP	237
Quadro 40.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do quarto módulo da ESAP	239
Quadro 41.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 5 do quarto módulo da ESAP	241
Quadro 42.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 6 do quarto módulo da ESAP	244
Quadro 43.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 7 do quarto módulo da ESAP	247
Quadro 44.	Distribuição dos escores da avaliação do Passo 8 do quarto módulo da ESAP	249
Quadro 45.	Distribuição dos escores da qualificação final da ESAP	252
Quadro A-1.	Distribuição dos 361 casos de suicídio registrados no Departamento Médico Legal de Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre	339
Quadro A-2.	Distribuição dos casos de inquéritos policiais, conforme local de ocorrência, número de delegacias onde se desenvolveu o trabalho e número de casos acompanhados	340

Quadro A-3. Distribuição dos casos de inquéritos policiais acompanhados, conforme local de ocorrência e sexo	340
Quadro A-4. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo masculino, acompanhados, conforme local de ocorrência e método utilizado	340
Quadro A-5. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo feminino, acompanhados, conforme local de ocorrência e método utilizado	341
Quadro A-6. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo masculino, acompanhados, conforme local de ocorrência e idade	341
Quadro A-7. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo feminino, acompanhados, conforme local de ocorrência e idade	341
Quadro A-8. Dados descritivos dos sujeitos (casos de suicídio)	343

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Suicídio na Europa, de 1881 a 1988	52
Tabela 2.	Óbitos e coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) em alguns locais, média de 1988 a 1993	54
Tabela 3.	Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) segundo dados da Organização Mundial da Saúde	55
Tabela 4.	Número de suicídios, nos Estados Unidos, no ano de 1996, conforme idade e sexo	56
Tabela 5.	Número de suicídios, na China, no ano de 1994, conforme idade e sexo (área rural)	59
Tabela 6.	Número de suicídios, na China, no ano de 1994, conforme idade e sexo (área urbana)	59
Tabela 7.	Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) no Brasil e em seus maiores estados, quanto à população, em 1989	63
Tabela 8.	População, taxa bruta e coeficiente de mortalidade por suicídio nas capitais das regiões brasileiras, em 1991	63
Tabela 9.	Número de suicídios, no Brasil, no ano de 1992, conforme idade e sexo	64
Tabela 10.	Evolução do coeficiente de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) no Rio Grande do Sul	65
Tabela 11.	Coeficientes de mortalidade por suicídio nas delegacias regionais de saúde do Rio Grande do Sul	66
Tabela 12.	Coeficientes de mortalidade por suicídio nos 10 municípios mais populosos do Rio Grande do Sul	66
Tabela 13.	Coeficientes de mortalidade por suicídios e lesões auto-infligidas em alguns municípios do Rio Grande do Sul, 1970 a 1995	67
Tabela 14.	Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes), em Venâncio Aires e outros locais	68

Tabela 15.	Média de óbitos por suicídio, no período de 1996 a 1997, segundo profissão e faixa etária, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul	71
Tabela 16.	Média de óbitos por suicídio, no ano de 1998, segundo profissão e faixa etária, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul	71
Tabela 17.	Número de óbitos por causas externas no Rio Grande do Sul, em 1999 .	72
Tabela 18.	Número e percentual de óbitos por suicídio e outras mortes violentas em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, 1994 a 1999	72
Tabela 19.	Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1994	73
Tabela 20.	Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1995	73
Tabela 21.	Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1996	74
Tabela 22.	Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1999	74
Tabela 23.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 3 do primeiro módulo da ESAP	203
Tabela 24.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 3 do primeiro módulo da ESAP	203
Tabela 25.	Sumário do resultado da medida de concordância entre J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 3 do primeiro módulo da ESAP	203
Tabela 26.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 1 do segundo módulo da ESAP	207
Tabela 27.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 2 do segundo módulo da ESAP	210
Tabela 28.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 2 do segundo módulo da ESAP	210
Tabela 29.	Sumário do resultado da medida de concordância entre J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 2 do segundo módulo da ESAP	210
Tabela 30.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 3 do segundo módulo da ESAP	212

Tabela 31.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 4 do segundo módulo da ESAP	215
Tabela 32.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (J1-J2) para o Passo 4 do segundo módulo da ESAP	215
Tabela 33.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J2 e E-J1-J2 no Passo 4 do segundo módulo da ESAP	215
Tabela 34.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 5 do segundo módulo da ESAP	217
Tabela 35.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 6 do segundo módulo da ESAP	219
Tabela 36.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 7 do segundo módulo da ESAP	221
Tabela 37.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 1 do quarto módulo da ESAP	233
Tabela 38.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 2 do quarto módulo da ESAP	235
Tabela 39.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 3 do quarto módulo da ESAP	237
Tabela 40.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 4 do quarto módulo da ESAP	239
Tabela 41.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 5 do quarto módulo da ESAP	242
Tabela 42.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (J1-J2) para o Passo 5 do quarto módulo da ESAP	242
Tabela 43.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-J1-J2 no Passo 5 do quarto módulo da ESAP	242
Tabela 44.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 6 do quarto módulo da ESAP	245
Tabela 45.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 6 do quarto módulo da ESAP	245
Tabela 46.	Sumário do resultado da medida de concordância entre J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 6 do quarto módulo da ESAP	245

Tabela 47.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 7 do quarto módulo da ESAP	248
Tabela 48.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 8 do quarto módulo da ESAP	250
Tabela 49.	Distribuição percentual das opções dos avaliadores (J1-J2) para o Passo 8 do quarto módulo da ESAP	250
Tabela 50.	Sumário do resultado da medida de concordância entre E-J1-J2 no Passo 8 do quarto módulo da ESAP	250
Tabela 51.	Sumário dos resultados da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2, em cada um dos passos constituintes dos quatro módulos da ESAP	253

LISTA DE ANEXOS

Anexo A.	Correspondência encaminhada aos possíveis informantes	291
Anexo B.	Termo de consentimento pós-informação	295
Anexo C.	Dados básicos de identificação do caso e itens do inquérito policial	299
Anexo D.	Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP)	303
Anexo E.	Comunicação introdutória ao Formulário para a Tomada de Decisão (FTD) e Formulário para a Tomada de Decisão (FTD)	317
Anexo F.	Glossário	329
Anexo G.	Mapa dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre	333
Anexo H.	Procedimentos para a constituição dos casos de suicídio em estudo	337
Anexo I.	Qualificação dos juízes deste estudo	345

RESUMO

Pela literatura, sabe-se que a avaliação retrospectiva parece ser uma maneira científica de colher dados. Nos casos em que é necessário investigar o modo de morte, a avaliação retrospectiva costuma ser denominada autópsia psicológica, realizando a coleta de dados necessários através de entrevistas com pessoas que conheciam a vítima. Os pontos-chaves de uma autópsia psicológica para casos de suicídio são: precipitadores e/ou estressores, motivação, letalidade e intencionalidade. Os autores, ainda que salientem a importância da experiência clínica para autópsia psicológica, não mencionam estratégias definidas, mas tão somente algumas listas, sugerindo áreas ou tópicos de investigação. Um instrumento para autópsia psicológica deveria fornecer informações adequadas e suficientes para permitir um grau razoável de concordância entre avaliadores. A Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica proposta neste trabalho ficou constituída por quatro módulos para avaliação dos temas-chaves associados ao suicídio. Critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram identificados através de um estudo-piloto. Para avaliar a aplicabilidade do instrumento, foi utilizada uma amostra de 42 sujeitos, de alguma forma associados com 21 casos de suicídio, sendo realizadas 25 entrevistas, gravadas em áudio e posteriormente transcritas. O material correspondente, bem como os dados do inquérito policial, foram apresentados a quatro juizes. A avaliação das informações foi realizada com o auxílio de um formulário para a tomada de decisão, em quatro módulos: precipitadores e/ou estressores, motivação, letalidade e intencionalidade. O processamento dos dados, sempre que possível, foi feito através da estatística kappa do programa STATA. Quando não foi utilizada a estatística kappa, foi examinado o percentual de concordância. Os resultados deste estudo demonstraram que: é possível usar um instrumento semi-estruturado para autópsia psicológica, em casos de suicídio; a Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) para casos de suicídio, elaborada com base teórica em quatro temas-chaves, é aplicável, porque fornece informações que permitem um grau marcante de concordância entre avaliadores, verificado em 120 mensurações de julgamentos de quatro juizes, isto é: a) em três módulos do esquema decisório, houve concordância entre os juizes, em grau estatisticamente significativo em todos os passos, exceto em um em cada módulo, mas que não comprometeu a concordância final sobre a avaliação de precipitadores e/ou estressores, motivação e intencionalidade; b) no módulo relativo à avaliação da letalidade, houve 100,0% de concordância entre juizes; c) os julgamentos dos quatro avaliadores, nos quatro módulos, permitiu chegar à concordância final quanto ao modo de morte como suicídio.

INTRODUÇÃO

A morte, na maior parte das vezes, chega sem ser convidada, sem ser desejada, parecendo vir de fora, interrompendo todos os direitos civis do indivíduo, e, mesmo que ele tenha consciência de sua inevitabilidade, geralmente a considera como algo longínquo. São poucas as pessoas que pensam ou aguardam prazerosamente a morte. A maioria espera viver até a velhice, programando a cada instante a próxima etapa de suas vidas. Entretanto, a morte pode ocorrer a qualquer momento e acontece, indiscriminadamente, com ricos e pobres, bons e maus, adultos e crianças, famosos e desconhecidos. É uma possibilidade que existe permanentemente para as pessoas, desde que elas nascem.

Na antigüidade, lembra Zaidhaft (1990), os gregos consideravam que se morria por uma necessidade da natureza (*ananké*), cabendo às moiras (parcas, para os romanos) tecer o destino e cortar o fio da vida quando necessário. As moiras eram entidades mitológicas dos gregos, representadas por três irmãs, Cloto, Laquesis e Atropos, consideradas filhas da Noite e governantas do destino dos seres humanos. Elas teciam o fio da vida, sem que ninguém pudesse interrompê-las nessa tarefa, motivo pelo qual são simbolizadas por três velhas fiandeiras. A Cloto, a mais jovem das três, cabia fiar a teia do destino humano, vestia longa túnica azul-claro e trazia uma coroa, formada por sete estrelas. Laquesis era a encarregada de colocar o fio no fuso, sua túnica era cor-de-rosa, e, em geral, à sua volta figuravam vários fusos. Atropos, a mais velha, tinha a triste missão de cortar o fio da vida dos mortais, cobria-se com uma túnica de cor negra e cercava-se de vários fios, alguns pequenos, outros longos, conforme a duração da vida de cada mortal. Tanto gregos como romanos prestavam-lhes grandes homenagens, por temê-las como símbolos do fatalismo (ENCICLOPÉDIA BARSA, 1965).

Atualmente, afirma Zaidhaft (1990), não se aceita mais morrer por uma questão de *ananké*. A necessidade da sociedade atual, principalmente a da sociedade ocidental judaico-cristã, é a de adiar a morte, considerando-se como morte ideal a que é “*súbita, sem sofrimento e sem que se tenha a noção de se estar falecendo*” (p.45).

A morte, sem dúvida, é um tema evitado, temido, negado e de difícil manejo em muitas comunidades. Pode até ser retardada, em função dos avanços científicos, mas,

certamente, não se pode escapar dela. Mesmo assim, as pessoas, de maneira geral, não lhe têm dado o espaço e o tempo que se lhe devia dar, para poder se acostumar com ela como parte integrante da existência humana, já que para morrer basta estar vivo. O seu repúdio é histórico, e, mesmo a morte tendo oscilado através dos tempos como sagrada, maldita, temida e/ou desejada, não tem sido possível dominá-la, permanecendo o homem, apesar de todos os esforços, um ser mortal.

É difícil morrer, como também é difícil aceitar que a morte integra o ciclo da vida, salienta KÜBLER-ROSS (1996), porque morrer, para a maioria, significa “*renunciar à vida neste mundo*” (p.33). Mas, se os indivíduos aprendessem a ver a morte sob outro ângulo, reintroduzindo-a na vida de cada um deles, de modo a considerá-la não como algo estranho a ser temido e sim como uma companhia esperada, seria possível, segundo essa autora, viver com total aceitação da finitude humana.

Entretanto, pensar a própria finitude é muitas vezes insuportável, e aceitar o desconhecido é também intolerável. Desse modo, em qualquer época e em qualquer cultura, a morte tem provocado medo, necessitando o homem, para viver, tanto do apego a alguma crença religiosa ou científica que explique o mundo, a vida e a morte, como de uma certa dose de negação, como garantia de que a morte acontece primeiro com os outros (que estão longe de nós e sem laços fraternos) e/ou que, pelo menos, não chegará até nós enquanto jovens e saudáveis.

No presente século, a aposta foi muito alta na crença de que a ciência progrediria a ponto de poder dominar cada vez mais a natureza, e, sem dúvida, todos os avanços têm contribuído em grande parte nesta direção, através de constantes desafios aos limites do conhecimento, principalmente no que diz respeito ao aumento da duração média de vida. Neste contexto, onde o mundo está voltado para o progresso e para a produtividade, a morte por suicídio irrompe como uma afronta, estabelecendo um paradoxo, um contra-senso.

As mortes por suicídio chocam, impressionam, e os dados epidemiológicos não só refletem a complexidade do problema, como também direcionam os profissionais da área da saúde para uma compreensão e detecção urgente dos aspectos da conduta e da personalidade do suicida que visem a estabelecer, principalmente, uma intervenção preventiva para o problema.

Portanto, não se trata de um destino humano interrompido porque Atropos cumpriu sua triste missão. O suicídio escancara uma situação psicológica mais difícil de aceitar, porque se associa com a incapacidade do indivíduo de encontrar alternativas, livremente optando por sua própria morte.

Fica evidente, segundo FARBEROW & SHNEIDMAN (1969), que *“um dos maiores enigmas continua sendo a relação do homem com sua vida e, conseqüentemente, com sua morte, já que começamos a nos convencer de que a morte é parte da vida e a maneira de morrer é parte integral da maneira de viver de um indivíduo”* (p.XI). Desta maneira, o suicídio está longe de ser um comportamento simples, e *“qualquer um que afirme que há respostas fáceis, para essa complicada questão humana, simplesmente não compreende a natureza do homem”* (SHNEIDMAN, 1975, p.1774).

Então, a investigação do suicídio é, sem dúvida, uma das questões mais intrigantes, principalmente para psicólogos e psiquiatras, e um grave problema de saúde pública. Sua ocorrência atinge não só a própria vítima, mas também afeta a saúde mental da comunidade, através das marcas que deixa nos sobreviventes e na economia da nação. No Brasil, o comportamento suicida ainda é uma questão muito pouco abordada e refletida. No entanto, a constatação de alguns coeficientes demonstra que a situação é alarmante, pelo menos em certas localidades, e que o comportamento suicida é um episódio sério que exige não só atenção especial, mas também uma metodologia de investigação mais efetiva.

Várias estratégias têm sido utilizadas para abordar o suicídio. Entre elas, pode-se mencionar o método epidemiológico, que tem possibilitado obter a prevalência do suicídio em diferentes regiões, grupos étnicos e seus correlatos sociodemográficos. Mas, apesar de suas vantagens, dos avanços nesta área, nos últimos tempos, e dos cuidados tomados pelos cientistas, continua, ainda, sendo difícil compreender as características pessoais dos sujeitos que realmente cometem suicídio, por não serem passíveis nem de avaliação direta, nem de tratamento de qualquer espécie. Desta maneira, a maior dificuldade, sem dúvida, é predizer quais sujeitos, potencialmente suicidas, vão transformar suas fantasias e/ou ideações em atos concretos. Por outro lado, por dificuldades metodológicas também não é fácil determinar o modo de morte, diferenciando a morte por suicídio das que têm outra origem. Assim, na maioria das ocasiões, a certificação do óbito depende muito mais do ponto de vista das autoridades competentes e dos dados objetivos do fato do que de uma abordagem psicológica.

Entretanto, segundo a literatura, há uma possibilidade de chegar à compreensão do suicídio, através de exames retrospectivos. Este tipo de avaliação tem possibilitado identificar pistas diretas ou indiretas relacionadas àquele comportamento letal que estava por vir, permitindo, através do método que se convencionou chamar de autópsia psicológica, compreender os aspectos psicológicos de uma morte específica.

As avaliações retrospectivas no âmbito da atuação profissional de psicólogos e psiquiatras clínicos e forenses é um tipo de peritagem baseado na análise de dados, fatos e circunstâncias passadas, relacionados a um determinado indivíduo que não pode se submeter ao exame direto. Possibilitam a reconstrução de um perfil psicológico da vítima de suicídio, podendo, entre outras contribuições, embasar programas de prevenção, corroborando e/ou identificando novos fatores de risco e correlatos, assim como colaborar com os médicos legistas e com os profissionais da área do direito penal e cível, no esclarecimento de casos de morte e processos judiciais.

Vários estudos e publicações científicas salientam que a autópsia psicológica em casos de suicídio tem demonstrado ser útil como instrumento de avaliação clínica e de pesquisa. Contudo, no nosso meio, é ainda um tipo de avaliação pouco divulgado, cabendo lembrar que se trata de uma estratégia de avaliação complexa, até agora sem muito rigor metodológico e ainda sem um modelo de procedimento estruturado. Ciente deste problema e entendendo que o suicídio constitui um fenômeno presente que suscita, nos técnicos de saúde mental, a preocupação de auxiliar a promoção da saúde mental, torna-se fundamental tentar diminuir o viés produzido pela subjetividade no uso de recursos de avaliação. A proposta foi, então, viabilizar um trabalho de pesquisa para investigar a aplicabilidade de uma entrevista semi-estruturada para a autópsia psicológica, cujos dados demonstrassem permitir um grau razoável de concordância entre avaliadores.

Este trabalho está dividido em três partes. A primeira delas compreende os capítulos I e II, que são de caráter introdutório, apresentando, respectivamente, uma fundamentação teórica (revisão bibliográfica) sobre suicídio e autópsia psicológica. A segunda etapa ficou composta pelo capítulo III, que constitui a descrição do método utilizado. A última etapa do trabalho apresenta, nos capítulos IV e V, respectivamente, os resultados alcançados e a discussão dos mesmos. Por último, são registradas as conclusões e levantadas algumas sugestões.

Trata-se, pois, de uma proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica para casos de suicídio.

OBJETIVOS

1. Objetivo geral

- Investigar a aplicabilidade de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica.

2. Objetivos específicos

- Especificar temas básicos, que possam ser utilizados como critérios norteadores de uma autópsia psicológica;
- Operacionalizar os temas em estudo, identificando os itens básicos de cada um deles;
- Medir o grau de concordância entre as avaliações realizadas pela entrevistadora e uma auxiliar de pesquisa, na função de observadora;
- Medir o grau de concordância entre as avaliações realizadas pela entrevistadora e dois juízes independentes.

Capítulo I
GENERALIDADES SOBRE O SUICÍDIO

1. Definição de suicídio

Analisando o significado de suicídio, SHNEIDMAN (1994b, p.6) explica que este conceito contém tanto (o que ele denomina) um “núcleo”, como uma “periferia”. No centro, localiza-se a conceituação mais evidente: “ato de terminar com a própria vida”, idéia muito simples que implica “algo a mais”, levantando questões que constituem, segundo este autor, a “periferia da definição de suicídio”. Lembra, por exemplo, atos que pretendem ser letais, mas não levam à morte, *overdoses* que ameaçam a integridade física, atos nocivos à saúde para uma pessoa doente, se perguntando se esses ou outros poderiam ser considerados atos suicidas. Estas questões são respondidas com maior ou menor precisão por filósofos, antropólogos, sociólogos, teólogos e demais cientistas, variando, ainda, conforme o período histórico-ideológico específico.

Neste sentido, SHNEIDMAN (1994b) lembra que, no mundo medieval, não era possível “cometer suicídio” no sentido em que a expressão é atualmente entendida. A pessoa podia, sim, ficar com fome até morrer, machucar-se a fim de morrer, acabar consigo mesmo, atirar-se sobre a própria espada, ou seja, criar situações em que a alma imortal iria transmigrar para uma outra esfera, mas, em essência, continuava existindo. Com a virada da época medieval da fé cega para o mundo da ciência renascentista, a permissibilidade de novas idéias favoreceu, entre outros, o aparecimento do termo suicídio, coincidindo deste modo, com uma visão do mundo mais abrangente.

O uso da palavra suicídio, então, é razoavelmente recente, podendo-se afirmar que é o nome que a modernidade dá à morte voluntária, neologismo que apareceu pela primeira vez, ainda em latim, na Inglaterra, no ano de 1630. A popularização do termo, bem como sua entrada definitiva nos dicionários, foram obras do Século das Luzes, do romance moderno. Até então, o gesto de dar a morte a si próprio era designado por perífrases como “ser homicida de si mesmo”, “matar-se”, “assassinar-se”. Em 1734, foi utilizado pela primeira vez em francês, pelos abades Prévost e Desfontaines, nas páginas do *Le Pour et Le Contre*, periódico destinado a divulgar aos franceses as novidades da Inglaterra, e, já por meados do século, foi acolhido nos grandes dicionários. A literatura e a imprensa se encarregaram de popularizá-lo, de modo que, no século XIX, o termo suicídio se impôs

como a denominação principal da morte voluntária, acompanhado do verbo “suicidar-se”. Diferentemente do que ocorreu anteriormente, a palavra já não possuía caráter negativo ou positivo, tornou-se neutra. Nesse período, em que o meio cultural estava inclinado à tolerância, os antigos termos que evocavam irremediavelmente um crime ou um pecado foram substituídos (VENEU, 1992).

O suicídio, subentendida a intencionalidade, é um fenômeno exclusivamente humano (MALTSBERGER, 1999), que ocorre em todas as culturas, podendo-se até afirmar, segundo RETTERSTOL (1993), que um grande número de pessoas, em momentos difíceis e intoleráveis de suas vidas, pensam na idéia de que poderia ser melhor “acabar com tudo”.

Para suicídio, SHNEIDMAN (1975) cita sua própria definição, cunhada em 1973, como *“o ato humano de cessação auto-infligida, intencional”* (p.1774), e que pode ser melhor compreendido *“como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução”* (SHNEIDMAN, 1994b, p.203).

Analizando minuciosamente o significado desta definição, SHNEIDMAN (1994b) esclarece o sentido de cada palavra contida na conceituação do termo. Assim, interpreta o conceito tanto do ponto de vista do próprio ato como do sentido dado pela pessoa que o desempenha, conforme os Quadros 1 e 2.

Quadro 1. Análise da definição de suicídio de Shneidman, do ponto de vista do ato

Palavra	Sentido
Ato	Ação letal que conduz à morte
Cessação	Interrupção do fluxo de angústia insuportável
Auto-infligido	Ocasionado por si mesmo
Intencional	Vontade consciente de terminar com a vida

Fonte: SHNEIDMAN, 1994b, p.123-149 (dados resumidos)

Quadro 2. Análise da definição de suicídio de Shneidman, do ponto de vista da pessoa suicida

Palavra	Sentido
Fenômeno	Evento, fato
Multidimensional	Caracterizado por um conjunto de causas biológicas, bioquímicas, sócio-culturais, interpessoais, intrapsíquicas, filosóficas, existenciais (que requerem para a sua compreensão um enfoque multidisciplinar)
Indivíduo carente	Pessoa em estado de dor psíquica, por necessidades psicológicas frustradas
Define	Percebe
Questão	Drama suicida em torno do qual se estabelece um debate de vida e morte
Percebido	Vivenciado com restrição dos processos perceptuais, havendo um estreitamento de opções
Melhor	A melhor possível
Solução	Resolução do problema

Fonte: SHNEIDMAN, 1994b, p.123-149 (dados resumidos)

Dentro desta mesma concepção, MAYO (1992) menciona quatro elementos que sustentam a definição de suicídio, como ato intencional. Em primeiro lugar, salienta o caráter fatal do ato, que necessariamente deve ser letal. Em segundo lugar, sua reflexibilidade, isto é, o agente deve ter sido o sujeito que morreu. Em terceiro lugar, o ato intencional pode ser ativo ou inativo, isto é, pode haver uma ação física, mas esta também pode estar ausente, por fracasso ou recusa em agir. Em quarto lugar, “*cometer suicídio envolve terminar **intencionalmente** com a própria vida*”^{*} (MAYO, 1992, p.96).

Se bem a intencionalidade parece ser o elemento decisório para determinar um caso de suicídio, observa-se a falta de unanimidade na formulação da definição de suicídio, o que faz com que SOUBRIER (1993) saliente que nem sempre parece que os estudiosos estão falando do mesmo fenômeno. Ainda que, de um modo geral, suicídio, de *sui* (a si próprio) + *caedere* (matar), conforme AULETE (1958, p.4794), pressuponha a morte intencional e voluntária de si mesmo, isto é, o termo sempre queira dizer a mesma coisa e que haja inúmeros estudos científicos sobre o suicídio, a suicidologia “*se encontra confusa e estagnada por falta de uma nomenclatura padronizada*” (O’CARROL, BERMAN,

^{*} O grifo é nosso.

MARIS, MOSCICKI, TANNEY, SILVERMAN, 1996, p.237), o que limita a precisão da comunicação científica.

Mas, especificamente, a este respeito, SHNEIDMAN & FARBEROW (1969a) comentam que muitos estudos comparam sujeitos não-suicidas com suicidas, incluindo na amostra tanto os que tentaram como os que consumaram suicídio, afirmando que *“é perigoso fazer suposições sobre suicídios tentados e consumados, já que é impossível se afirmar a priori que são a mesma coisa, ou que são diferentes”* (p.20-1). Em inglês, estes dois tipos de indivíduos têm igual definição, mas, mesmo considerando que o termo *suicide* tem uma conotação bem mais ampla que em português, também é possível verificar, afirma DIGGORY (1968), que muitas vezes os estudiosos estão longe de uma concordância a respeito da classe particular de atos à qual a denominação se aplica.

STENGEL (1968) utilizou as expressões “ato suicida fatal” e “ato não fatal” para suicídio e tentativa de suicídio, respectivamente, salientando que a *“questão de se um ato fatal de autodano foi um suicídio ou um acidente nem sempre é fácil de decidir, especificamente se não estão disponíveis informações completas a respeito das intenções da vítima”* (p.171).

Trata-se assim, provavelmente, da mesma dificuldade que investigadores e legistas encontram na sua tarefa de atestar a causa de morte, já que eles precisam se definir por um, entre os quatro modos previstos na Classificação Internacional de Causas de Morte, identificados como “NASH”^{*} (SHNEIDMAN, 1968, 1969; O’CARROL et al, 1996). Esta classificação é considerada por SHNEIDMAN (1969) como cartesiana e apsicológica, já que entende o homem como uma *“embarcação biológica onde os eventos ocorrem e não como um ser biopsicossocial com participação nos seus próprios comportamentos, incluindo seu próprio comportamento de morte”* (p.243). É necessário, então, que haja uma pressuposição ou um julgamento da intenção, que reflita o papel do morto na sua própria morte, na certificação da causa de morte, para tornar os atestados mais precisos. Contudo, mesmo que isto seja possível, afirma DIGGORY (1968), ficam omitidas, de seu ponto de vista, duas classes residuais bastante numerosas: uma que inclui *“atos que nada indicam quanto à intenção”*, e outra que abrange *“atos bastante destrutivos do agente, em que a intenção é algo diferente de autodestruição”* (p.4).

^{*} Abreviatura em inglês para classificar morte como: natural, acidental, suicídio, homicídio.

Por outro lado, o que dizer, quando levarmos em consideração determinantes inconscientes e preconscientes no comportamento suicida, uma vez que o suicida bem sucedido não pode mais falar, e seus motivos não podem ser estudados diretamente? Nesta perspectiva, STENGEL (1968) menciona que também as informações quanto à tentativa de suicídio muitas vezes são vagas, imprecisas e/ou discordantes do comportamento manifesto. Assim, para este autor, freqüentemente, a intenção suicida *“é negada e nem sempre é possível discernir se a pessoa interrogada está dizendo a verdade”* (p.171-2). Em função disto, lembra que autores, como Kessel e Lee, preferem optar por uma definição operacional de tentativa de suicídio, baseada apenas no registro de admissão do sujeito no hospital (envenenamento ou ferimento grave), sem depender da declaração do paciente sobre suas intenções, uma vez que pode não contar a verdade ou, até, pode acontecer que as suas intenções se modifiquem no intervalo de alguns dias. Embora STENGEL (1968) considere tal definição *“com probabilidade de fazer justiça à verdade”* (p.172), não parece aceitá-la completamente, já que prefere incluir, como tentativas de suicídio, alguns atos inofensivos do ponto de vista médico, mas que constituiriam risco do ponto de vista do paciente, tendo resultado incerto, face à presença de ideação suicida.

Outro aspecto pertinente a ser considerado são as alterações no estado afetivo e, em especial, distorções cognitivas (lógica e percepção restrita), imediatamente anteriores ao ato suicida (LEENAARS, 1996), podendo assim haver dúvidas quanto à intenção, após o ato autodestrutivo. Ainda, há casos em que os próprios suicidas procuram disfarçar suas intenções (MAYO, 1992), utilizando métodos que fazem a morte parecer acidental.

Dados demográficos, tais como sexo, idade, métodos adotados, incidência de doença mental e propensão ao suicídio associada a circunstâncias de vida, utilizados na avaliação do potencial suicida, justificam a necessidade de tratar o grupo de suicidas fatais e não-fatais como duas populações diferentes (STENGEL, 1965), tanto em termos destes fatores como do grau da intenção suicida (STENGEL, 1968).

Na verdade, a dificuldade em demarcar as fronteiras das tentativas de suicídio, em relação aos atos suicidas (com o objetivo genuíno de terminar com a própria vida), é um fato, uma vez que, para vários autores, existe uma ampla área de superposição. Em consequência, o julgamento das intenções é, sem dúvida, um problema complexo. STENGEL (1968) acrescenta, ainda, que o resultado de um ato suicida depende de multiplicidade de variáveis, nem todas planejadas, pois pode haver uma intervenção externa e/ou interferência de fatores inesperados. Assim, segundo este autor, *“um grau variável de*

incerteza do resultado é um característico tão comum na maioria dos atos suicidas, fatais e não-fatais, que pode ser considerado inerente a esses. Este traço lhes dá o caráter de jogo com a vida. Se bem que os atos suicidas, sem a idéia preconcebida de que cada característica, que não serve ao propósito de autodestruição, são uma contaminação do comportamento apropriado a tais atos, descobre-se, na maioria deles, uma tendência à busca de contato e tendências preservadoras da vida” (p.174).

Desta maneira, para este autor, o grau de ameaça à vida não depende unicamente do método empregado, mas também de outros fatores, que podem anular um método potencialmente perigoso e uma determinação consciente de morrer. Portanto, *“os fatores que neutralizam a autodestruição podem ser derivados de uma forte determinação inconsciente de viver. Ao explicar o comportamento humano, nos referimos freqüentemente a tendências agressivo-destrutivas inconscientes. É igualmente legítimo lembrar que tendências autopreservadoras inconscientes estão presentes, em situações que parecem dominadas pelo impulso de autodestruição” (p.175-6).*

Ao analisar a intenção de um suicídio ou de uma tentativa de suicídio, constata-se a necessidade de que os termos sejam definidos e usados adequadamente. Neste sentido, MAYO (1992) ressalta que a definição de suicídio como um ato de *“terminar com sua própria vida intencionalmente”* (p.88) parece, à primeira vista, incontroversa, não necessitando de explicação ou defesa. Entretanto, salienta que nem todos os casos são tão claros, já que o comportamento suicida pode ou não significar que a pessoa teve realmente a intenção de morrer, e o termo intenção pode, dependendo da perspectiva adotada, ter uma conceituação demasiadamente vaga.

Numa análise mais apurada, MAYO (1992) considera que o termo “intenção” é vago, pelo menos por duas razões. A primeira envolve questões de grau, ou seja, alguém pode fazer alguma coisa mais ou menos intencionalmente ou com intenção mais ou menos clara a respeito disso. A segunda razão é que as pessoas podem ter múltiplas intenções, todas apontando para a mesma direção. Este autor refere ainda que, na definição de suicídio, outro termo é vago, referindo-se à palavra “terminar”. Terminar é fazer com que alguma coisa chegue ao fim, pressupondo que **fazer** envolva algum comportamento ou ação do agente. Entretanto, como já foi referido anteriormente, o suicídio pode ocorrer por ausência de ação ou de comportamento adequado às circunstâncias.

No século passado, DURKHEIM (1966) já se questionava sobre: *“Como saber o motivo que determinou o agente, como saber se, ao tomar a sua resolução, desejava efetivamente a própria morte, ou se tinha outro propósito em vista?”* (p.43). A intenção, para ele, é algo por demais íntimo para poder ser interpretado por outra pessoa, a não ser por aproximação, podendo escapar mesmo à auto-observação.

Por certo, esta foi uma das críticas que o próprio DURKHEIM (1966) fez em relação à sua primeira definição de suicídio, a qual considerou incompleta: *“suicídio é toda morte, que é resultado direto ou indireto de um ato positivo ou negativo, executado pela própria vítima”* (p.42). Faz também outra ressalva de que, em geral, *“um ato não pode ser definido pelo fim buscado pelo autor, porque um sistema de comportamento idêntico pode ser ajustável a fins, por demais diversos, sem alterar a sua natureza”*, acrescentando que, na verdade, *“se unicamente a intenção de autodestruição constituísse suicídio, o nome suicídio não poderia ser dado a fatos que, a despeito de diferenças aparentes, são fundamentalmente idênticos aos que são sempre chamados de suicídio e que não poderiam ser descritos de outra forma, sem descartar o termo”* (p.43). O autor refere-se aqui à morte, aceita pelo sujeito, mas com sentido de sacrifício, seja este por um filho ou um valor determinado.

Após várias outras considerações, DURKHEIM (1966) chega a uma definição mais conclusiva, aplicando o termo suicídio a *“todos os casos de morte, que resulta, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo da própria vítima, que sabe que produzirá este resultado”* (p.44). Esta definição, sem dúvida, torna o suicídio um fenômeno específico do ser humano e dá, *“imediatamente, a idéia do lugar do suicídio na vida moral, como um todo. Mostra, na verdade, que os suicídios não formam, como podia ser pensado, um grupo totalmente distinto, uma classe isolada de fenômenos monstruosos, não relacionados com outras formas de conduta, mas, antes, são com elas associadas por uma séria contínua de casos interrelacionados. São, meramente, a forma exagerada de práticas comuns. Suicídio, afirmamos, existe, na verdade, quando a vítima, no momento em que comete o ato, destinado a ser fatal, sabe o resultado normal do mesmo, com certeza. Esta certeza, entretanto, pode ser maior ou menor”* (p.45).

De acordo com DIGGORY (1968), embora este modo de definição pareça acomodar a famosa classificação de Durkheim, em suicídios altruístas, egoístas e anônimos, junto com a mescla desses tipos, ainda apresenta dificuldades. Assim, questiona: *“como podemos estar certos a respeito do que um homem ‘sabe’, em qualquer momento*

específico? Seguramente, não é mais fácil identificar o que sabe, do que identificar sua intenção” (p.4).

Embora STENGEL (1965) tenha também afirmado que, *“neste campo é essencial uma definição clara dos termos”* (p.18) e indicado que *“suicídio significa o ato fatal levado a cabo com intenção consciente”* (p.19), salienta que tão só os motivos conscientes não podem explicar de modo satisfatório os atos de suicídio, já que unicamente certas pessoas reagem desta maneira ao estresse emocional. E é ele próprio que, após examinar a noção convencional do ato suicida, em que *“a morte é o único propósito, o único critério de consecução”*, afirma que *“o fracasso [em morrer] pode ser devido a qualquer dessas causas: sentir que o propósito pode não ter sido suficientemente poderoso; o ato pode ter sido levado a cabo sem muita decisão, porque não era inteiramente genuíno; o sujeito desconhecia as limitações do método ou o sujeito carecia de juízo e determinação por enfermidade mental”*, e acrescenta: *“segundo esse critério, só uma minoria de atos suicidas fatais e alguns poucos não-fatais passariam à lista como sérios e genuínos. O resto tem de ser desprezado como pobres tentativas, algumas das quais logradas mais por casualidade do que por decisão”* (p.91).

Em trabalho posterior, STENGEL (1968) propôs, como já foi mencionado, a noção de *“suicídio como ato suicida fatal”* (p.171), referindo a importância da informação sobre as intenções da vítima para esta caracterização, mas sem entrar em formulações mais precisas, obviamente pelas dificuldades implícitas. Na publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1969), consta que Stengel e Cook consideraram os atos suicidas como acidentes na luta pela adaptação ao meio social, sendo que o seu resultado dependerá não só da relação entre o impulso de autodestruição e o impulso da conservação do indivíduo, mas também das reações imediatas do meio em que este vive.

O’CARROL et al (1996) lembram a tarefa de um grupo de trabalho de caráter multidisciplinar, convocado pelo *Centers of Disease Control* (CDS), para criar critérios consensuais para auxiliar os técnicos na determinação da maneira de morte, já que, anteriormente, cada um utilizava suas próprias normas e critérios. Apesar de o grupo não ter chegado a operacionalizá-los, fornece uma definição dos elementos de evidência, necessários ao fornecimento de um certificado de suicídio, e que deveriam ser procurados e levados em conta em mortes duvidosas.

Assim, o *Operational Criteria for the Determination of Suicide* (OCDS) definiu suicídio como “morte causada por ferimento, envenenamento ou sufocação, em que existe evidência (seja explícita ou implícita) de que o dano foi auto-infligido e que o falecido pretendia se matar”. Portanto, a definição se estrutura em termos de três componentes: “1) morte como resultado de dano de algum tipo, que é tanto 2) **auto-infligido**, quanto 3) **intencionalmente infligido**”* (p.244). Estes elementos possibilitam distinguir o suicídio das outras três maneiras de morte, na classificação NASH. O Quadro 3 ilustra como “o mecanismo de morte (doença vs danos), intencionalidade e fonte do ato intencional se combinam, para definir as quatro maneiras de morte” (p.244).

Quadro 3. Classificação NASH utilizada por investigadores e legistas para atestar o modo de morte

Tipo de morte	Devido a ferimentos, envenenamento ou sufocação	Intencionalmente infligido? Por quem?
Causas naturais	Não	Não
Acidentes	Sim	Não
Suicídio	Sim	Sim, pelo próprio
Homicídio	Sim	Sim, por outros

Fonte: O’CARROL et al, 1996, p.244

Os autores fazem alguns comentários sobre os atributos de tais critérios. Em primeiro lugar, afirmam que, para usá-los, é necessário o **juízo** da pessoa, para diferenciar morte e suicídio. Em segundo lugar, se a consideração de intencionalidade é necessária, para diferenciá-las, não é levado em conta o **nível de intencionalidade**, mas apenas fica implícita a existência ou não de intenção.

Tais comentários conduzem a uma questão crítica: Qual é a melhor definição de suicídio? O Quadro 4 apresenta algumas definições encontradas na literatura.

* O grifo é nosso.

Quadro 4. Definições de suicídio

Fonte	Termo	Conceito
Davis, 1988	Suicídio	<i>"Ato ameaçador da vida (fatal), auto-infligido deliberado, sem o aparente desejo de viver."</i> (p.38)
Nolan, 1988	Suicídio	<i>"Auto-assassinato intencional."</i> (p.52) <i>"Intenção suicida é a compreensão da natureza física e das conseqüências do ato de autodestruição."</i> (p.53)
Ring, 1988	Suicídio	<i>"Autodestruição voluntária e premeditada."</i> (p.2) <i>"Autodestruição consciente e intencional."</i> (p.5)
Silveira, apud Mirabete, 1990	Suicídio	<i>"É a deliberada destruição da própria vida."</i> (p.61)
Bagg, apud Soubrier, 1993	Suicídio	<i>"É o ato intencional de tirar a própria vida, seja em conseqüência de doença mental (...) ou como resultado de várias motivações que necessariamente não são parte de uma doença mental específica, mas que sobrepõem o instinto de continuar a viver."</i> (p.37)
Hammerlin & Enerstved, apud Retterstol, 1993	Suicídio	<i>"É uma atividade que envolve ações com um objetivo e resultado da própria morte biológica de uma pessoa, com base em motivos sociais e históricos específicos."</i> (p.2)
Hurst, apud Soubrier, 1993	Suicídio	<i>"A decisão de cometer suicídio é instigada mais freqüentemente por um desejo de parar de viver do que por um desejo de morrer. Suicídio é uma determinada alternativa para enfrentar um problema que parece ser grande demais para manejar sozinho."</i> (p.37)
Motto, apud Soubrier, 1993	Suicídio	<i>"É uma morte auto-infligida, auto-intencional."</i> (p.37)
OMS, apud Retterstol, 1993	Suicídio	<i>"É um ato com conseqüência fatal, que o morto, com o conhecimento e a expectativa de um resultado fatal, havia ele mesmo planejado e executado, com o fim de ocasionar mudanças desejadas pelo falecido."</i> (p.2)
Retterstol, 1993	Suicídio	<i>"Suicídio é um ato, com conseqüência fatal, que deliberadamente foi iniciado e executado em si próprio pelo falecido, com conhecimento e expectativa de seu resultado fatal, sendo tal resultado considerado pelo agente como instrumental para ocasionar mudanças desejadas na consciência e/ou em condições sociais."</i> (p.2)

(continua)

(conclusão)

Fonte	Termo	Conceito
Soubrier, 1993	Suicídio	<i>"É um ato final de desespero, cujo resultado não é conhecido, ocorrendo após uma batalha entre um desejo inconsciente de morte e um desejo de viver melhor, de amar e ser amado." (p.37)</i>
Croce & Croce, 1994	Suicídio	<i>"É a morte, por vontade e sem constrangimento, de si próprio." (p.329)</i>
Graber, apud Shneidman, 1994b	Suicídio	<i>"Fazer algo que resulta na própria morte, da forma como foi planejado, seja a partir da intenção de terminar com a sua vida ou a intenção de fazer surgir um outro estado de coisas (tal como alívio da dor), que a pessoa pensa que é certo ou, com grande probabilidade, pode ser conseguido somente por meio da morte." (p.16)</i>
Windt, apud Shneidman, 1994b	Suicídio	<i>"É uma morte 'reflexiva', isto é, uma pessoa deve ou se matar ou conseguir que alguém o mate ou permitir ser morto. Ato em que o falecido causou a morte por suas ações ou comportamento, queria, desejava, almejava a morte; escolheu, decidiu e quis morrer; sabia que a morte seria o resultado do seu comportamento e foi responsável por ela." (p.16)</i>
O'Carrol et al, 1996	Suicídio	<i>"Morte por ferimento, envenenamento ou sufocação, em que existe evidência (explícita ou implícita) de que o dano foi auto-infligido e que o morto pretendia se matar (OCDS)." (p.244)</i>

Parece que a maioria das definições salienta a intencionalidade, o conhecimento do resultado fatal e a execução dos atos necessários, pelo próprio sujeito, para o fim desejado. Na realidade, a definição mais precisa parece ser a da OMS, transcrita na obra de RETTERSTOL (1993): *"É um ato com consequência fatal, que o morto, com o conhecimento e a expectativa de um resultado fatal, havia ele mesmo planejado e executado, com o fim de ocasionar mudanças desejadas pelo falecido"* (p.2).

2. Extensão do problema: dados epidemiológicos

Estudos epidemiológicos atuais têm revelado um aumento na prevalência de suicídios, com dados estatísticos bastante preocupantes ou mesmo alarmantes, se for

considerada a possibilidade de serem subestimados. DIEKSTRA (1996) menciona que, nos registros sobre mortalidade por suicídio de 39 países, dos 166 que fazem parte dos estados membros das Nações Unidas, constatarem-se 208.349 suicídios em um ano, salientando que o suicídio fica entre as 10 principais causas de morte no mundo, para indivíduos de todas as idades, e entre a segunda ou terceira, para a faixa de 15 a 34 anos. Destaca também que este sério problema de saúde pública ainda se agrava, se consideramos que, além destes números de mortes por suicídio, existem, numa proporção dez vezes maior, pessoas que tentam suicídio ou deliberadamente se machucam seria e suficientemente para necessitar alguma forma de cuidados médicos.

Com dados extraídos do *The Global Burden of Disease*, da Harvard University Press, a revista VEJA (1999a) endossa os dados anteriores, listando as dez principais causas de morte, no mundo, entre 15 e 44 anos de idade para ambos os sexos, conforme o Quadro 5.

Quadro 5. Principais causas de morte, no mundo, entre 15 e 44 anos, em milhares, por ano, para ambos os sexos

Causas de morte, por ordem de freqüência	
Homens	Mulheres
Acidente de trânsito	Tuberculose
Tuberculose	Suicídio
Violência	Guerras
Suicídio	Hemorragia no parto
Guerras	Acidente de trânsito
Isquemia do coração	HIV/AIDS
HIV/AIDS	Acidente vascular cerebral
Cirroze hepática	Isquemia do coração
Afogamento	Incêndio
Acidente vascular cerebral	Infecções pulmonares

Fonte: VEJA, 1999a, p.64

A Organização Mundial da Saúde, em seu *site* na Internet, aponta para o impressionante aumento de cerca de 60% nas taxas de suicídio, durante menos de meio século, destacando, ainda, a estimativa, para o corrente ano de 2000, da ocorrência de aproximadamente um milhão de suicídios ou 16/1000.000 habitantes, sendo esperada uma morte por suicídio a cada 40 segundos (WHO, 2000b).

De maneira geral, esses dados e estimativas denotam a importância do problema. Entretanto, muitos autores sugerem que os informes oficiais não refletem a

realidade, de forma que *“os coeficientes internacionais de suicídio são tão inexatos, que é impossível tirar dos mesmos conclusões válidas”* (OMS, 1976, p.15). Assim, durante muitos anos os autores alertaram para a falsa aparência das estatísticas sobre o suicídio. Na verdade, a própria avaliação de uma morte, como suicídio, que *“implica alguns julgamentos ou a reconstrução da motivação da vítima”* (SHNEIDMAN, 1968, p.41), pode causar confusões, tanto para a classificação da causa de morte num atestado de óbito (SHNEIDMAN, 1968, p.25), como para a identificação dos atos, denominados *“suicídios ocultos”* (MEERLOO, 1968, p.82-9), insinuados nas propensões para acidentes ou mascarados em outras formas de autodestruição, de maneira que as estatísticas específicas, por mais inquietadoras que sejam, nunca chegam a revelar a realidade.

Além disso, para DIGGORY (1968), as pesquisas sobre suicídio, durante muito tempo, também estiveram contaminadas por mitos e preconceitos, talvez *“por não haver concordância em relação a que classe específica de ações se aplica o termo suicídio”* (p.3). Nota-se, por exemplo que, enquanto STENGEL (1965) afirmou que *“a conduta autodestrutiva, não associada a idéia de morte, não é suicídio”* (p.18), MENNINGER (1970) apresenta fatos exemplos de suicídios que certamente não apareciam como tal num atestado de óbito.

Porém, DIEKSTRA (1996) afirma que, se bem o suicídio seja subrelatado (por uma série de razões) e as taxas sujeitas a muitos erros, há evidências, a partir de estudos específicos, que *“indicam claramente que estes erros são aleatórios, pelo menos na medida em que permite aos epidemiologistas lucrativamente comparar taxas entre países, dentro deles e ao longo do tempo”* (p.3).

Dentro desta perspectiva, MOSCICKI (1997) refere que a epidemiologia tem se envolvido em esforços de pesquisa rigorosa, tanto para verificar hipóteses causais para suicídio como para tentativa de suicídio, tendo desempenhado um papel importante na identificação e determinação de fatores de risco. Menciona também que, na última década, utilizou dados fornecidos por estudos de autópsia psicológica, incluindo-a no repertório metodológico disponível aos suicidologistas. Comenta ainda que, embora tenha se afirmado que o suicídio é substancialmente subrelatado, a maioria das nações ultimamente tem usado a mesma nomenclatura, baseando-se na CID-9 (hoje, na CID-10*), para codificar dados de mortalidade, além de que (com base na literatura) as evidências empíricas têm sugerido que *“a subcontagem consistente tem sido em proporções muito mais modestas do que se*

* Observação da pesquisadora.

supunha anteriormente” (p.501). Desta maneira, as informações obtidas através de dados oficiais, para este autor, podem ser usados validamente com certos objetivos, como estudar fatores de risco ou correlatos sociodemográficos de suicídio. Mesmo assim, segundo ele, é necessária uma melhor operacionalização dos critérios de classificação de morte por suicídio, bem como a criação de um esquema de referência padronizado na apresentação dos dados estatísticos. Isto, certamente, “*vai ajudar a esclarecer as más percepções sobre a confiabilidade dos dados de suicídio informados oficialmente*” (p.501).

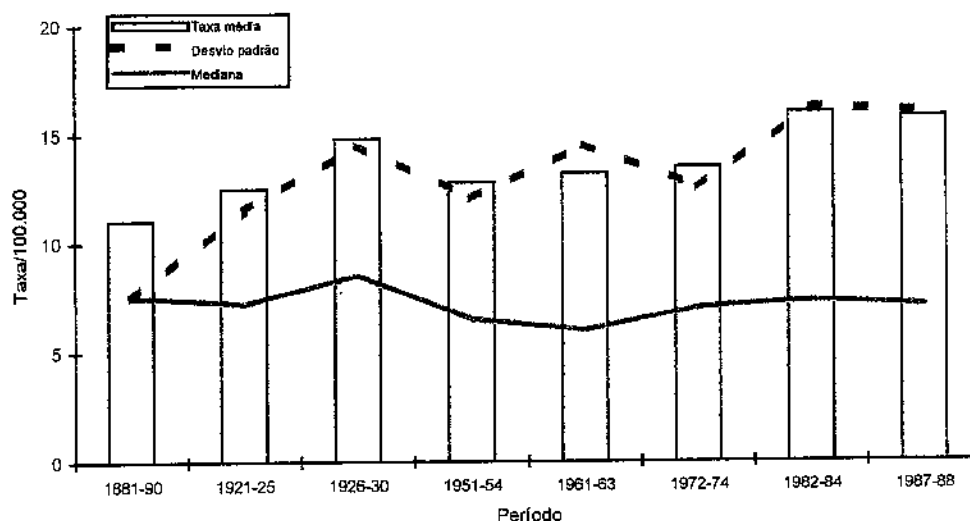
Pode-se observar, através das Tabelas 1 e 2, as variações internacionais nas taxas de morte de suicídio.

Tabela 1. Suicídio na Europa, de 1881 a 1988

País	1881/ 1900	1921/ 1925	1951/ 1954	1961/ 1967	1972/ 1974	1982/ 1984	1987/ 1988
Alemanha	20,9	22,1	18,6	18,9	20,6	21,4	17,9
Áustria	16,1	28,3	23,0	21,9	23,6	28,0	25,0
Bélgica	11,4	13,4	13,6	14,1	15,5	23,0	22,5
Dinamarca	22,5	13,8	23,5	18,3	24,6	28,9	28,0
Escócia	5,5	6,6	5,6	8,5	8,3	10,7	11,9
Espanha	2,4	5,6	5,9	6,0	4,3	7,2	7,8
Finlândia	3,9	12,7	17,4	20,7	24,2	24,6	27,6
França	20,7	19,5	15,5	15,5	15,8	21,8	22,1
Holanda	5,5	6,2	6,3	6,5	8,7	11,6	11,0
Inglaterra e País de Gales	7,7	10,1	10,6	1,8	7,8	8,7	8,5
Irlanda	2,3	2,8	2,3	2,5	3,4	7,5	6,9
Itália	4,9	8,8	6,5	5,4	5,6	5,3	8,3
Noruega	6,8	5,8	7,1	7,5	9,4	14,4	15,5
Portugal	6,9	10,2	8,7	10,2	8,1	-	-
Suécia	10,7	14,4	17,2	18,0	20,4	19,4	18,5
Suiça	22,7	23,1	21,8	18,1	19,6	24,7	22,7

Fonte: OMS, apud DIEKSTRA, 1996, p.6

A Tabela 1 reproduz dados da OMS, apresentados por DIEKSTRA (1996), sobre suicídio na Europa, de 1881 a 1988. O autor observa que os coeficientes mais baixos são de países do sul, seguidos pelos da região noroeste, depois por países escandinavos e, finalmente, pelo grupo de países do cinturão europeu (com início na Bélgica e França, a oeste, atravessando, em direção a leste, a Suíça, a Áustria e a Hungria, e terminando na Rússia). Como, em relação a muitos dos países listados, existem dados de pelo menos cem anos, o autor tenta examinar a tendência dos dados de suicídio durante este século, conforme está reproduzido no Gráfico 1.



Fonte: DIEKSTRA, 1996, p.7

Gráfico 1
Taxas de suicídio em países europeus, de 1881 a 1988
(médias, medianas e desvios padrão de 16 países)

Apesar de que, individualmente, tenha havido, em alguns países, variações para mais ou para menos em diferentes períodos, quando são analisados os totais, conforme se pode ver no gráfico, observa-se que se distribuem numa linha ascendente, notando-se um aumento de suicídios, que atinge um nível de significância estatística. Entretanto, afirma o autor, *“enquanto o coeficiente médio na Europa cresceu, tanto a variação em torno da média europeia como a ordem de classificação de todos os países em relação à média têm permanecido bastante similar”* (p.4). Tais tendências sugerem a prevalência do suicídio continuar a apresentar diferenças internacionais, quanto a variáveis socioculturais, geográficas ou outras, mas a importância dessas diferenças está se tornando menos evidente.

Na Tabela 2, podem-se observar coeficientes médios de suicídio, a partir de dados de cinco anos, dentro do período de 1988 a 1993. Tais dados foram coletados de anuários estatísticos da OMS, pelos autores (FALK, CARVALHO, SILVA, PINHEIRO, 1995). A tabela inclui países com os maiores coeficientes de suicídio, bem como aqueles com maior expectativa de vida por ocasião do nascimento, sendo que Suécia e Suíça atendem aos dois critérios de inclusão.

Tabela 2. Óbitos e coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) em alguns locais, média de 1988 a 1993

País	Média dos coeficientes de suicídio disponíveis nos últimos 5 anos
Hungria	38,9
Lituânia	32,1
Estônia	31,1
Eslovênia	30,8
Rússia	29,6
Finlândia	29,0
Dinamarca	23,6
Áustria	23,0
Letônia	22,7
Bielorrússia	22,4
Suíça	21,7
Ucrânia	20,9
França	20,4
República Checa	19,0
Suécia	17,5
Japão	16,7
Alemanha	17,2
Noruega	15,6
Hong Kong	11,6

Fonte: FALK et al, 1995, p.253.

Os autores chamam a atenção de que o grupo de países escandinavos, que se notabilizara pelos maiores coeficientes mundiais de suicídio, cederam este lugar para outros países do oeste e leste europeu, sendo que a Hungria detém a média mais elevada (38,9 por 100.000 habitantes), embora o coeficiente mais alto do mundo tenha sido o da Lituânia, em 1992 (42,1 por 100.000 habitantes).

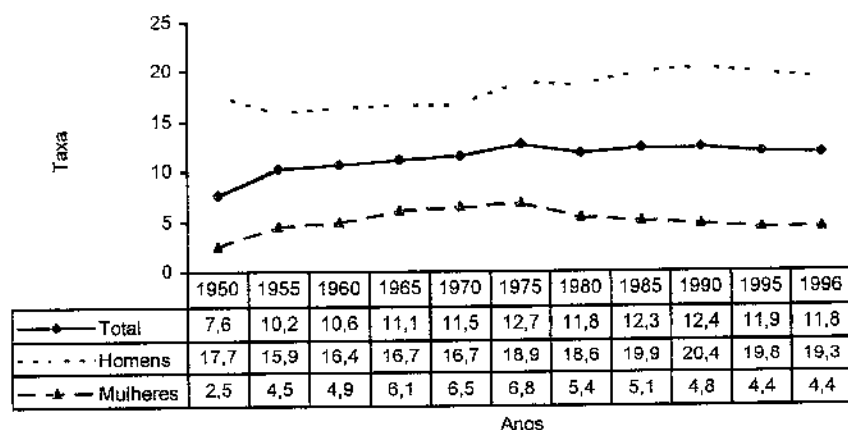
Examinando dados mais atualizados, conforme a Tabela 3, verifica-se que, aparentemente, não vêm se registrando mudanças marcantes (em comparação com os dados das Tabelas 1 e 2) em relação aos países com taxas mais elevadas.

Tabela 3. Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) segundo dados da Organização Mundial da Saúde

País	Ano	Taxa	Ano	Taxa
Lituânia	1995	45,6	1996	48,2
Estônia	1995	40,1	1996	39,2
Hungria	1995	32,9	1997	32,4
Rússia	1990	26,5	1995	41,5
Eslovênia	1995	28,9	1996	30,9
Finlândia	1990	30,3	1995	37,2
Suíça	1990	21,9	1994	21,4
Ucrânia	1990	20,7	1992	22,6
Áustria	1995	22,2	1997	20
França	1990	20,0	1995	20,6
Dinamarca	1995	17,7	1996	17,5
Japão	1995	17,3	1996	17,9
Bélgica	1990	19,0	1992	18,7
República Checa	1995	17,5	1996	15,4
Alemanha	1995	15,8	1997	15,1
Suécia	1995	15,3	1996	14,2
Irlanda	1990	9,5	1995	11,2
Itália	1990	7,6	1993	9,3
Portugal	1995	8,2	1996	6,7
Espanha	1990	7,5	1995	8,1
Inglaterra	1995	7,4	1997	7,1

Fonte: WHO, 2000b

Já nos Estados Unidos, suicídio deixou de ocupar a oitava posição, entre as causas de morte (que foi ocupada por infecções associadas a AIDS), para ficar em nono lugar (MOSCICKI, 1997; JACOBS, BREWER, KLEIN-BENHEIM, 1999). Dados de 1994 revelam a ocorrência de 31.142 mortes, registradas como suicídio, o que correspondem a 1,4% do total de óbitos. Embora tenha sido observado um aumento constante nos coeficientes nacionais de suicídio, durante o período entre meados da década de cinquenta e o fim da década de setenta, a partir do início dos anos oitenta (vide Gráfico 2, com dados atualizados da WHO em 2000b), eles têm se mantido estáveis, embora com marcantes diferenças entre os estados. Por exemplo, enquanto, em 1994, o coeficiente para 100.000 habitantes era de 5,1, no distrito de Columbia, o de Nevada era de 23,4. Historicamente, os maiores coeficientes têm sido observados nos estados do oeste americano.



Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 2

Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) nos Estados Unidos, no período de 1950-1996, para ambos os sexos

De um modo geral, observa LITMAN (1996), os coeficientes de suicídio têm se mantido bastante estáveis, durante cerca de meio século, nos Estados Unidos, com oscilações de 11 para 13 casos por 100.000 habitantes, apesar dos estudos epidemiológicos terem chamado a atenção para a diminuição de suicídios em homens com mais de 60 anos (como exemplo, vide Tabela 4) e um correspondente aumento do coeficiente entre homens com menos de 25 anos. A respeito da importância do problema representado pelo suicídio, entre adolescentes e jovens adultos, nos Estados Unidos, DIEKSTRA (1996) cita uma estimativa, realizada por Weinstein e Saturno, em 1989, dizendo que cada morte por suicídio, nesse período etário, representa *“uma perda de 53 anos de vida humana e US\$ 432.000 de produtividade econômica, resultando num custo nacional total, em cada ano, de 276.000 anos de perda de vida, 217.000 anos de vida produtiva, perdida antes da idade de 65 anos e prejuízo econômico de 2,6 bilhões”* (p.20).

Tabela 4. Número de suicídios, nos Estados Unidos, no ano de 1996, conforme idade e sexo

Idade (anos)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total
Homens	225	3.724	4.848	5.300	3.684	2.306	2.307	2.586	24.998
Mulheres	77	634	1.013	1.441	1.153	619	499	463	5.905
Total	302	4.358	5.861	6.741	4.837	2.925	2.806	3.049	30.903

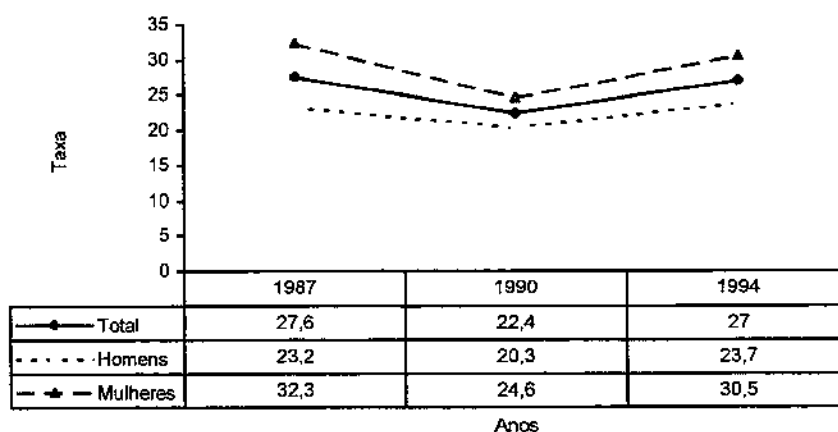
Fonte: WHO, 2000b

Os coeficientes de suicídio são afetados por variáveis sociodemográficas. No ano de 1994, nos Estados Unidos, o coeficiente de morte para 100.000 habitantes foi de 21,3, para pessoas com idade entre 75 e 84 anos, e de 23,0, acima de 85 anos, que, embora sejam coeficientes elevados, ficam bem abaixo do coeficiente, para 100.000 habitantes, da primeira causa de morte entre idosos, constituída por cardiopatias, e que chega a 1.840, 7/100.000 (MOSCICKI, 1997). Em comparação, o coeficiente de suicídio de indivíduos, para o período entre 15 e 24 anos, em 1994, nos Estados Unidos, foi de 13,8, ocupando o terceiro lugar entre causas de morte.

Outros correlatos sociodemográficos importantes em relação ao suicídio, além da idade, são sexo, raça/etnia e estado civil (MOSCICKI, 1997). Coeficientes de mortalidade para o sexo masculino, nos Estados Unidos, são mais elevados do que para o sexo feminino, tendo aumentado tal diferença nos últimos anos. Suicídios de homens brancos, nos Estados Unidos, representam mais de 70% do total, sendo os coeficientes mais elevados registrados no grupo de mais de 85 anos (71,4 por 100.000 habitantes). Coeficientes de suicídio entre homens de raça negra, ainda que mais baixos do que os das pessoas brancas do sexo masculino, apresentam diferente distribuição, tendo maior incidência entre jovens. Têm-se observado, recentemente, tendências ao aumento de tais coeficientes nos grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, sendo que, neste último, houve uma variação de 15,7 por 100.000 habitantes, em 1986, para 24,8 por 100.000 habitantes, em 1994. Tal distribuição dos dados estatísticos a respeito de negros americanos é bastante similar à observada entre índios americanos e nativos do Alasca. O coeficiente de suicídio para este grupo, no período entre 1991 e 1993, foi de 16,2/100.000, sendo que, para indivíduos do sexo masculino, entre 15 e 24 anos, chegou a 51,7/100.000, mas há diferenças do ponto de vista geográfico. Por outro lado, no que se refere a estado civil, os coeficientes são mais elevados entre sujeitos divorciados e viúvos, em todos os grupos etários, chegando a 34,9/100.000 e 33,2/100.000, respectivamente, predominando entre as pessoas viúvas mais jovens, mas sem variações associadas com raça.

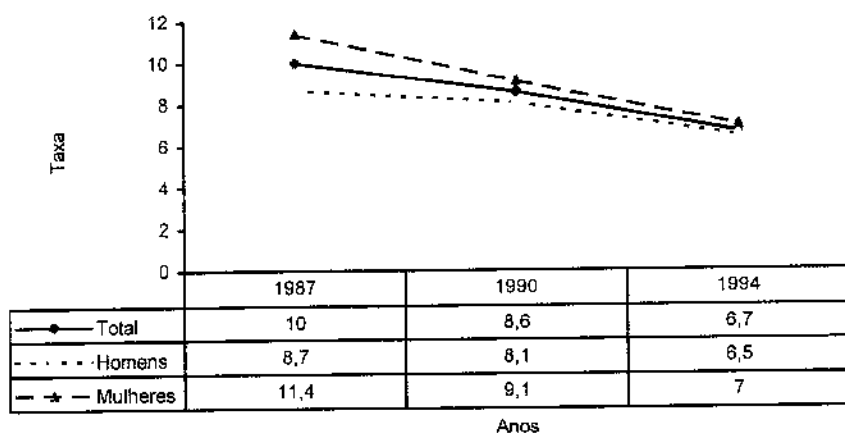
A Ásia, conforme informações da Folha de São Paulo (BROWN, 1997), registra os maiores coeficientes mundiais de suicídio, especialmente ao longo do chamado **cinturão dos suicídios**, que, geograficamente, se localiza do Sri Lanka até a China, atravessando Hong Kong e Taiwan, com liderança inequívoca da China. Existe uma estimativa de que, considerando dados deste século, cerca de dois milhões de chineses tenham cometido suicídio, apresentando diferenças importantes em relação ao mundo ocidental. Em primeiro lugar, ao contrário da distribuição de suicídios no ocidente, os

coeficientes de suicídio são três a quatro vezes mais elevados entre pessoas do sexo feminino do que do masculino (vide Gráficos 3 e 4), sendo que 25% das mortes entre indivíduos do sexo feminino, entre 15 e 44 anos, têm como causa o suicídio. Em segundo lugar, os coeficientes de suicídio da zona rural (como exemplo, vide Tabelas 5 e 6) são três vezes mais elevados do que os da zona urbana. Por outro lado, enquanto, no ocidente, suicídio é freqüentemente associado com depressão, na China, há dúvidas quanto à influência de fatores psiquiátricos sobre o suicídio. Presume-se que pressões sociais constituam o principal fator responsável pelo suicídio feminino na China (manutenção obrigatória de casamentos infelizes, problemas associados à convivência com sogras “pouco amistosas”, problemas financeiros devidos a perdas no jogo e, inclusive, limitação da natalidade).



Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 3
Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na China,
no período de 1987-1994, para ambos os sexos (área rural)



Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 4

Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na China, no período de 1987-1994, para ambos os sexos (área urbana)

Tabela 5. Número de suicídios, na China, no ano de 1994, conforme idade e sexo (área rural)

Idade (anos)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total
Homens	60	895	1.007	870	753	943	1.123	628	6.279
Mulheres	52	1.701	1.851	1.024	711	826	929	691	7.788
Total	112	2.596	2.858	1.894	1.464	1.769	2.052	1.319	14.067

Fonte: WHO, 2000b

Tabela 6. Número de suicídios, na China, no ano de 1994, conforme idade e sexo (área urbana)

Idade (anos)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total
Homens	33	197	404	407	259	258	257	211	2.026
Mulheres	18	314	419	362	229	240	255	261	2.098
Total	51	511	823	769	488	498	512	472	4.124

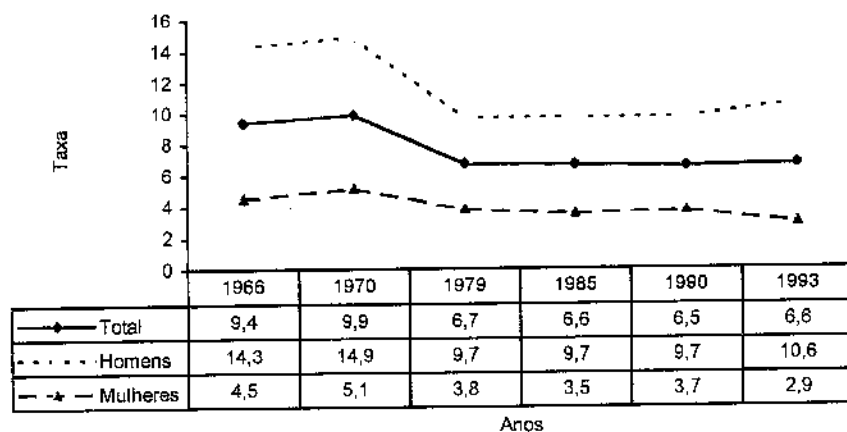
Fonte: WHO, 2000b

No caso específico do Japão, conforme dados apresentados pela mídia (VEJA, 1999b), no ano de 1998, 32.863 pessoas (quase a metade de desempregados com idade entre 40 e 60 anos) cometeram suicídio, o que representou um aumento aproximado de 35% em relação ao ano de 1997. De acordo com dados estatísticos da polícia daquele país, cerca de 90 pessoas se matam todos os dias, fato que tem sido considerado como uma situação de “emergência nacional”. Mas, certamente, o mais preocupante, para as autoridades locais, é o aumento dos casos de suicídio em 40%, entre jovens na faixa etária de 20 anos, e de 53,1%, em adolescentes com menos de 19 anos. Entre as principais causas identificadas, estão a recessão econômica, a vergonha, o desespero e o sentimento de marginalidade social decorrente do desemprego, assim como também problemas com a família e com a escola.

Na América Latina, no ano de 1987, segundo MACHADO & TUTTÉ (1996), o Uruguai tinha a taxa de suicídios mais alta: 12,7 suicídios anuais para cada 100.000 habitantes. A partir da publicação do médico Federico Dajas, na *Revista Médica del Uruguay*, em dezembro de 1990, as autoras comentam que foi constatado que o Uruguai apresentava taxas de suicídio muito altas, colocando-o em primeiro lugar, entre os países não-industrializados. Os suicídios, nesse país, são mais frequentes no interior do que na capital. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 1993, foi registrado um total de 415 suicídios (155 na capital e 260 no interior) e, no ano de 1994, suicidaram-se 442 pessoas (161 na capital e 281 no interior). Destaca-se, ainda, que na adolescência o suicídio é a segunda causa de morte, após os acidentes de trânsito, sendo que, no interior, é a primeira causa de morte nesse período etário.

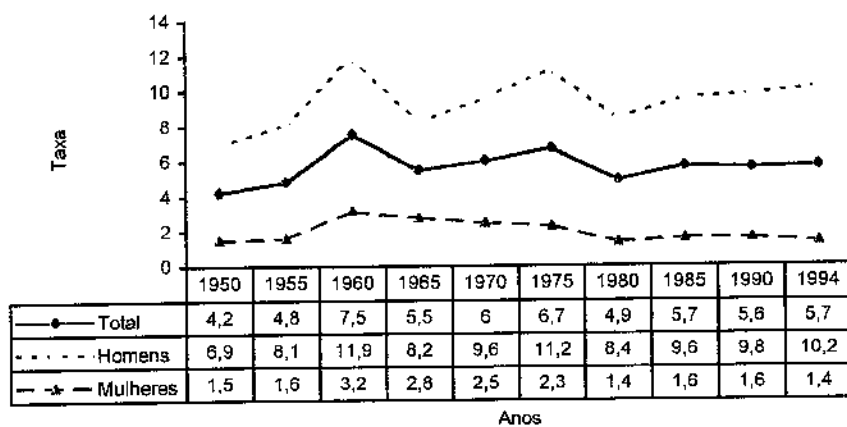
Em publicação mais recente, ROBERTT (1999) confirma os dados anteriores, acrescentando que, através de estudos comparativos, constata-se que o Uruguai se localiza, nos últimos 30 anos, entre os países com taxas médias (10-19 suicídios por 100.000 habitantes) na escala mundial. A sociedade uruguaia, então, possui, segundo este sociólogo, taxas tradicionalmente médias, como as dos Estados Unidos, mas notoriamente menores às dos países com taxas historicamente altas, como a Hungria. Contudo, no contexto latino-americano, localiza-se entre os países com taxas altas, similares a Cuba, El Salvador, Porto Rico, Trinidad-Tobago e Suriname.

Dados mais específicos dos outros países de língua espanhola, integrantes do Cone Sul, podem ser observados nos gráficos 5, 6 e 7.



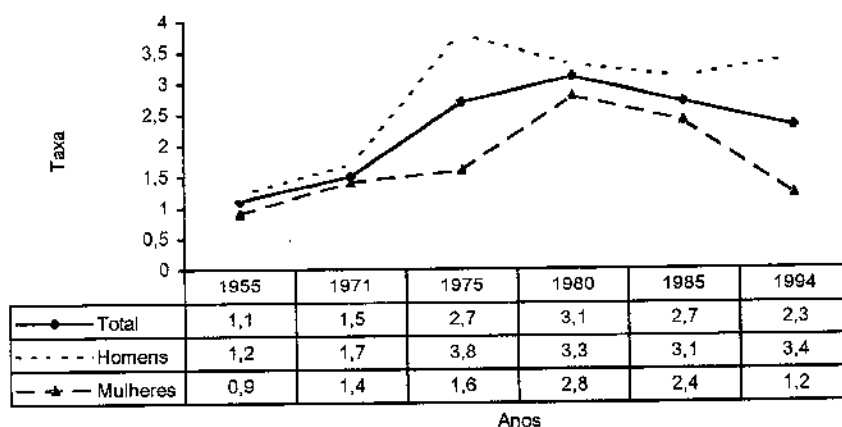
Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 5
Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) na Argentina,
no período de 1966-1993, para ambos os sexos



Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 6
Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) no Chile,
no período de 1950-1994, para ambos os sexos



Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 7

Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) no Paraguai,
no período de 1955-1994, para ambos os sexos

O Brasil apresentou, segundo BOTECA (1996), um coeficiente de mortalidade de 5,6 suicídios por 100.000 habitantes no ano de 1985, o que representou um percentual de 0,7% do total de mortes em homens, com um máximo de 2,8%, dos 20 a 29 anos de idade, e 0,3% do total de mortes, em mulheres. Estudando os coeficientes de mortalidade, não pode ser desconsiderada a diversidade das regiões em nosso país. Mas, em função da limitada confiabilidade das informações, BOTECA sugere cautela na comparação dos dados. Contudo, menciona haver indicativos de que a mortalidade por suicídio é maior na Região Sul e menor na Região Nordeste.

A Tabela 7, com base nos dados do Ministério da Saúde e do Núcleo de Informações em Saúde (RS), relaciona os coeficientes de mortalidade por suicídio no Brasil e em seus seis maiores estados, no ano de 1989, mostrando algumas diferenças, verificando-se que o Rio Grande do Sul detém o maior coeficiente (FALK et al, 1995).

Tabela 7. Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) no Brasil e em seus maiores estados, quanto à população, em 1989

Local	Coeficiente
Brasil	3,20
Rio Grande do Sul	8,09
Paraná	5,25
São Paulo	3,99
Minas Gerais	2,95
Rio de Janeiro	2,06
Bahia	1,03

Fonte: FALK et al, 1995, p.253

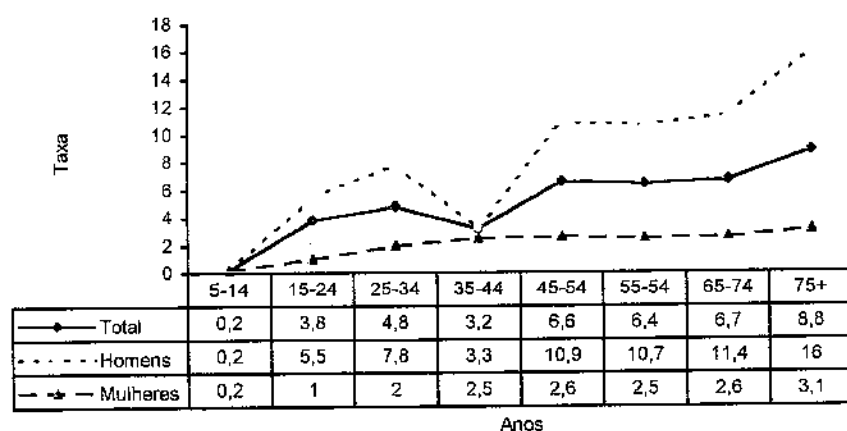
Por outro lado, os dados da Tabela 8 chamam a atenção para a aparente similaridade entre coeficientes de suicídio, em 1991, nas capitais de diferentes regiões brasileiras (RAPELI, 1997).

Tabela 8. População, taxa bruta e coeficiente de mortalidade por suicídio nas capitais das regiões brasileiras, em 1991

Região	População	Taxa bruta	Coeficiente
Norte	3.060.728	140	4,53
Nordeste	8.562.361	263	3,07
Sudeste	17.376.173	687	3,95
Sul	2.831.274	128	4,52
Centro-Oeste	3.446.021	160	4,64

Fonte: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Sistema de informação de óbitos. 1991. (apud RAPELI, 1997)

Já a Organização Mundial da Saúde apresenta, em 2000, os dados mais recentes sobre o Brasil, que são os de 1992, conforme o Gráfico 8 e a Tabela 9.



Fonte: WHO, 2000b

Gráfico 8

Taxas de suicídio (por 100.000 habitantes) no Brasil,
no ano de 1992, por sexo e idade

Tabela 9. Número de suicídios, no Brasil, no ano de 1992, conforme idade e sexo

Idade (anos)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total
Homens	39	816	981	277	620	407	236	146	4.074
Mulheres	36	283	262	230	161	104	62	36	1.178
Total	75	1.099	1.243	507	781	511	298	182	5.212

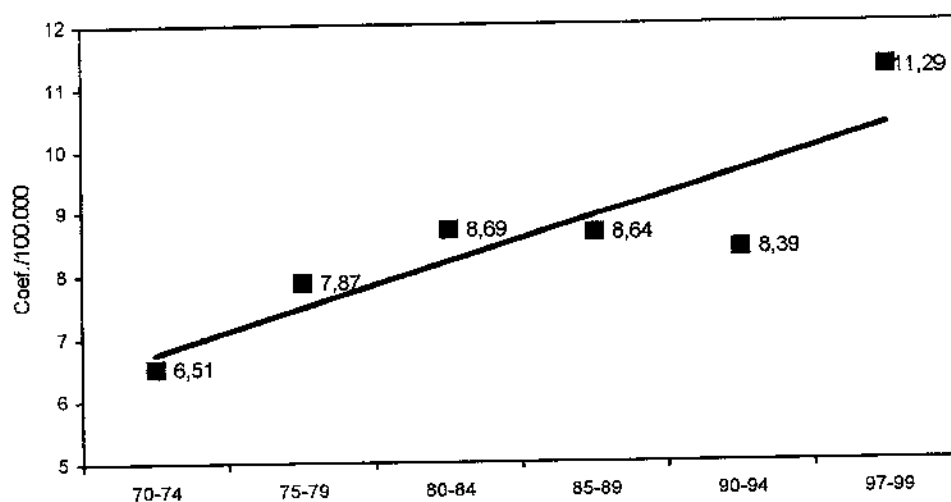
Fonte: WHO, 2000b

Especificamente, no Rio Grande do Sul, os coeficientes de mortalidade por suicídio, se bem que, de maneira geral, têm se mantido mais ou menos constantes (Tabela 10), nos últimos anos a sua incidência aumentou (Gráfico 9), devendo-se notar que existem diferenças regionais (Tabelas 11 e 12). Estas são mais flagrantes, ao se examinar os coeficientes de mortalidade por suicídios e lesões auto-infligidas, em municípios do Rio Grande do Sul, registrados de 1970 a 1995 (Tabela 13). São incluídos municípios que apresentaram coeficientes médios mais elevados que o coeficiente calculado para o total desse tipo de mortalidade, no Rio Grande do Sul. Vê-se que, em alguns municípios, os coeficientes superam os apresentados por alguns países europeus.

Tabela 10. Evolução do coeficiente de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) no Rio Grande do Sul

Anos	Coeficiente
1980	8,27
1985	9,27
1990	7,38
1991	8,61
1992	8,84
1993	8,01
1994	7,11

Fonte: SSMA, 1996



Fonte: SSMA, 2000

Gráfico 9

Tendência linear e coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente - suicídios, Rio Grande do Sul, 1970 a 1999

Tabela 11. Coeficientes de mortalidade por suicídio nas delegacias regionais de saúde do Rio Grande do Sul

Delegacia	Período (em anos)				Coeficiente médio
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1996-1998	
1ª	5,29	5,15	5,41	9,10	6,24
2ª	7,64	8,89	7,39	10,94	8,71
3ª	8,84	8,64	7,26	9,27	8,50
4ª	8,52	8,00	8,14	10,38	8,76
5ª	7,49	7,27	10,18	11,87	9,20
6ª	13,80	12,41	10,81	11,17	12,05
7ª	7,58	9,17	7,19	8,26	8,05
8ª	12,39	13,02	11,42	14,77	12,90
9ª	4,71	4,30	13,86	10,33	8,30
10ª	10,76	10,64	7,82	9,53	9,69
11ª	7,35	7,50	7,48	8,63	7,74
12ª	8,22	10,08	10,55	11,07	9,98
13ª	10,48	16,10	14,80	15,40	14,19
14ª	12,21	12,50	11,04	11,55	11,83
15ª	10,95	9,45	11,07	11,81	10,82
16ª	14,76	16,79	13,74	12,26	14,39
17ª	-	-	9,49	7,09	-
18ª	-	-	-	9,41	-
19ª	-	-	-	16,84	-
Rio Grande do Sul	8,69	8,64	8,39	10,28	9,00

Fonte: SSMA, 2000

Tabela 12. Coeficientes de mortalidade por suicídio nos 10 municípios mais populosos do Rio Grande do Sul

Municípios	Período (em anos)						Coef. médio
	1970-1974	1970-1998	1970-1998	1975-1979	1980-1984	1985-1989	
1º Porto Alegre	5,83	5,69	5,69	5,05	5,06	4,59	5,69
2º Caxias do Sul	4,03	7,15	7,15	7,62	6,78	4,50	7,15
3º Pelotas	2,11	4,90	4,90	1,97	5,06	5,89	4,90
4º Canoas	2,89	4,39	4,39	3,31	4,29	3,60	4,39
5º Santa Maria	2,23	4,74	4,74	2,76	6,33	4,22	4,74
6º Novo Hamburgo	5,32	6,40	6,40	4,99	5,78	6,27	6,40
7º Gravataí	2,23	5,09	5,09	5,33	3,45	7,20	5,09
8º Viamão	4,74	6,11	6,11	3,54	7,00	6,21	6,11
9º São Leopoldo	5,94	6,42	6,42	4,78	7,27	5,96	6,42
10º Rio Grande	9,84	8,59	8,59	8,92	10,15	8,29	8,59
Rio Grande do Sul	6,51	8,40	8,40	7,87	8,69	8,64	8,40

Fonte: SSMA, 2000

Tabela 13. Coeficientes de mortalidade por suicídios e lesões auto-infligidas em alguns municípios do Rio Grande do Sul, 1970 a 1995

DRS	Município	Período					Coef. médio	1995
		1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994		
12 ^a	Bossoroca	11,24	41,05	45,18	23,29	17,56	27,66	49,76
6 ^a	Victor Graeff	12,49	13,68	24,50	25,33	47,26	24,65	27,17
13 ^a	Venâncio Aires	19,74	28,18	16,28	21,01	20,33	21,11	26,62
16 ^a	Roca Sales	11,58	27,61	29,76	23,72	2,17	18,97	21,50
16 ^a	Bom Retiro do Sul	8,98	15,70	22,62	27,24	15,35	17,98	32,76
17 ^a	Augusto Pestana	2,18	24,39	18,00	22,67	16,99	16,89	73,14
12 ^a	Guarani das Missões	11,34	10,88	15,68	21,82	20,84	16,11	17,34
2 ^a	Três Coroas	25,27	6,53	16,35	12,80	19,51	16,09	31,13
3 ^a	Canguçu	6,20	14,84	19,27	17,86	21,21	15,88	16,24
14 ^a	Crissiumal	17,59	4,10	22,40	17,17	17,81	15,81	22,78
14 ^a	Horizontina	4,61	21,27	11,82	13,96	23,48	15,03	17,56
4 ^a	Santiago	17,58	13,82	7,13	16,24	19,97	14,95	20,86
16 ^a	Lajeado	8,93	11,68	14,47	15,80	20,00	14,18	19,85
17 ^a	Condor	9,99	9,60	27,35	14,58	9,33	14,17	15,55
15 ^a	Chapada	7,61	7,74	11,82	20,07	23,42	14,13	19,32
14 ^a	Porto Lucena	9,33	11,23	11,59	15,41	22,78	14,07	14,52
6 ^a	Lagoa Vermelha	9,75	7,73	11,34	20,03	20,06	13,78	17,08
5 ^a	Gramado	12,21	9,28	12,88	12,59	21,25	13,64	17,01
9 ^a	Selbach	4,44	22,31	8,96	8,99	22,02	13,34	21,44
17 ^a	Ajuricaba	13,71	8,54	11,89	16,93	14,50	13,11	54,60
14 ^a	Tuparendi	8,27	9,90	15,98	17,91	12,31	12,87	20,93
10 ^a	Quaraí	17,29	19,45	7,22	10,39	9,01	12,67	13,33
8 ^a	Caçapava do Sul	12,47	12,03	12,18	13,58	12,66	12,58	22,68
14 ^a	Humaitá	10,89	9,64	10,12	20,67	10,14	12,29	17,24
11 ^a	Erval Grande	5,97	11,39	12,89	16,84	13,90	12,20	14,20
6 ^a	Serafina Corrêa	2,40	11,20	20,94	9,83	11,77	11,23	35,01
11 ^a	Machadinho	4,13	9,17	10,09	16,21	16,54	11,23	14,07
15 ^a	Rondinha	4,79	9,48	23,44	9,27	8,51	11,10	28,98
7 ^a	Pinheiro Machado	11,20	12,56	6,95	9,70	12,01	10,48	29,68
17 ^a	Santo Augusto	10,46	13,23	5,56	4,14	18,32	10,34	26,21
18 ^a	Mostardas	2,84	2,98	19,91	13,82	2,14	8,34	10,19
	Rio Grande do Sul	6,51	7,87	68,69	8,64	8,39	8,02	10,07

Fonte: SSMA, 1996, p.178

A respeito da diferença entre os municípios, convém ressaltar que a localidade de Venâncio Aires, no ano de 1979, apresentou um coeficiente de mortalidade por suicídio de 48,29 por 100.000 habitantes, superando o recorde mundial de coeficientes de mortalidade por suicídio da Lituânia, em 1992, de 42,1/100.000 (FALK, CARVALHO,

SILVA, PINHEIRO, 1996), registrando, entre os anos de 1990 e 1995, coeficientes de mortalidade por suicídio variáveis entre 15,02 e 37,22/100.000 (BRUM & NASCIMENTO, 1996a, 1996b; CORREIO DO POVO, 1996; VEJA, 1996). Alguns dados comparativos podem ser vistos na Tabela 14.

Tabela 14. Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes), em Venâncio Aires e outros locais

Local	Ano	Coeficiente médio
Venâncio Aires	1979	48,29
Venâncio Aires	1995	37,22
Venâncio Aires	1991-1995	24,59
13ª DRS*	1990-1994	13,38
Santa Cruz do Sul**	1993-1994	12,85
Rio Grande do Sul	1989	8,09
Brasil	1989	3,20

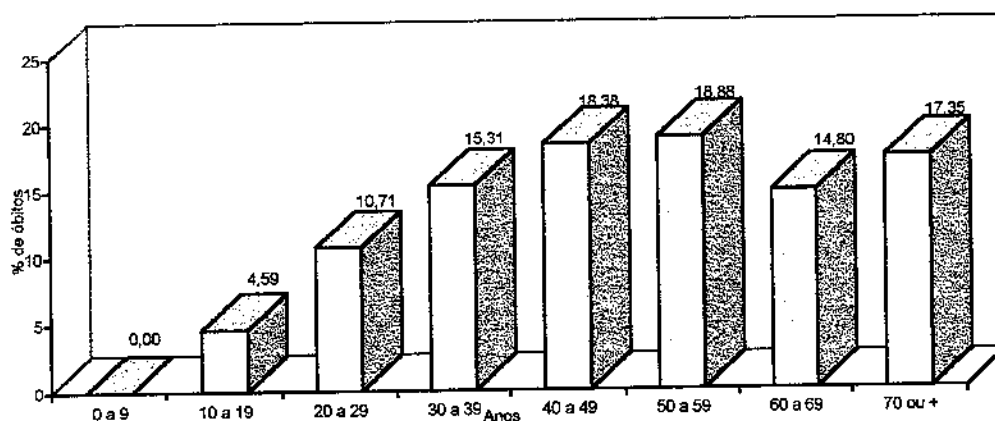
Fonte: 1979-1994 - Núcleo de Informações em Saúde (SSMA-RS) e 1995 - Delegacia de Polícia de Venâncio Aires, apud FALK et al, 1995, p.253 (resumido)

*Delegacia Regional de Saúde, que inclui Venâncio Aires.

**Município gaúcho com características socioculturais similares a Venâncio Aires.

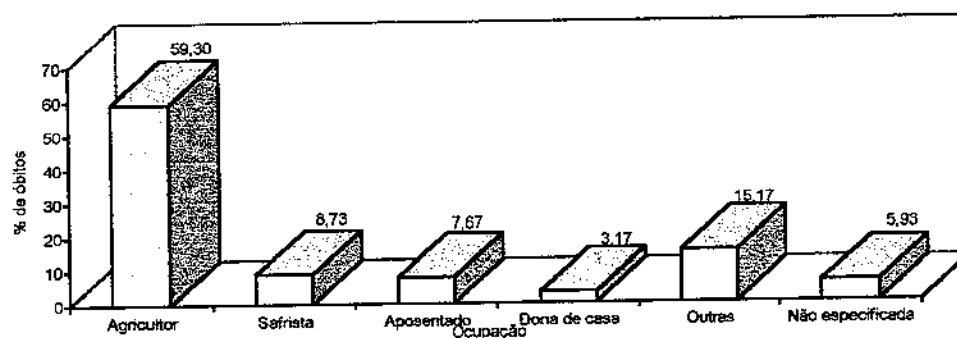
Venâncio Aires é um município com 55 mil habitantes, de colonização alemã, predominantemente agrícola, sendo o tabaco o principal produto, que sustenta a sua economia. Face os dados estatísticos alarmantes, passou a ser objeto de atenção dos meios de comunicação, especialmente, durante o ano de 1996. Em parte, a atenção foi despertada pelo fato de um grupo de pesquisadores gaúchos (FALK et al, 1995) ter sustentado a tese de que a causa provável do alto coeficiente de mortalidade por suicídio (que superou, em 1995, em dez vezes a média brasileira e a de muitos outros países) seria o uso de agrotóxicos organofosforados na lavoura de fumo. A intoxicação por tal agrotóxico afetaria o sistema nervoso central, produzindo alterações no padrão de comportamento, que levariam ao suicídio. Tal denúncia suscitou o interesse de profissionais de diferentes áreas, provocando árduas discussões sobre o uso de agrotóxicos na Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.

Ainda que não haja evidências conclusivas, os pesquisadores citados reforçam a hipótese dos agrotóxicos como fator de risco para o suicídio, apontando correlatos sociodemográficos dos indivíduos que cometeram suicídio, quais sejam, idade e ocupação, conforme os Gráficos 10 e 11.



Fonte: FALK et al, 1995, p.257

Gráfico 10
 Percentual de óbitos por suicídio, por faixa etária,
 em Venâncio Aires (média de 1979 a 1995)

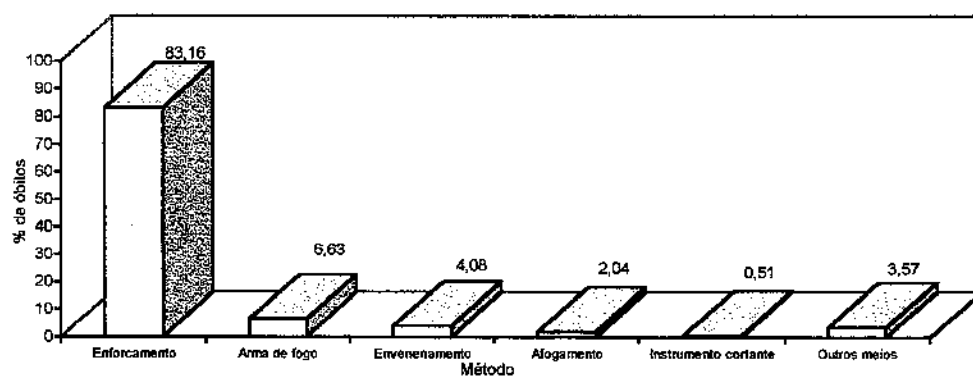


Fonte: FALK et al, 1995, p.258

Gráfico 11
 Percentual de óbitos por suicídio, por ocupação,
 em Venâncio Aires (média de 1993 a 1995)

Como se pode observar, há maior concentração de suicídios entre agricultores, principalmente com idade de 40 a 59 anos (idade produtiva para o plantio do tabaco) e após os 60 anos (como consequência de intoxicação crônica).

Por outro lado, no Gráfico 12, tem-se a distribuição de óbitos conforme o método utilizado, constatando-se que, em 83,16%, o método preferencial foi o enforcamento, por certo, dada a sua acessibilidade no meio rural.



Fonte: FALK et al, 1996, p.24

Gráfico 12

Percentual de óbitos por suicídio, conforme método utilizado,
em Venâncio Aires (média de 1979 a 1995)

Ainda tomando como referência os dados do Gráfico 11, pode-se observar que a ocupação de agricultor (agricultores e pecuaristas) também se encontra em primeiro lugar, nos anos de 1996 e 1997, e em segundo lugar, em 1998, entre óbitos por suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, conforme Tabelas 15 e 16.

Tabela 15. Média de óbitos por suicídio, no período de 1996 a 1997, segundo profissão e faixa etária, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul

Profissão	Faixa etária (anos)				Total	%
	7 a 29	30 a 49	50 a 64	65 e +		
Agropecuário	38	91	57	36	222	23,0
Ignorada	72	80	36	10	198	20,5
Serviços gerais	60	84	20	8	172	17,8
Aposentado	1	10	41	68	120	12,4
Dona de casa	12	33	17	9	71	7,3
Industriário/comerciante	13	28	12	3	56	5,8
Estudante	44	2	-	-	46	4,8
Militares/políciais	10	11	5	4	30	3,1
Motorista	2	16	5	1	24	2,5
Profissional liberal	5	10	8	1	24	2,5
Professor	-	2	1	-	3	0,3
Total	257	367	202	140	966	100,0
%	26,6	38,0	20,9	14,5	100,0	
Coef./100.000 hab.	6,6	13,2	18,5	22,2	10,0	

Fonte: SSMA, 1998, p.221

Tabela 16. Média de óbitos por suicídio, no ano de 1998, segundo profissão e faixa etária, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul

Profissão	Faixa etária (anos)					Total	%
	7 a 29	30 a 49	50 a 64	65 e +	Ignor.		
Ignorada	76	94	53	14	1	228	21,1
Agropecuário	36	107	43	30	2	218	20,2
Aposentado	4	24	45	81	3	157	14,5
Outros serviços gerais	53	62	22	5	0	142	13,1
Dona de casa	18	39	12	6	0	75	6,9
Comerciante	12	36	12	6	0	66	6,1
Estudante	47	5	-	1	0	45	4,2
Militares/políciais	14	20	10	4	0	48	4,4
Pedreiro	7	24	13	1	0	45	4,2
Profissional liberal	5	14	4	2	0	25	2,3
Motorista	3	17	4	0	0	24	2,2
Total	275	442	208	150	6	1.081	100,0
%	25,4	40,9	19,2	13,9	0,6	100,0	
Coef./100.000 hab.	6,8	15,6	18,7	23,3	36,8	11,0	

Fonte: SSMA, 2000

Os dados mais atuais para o estado, em relação às causas externas de morbidade e mortalidade, podem ser observados na Tabela 17.

Tabela 17. Número de óbitos por causas externas no Rio Grande do Sul, em 1999

Causa do óbito	Faixa etária (anos)													Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	Ignor.	
Trânsito	2	27	55	72	153	374	328	272	206	134	97	45	2	1.767
Homicídio	3	3	3	27	203	571	339	196	90	47	23	9	2	1.516
Suicídio	0	0	2	9	62	215	191	206	161	136	78	30	0	1.090
Afogamento	2	25	17	42	79	73	67	53	26	10	6	7	5	412
Outros	107	48	35	29	81	199	230	211	138	133	129	135	8	1.483
Total	114	103	112	179	578	1.432	1.155	938	621	460	333	226	17	6.268

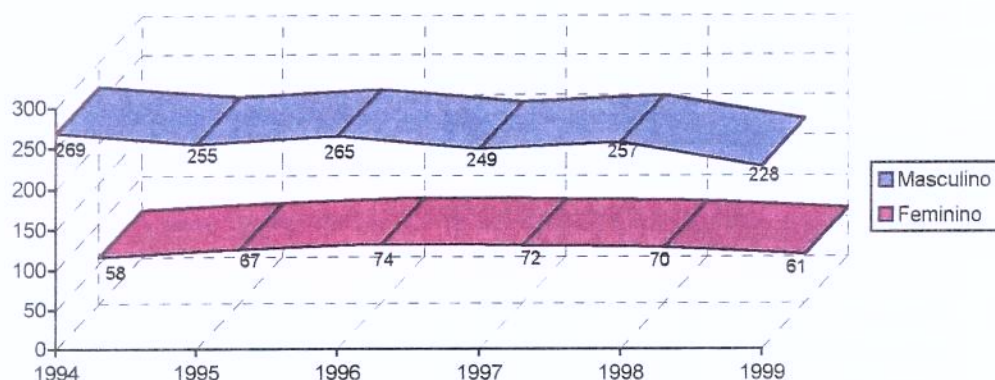
Fonte: SSMA, 2000

Os coeficientes de mortalidade sobre suicídio, na cidade de Porto Alegre, foram de 4,41 e 7,49/100.000 habitantes, respectivamente, para os anos de 1994 e 1995 (FALK et al, 1996). Consultando a Tabela 18, verifica-se que suicídio ocupa o terceiro posto entre mortes violentas na área que compreende Porto Alegre e a Grande Porto Alegre (vide municípios compreendidos na região metropolitana da Grande Porto Alegre, no Anexo G), ocorrendo três vezes mais frequentemente no sexo masculino do que no sexo feminino (vide Gráfico 13). Já quanto aos métodos utilizados, nos anos de 1994 a 1999, o preferencial é enforcamento, seguido por arma de fogo e queda (vide Tabelas 19, 20, 21 e 22). Tal escolha de enforcamento, como método preferencial, é digno de nota, dado o número de casos de suicídio na zona urbana.

Tabela 18. Número e percentual de óbitos por suicídio e outras mortes violentas em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, 1994 a 1999

Causas dos óbitos	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trânsito	932	38,83	972	38,63	914	35,80	964	36,04	716	30,93	689	31,32
Homicídio	796	31,46	772	30,68	836	32,74	934	34,92	781	33,74	777	35,32
Suicídio	327	12,92	322	12,79	339	13,27	321	12,00	327	14,12	289	13,13
Outros	260	10,27	291	11,55	308	12,06	297	11,10	362	15,64	134	6,10
Afogamento	215	8,49	159	6,31	156	6,11	159	5,94	129	5,57	311	14,13
Total	2.530	100,00	2.516	100,00	2.553	100,00	2.675	100,0	2.315	100,00	2.200	100,00

Fonte: DML, 2000



Fonte: DML, 2000

Gráfico 13

Número de óbitos por suicídio, segundo o sexo, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, no período de 1994 a 1999

Tabela 19. Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1994

Método de suicídio	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
Enforcamento	132	85,71	22	14,29	154	100,00
Arma de fogo	122	82,43	26	17,57	148	100,00
Por queda	6	66,67	3	33,33	9	100,00
Outros	9	56,25	7	43,75	16	100,00
Total geral	269	82,26	58	17,74	327	100,00

Fonte: DML, 2000

Tabela 20. Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1995

Método de suicídio	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
Enforcamento	128	83,66	25	16,34	153	100,00
Arma de fogo	95	84,07	18	15,93	113	100,00
Por queda	6	66,67	3	33,33	9	100,00
Outros	26	55,32	21	44,68	47	100,00
Total geral	255	79,19	67	20,81	322	100,00

Fonte: DML, 2000

Tabela 21. Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1996

Método de suicídio	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
Enforcamento	139	80,35	34	19,65	173	100,00
Arma de fogo	94	80,34	23	19,66	117	100,00
Por queda	12	92,31	1	7,69	13	100,00
Outros	20	55,56	16	44,44	36	100,00
Total geral	265	78,17	74	21,89	339	100,00

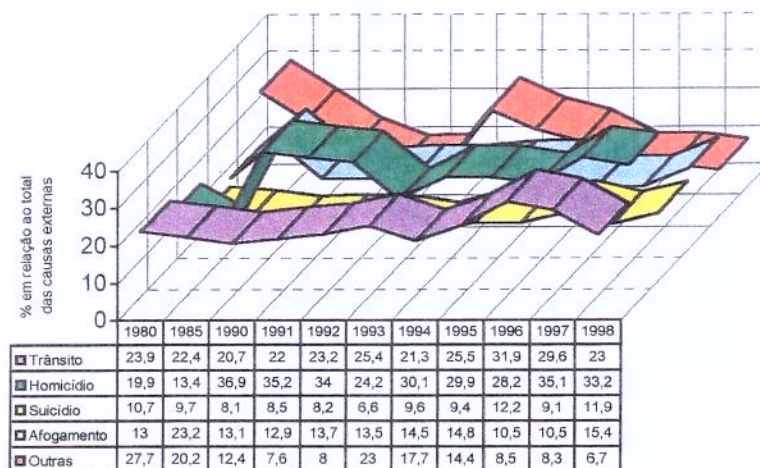
Fonte: DML, 2000

Tabela 22. Número e percentual de óbitos por suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, em Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, em 1999

Método de suicídio	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
Enforcamento	113	39,10	25	8,65	138	100,00
Arma de fogo	95	32,88	20	6,92	115	100,00
Por queda	10	3,46	6	2,07	16	100,00
Outros	10	3,46	10	3,46	20	100,00
Total geral	228	78,90	61	21,10	289	100,00

Fonte: DML, 2000

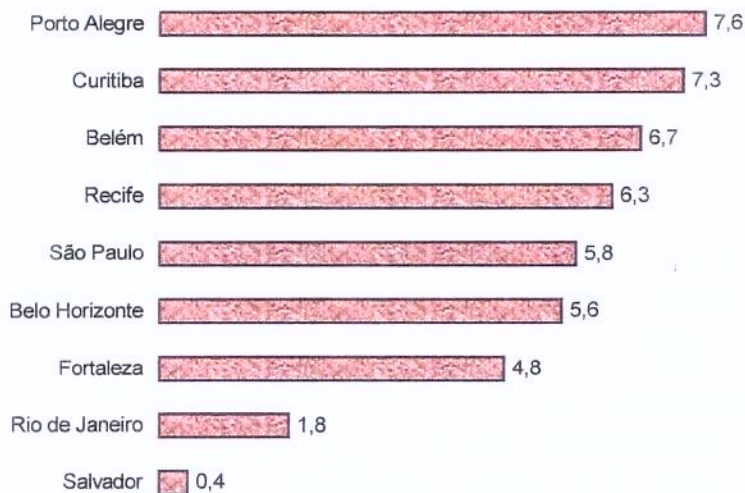
Além dos dados já mencionados para o Rio Grande do Sul, bem como para Porto Alegre e Grande Porto Alegre, cabe registrar que Porto Alegre é apontada como a cidade brasileira com maior índice de suicídios registrados entre adolescentes (vide Gráficos 14, 15 e 16). Contudo, alguns especialistas, através da mídia brasileira (como, por exemplo, a revista *Veja*), têm levantado a dúvida de se isto ocorre em razão de uma proporção maior de suicídios no sul, ou apenas por existir, nesse Estado, um sistema mais eficaz de registro na área da saúde pública.



Fonte: SSMA, 2000 (gráfico adaptado)

Gráfico 14

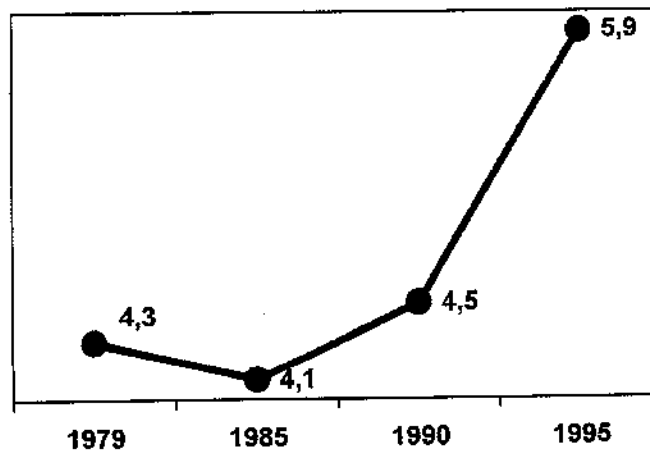
Mortalidade proporcional por causas externas, entre 15 e 19 anos, principal causa de óbito nesta faixa etária - Rio Grande do Sul, 1980, 1985, 1990-1998



Fonte: VEJA, 1999c, p.70

Gráfico 15

Suicídio de jovens em regiões metropolitanas por grupo de 100.000 habitantes (média entre 1979 e 1995)



Fonte: VEJA, 1999c, p.70

Gráfico 16
Suicídio de jovens entre 14 e 24 anos no Brasil
(por grupo de 100.000 habitantes)

Todos estes dados sugerem a importância do desenvolvimento de estudos sobre suicídio na região sul.

3. Suicídio: compreensão do fenômeno

3.1. Aspectos históricos, religiosos e filosóficos do suicídio

Pode-se observar, através de uma análise histórica, que a sociedade grega evoluiu de uma organização inteiramente familiar, onde o lar era o centro da existência religiosa, econômica, cultural e social no período Homérico, para uma organização de Cidades-Estado (*pólis*), no chamado período Arcaico. Sem dúvida, neste processo, Atenas e Esparta serviram de modelo para as demais *polis* gregas, que alcançaram seu apogeu no século V a.C. estendendo-se até final do Império Romano. Cada *pólis* era autônoma e independente, tinha seus cultos particulares, seu regime político, suas divindades, representando para o grego antigo, a sua pátria, na qual cada indivíduo era responsável pela vida de sua *pólis*. Desta maneira, no mundo grego, da realeza à democracia, passando pela aristocracia ou pela tirania, as *pólis* foram as unidades políticas e sociais que serviram de base para o mundo helênico (NISBET, 1982; AMARAL AZEVEDO, 1990; SILVA, 1994).

PERRY (1985) salienta que os gregos foram os que primeiro definiram o homem como um ser dotado de razão, chegando à concepção do Estado racional ou legal, em que a lei era uma expressão da razão de justiça e do bem-estar geral da comunidade. Neste contexto, tanto em Atenas como em Esparta, Tebas e Chipre, o indivíduo não tinha poder de decisão pessoal sobre sua vida, não podendo se suicidar sem prévio consenso comunal. O suicídio ilegal era considerado uma transgressão das leis da *pólis*, um atentado contra a estrutura da comunidade, uma subversão dos valores grupais e das normas estabelecidas (KALINA & KOVADLOFF, 1983).

Contudo, em algumas situações, o suicídio poderia ser considerado na Antiga Grécia como um ato heróico, assim, Kodios sacrificou sua vida para salvar Atenas dos lacedemônios, e Temístocles preferiu se envenenar do que liderar os persas contra seus compatriotas (RETTSTOL, 1993). Mas, para evitar o caráter delituoso, o indivíduo interessado em acabar com sua vida deveria expor uma argumentação consistente às autoridades da *pólis*, podendo-lhe ser outorgada ou não a permissão para se matar. O Estado então, tinha poder para vetar e autorizar o suicídio e até direitos para induzi-lo, como no caso do filósofo Sócrates.

Sócrates é lembrado, na literatura especializada, como um homem que andava pelas ruas, pelas praças, pelo mercado e pela assembléia de Atenas, indagando sobre o fundamento racional daquilo que as pessoas falavam e pensavam. Assim, perguntava: O que é justiça? O que é beleza? O que é amizade? O que é amor? Para ele, tudo devia ser questionado, nada era tão sagrado para estar imune à dúvida e só através do conhecimento se chegaria à virtude. Duas frases, traduzem seu pensamento “só sei que nada sei” e “conhece-te a ti mesmo”. A sua doutrina atraiu muitos, mas também alarmou os conservadores e tradicionais que viram nos seus discursos o perigo de corromper os jovens atenienses, já que Sócrates os fazia pensar não só sobre si mesmos, mas também sobre a *pólis*. Em função disto, foi acusado de desrespeitar os deuses, corromper a juventude e violar as leis. Perante a assembléia, Sócrates não aceitou as acusações e não se defendeu, pelo que foi condenado e obrigado a suicidar-se tomando cicuta em 339 a.C. (SOUTO-MAIOR, 1970; NISBET, 1982; SILVA, 1994; CHAUI, 1995; TOLEDO, 1999).

Para compreender melhor o suicídio neste período histórico, deve-se levar em conta o sólido sentimento de pertinência comunitária. O Estado grego não aceitava a transgressão do espírito comunitário. Assim, o morto suicida era privado de honras

fúnebres, e foi Platão (defensor do mundo das idéias) quem relatou, em seus escritos, que as pessoas que cometiam suicídio deveriam ser enterradas sem nenhuma marca de respeito, num lugar solitário e onde nenhum nome e lápide poderiam constar. Por afetar legalmente toda a sociedade, Platão considerou o suicídio um ato covarde, pouco viril e, portanto, passivo de punição. Os corpos deveriam ser cremados e a mão direita cortada e enterrada separadamente. Esta resolução de cortar a mão culpável era a forma de evitar uma posterior vingança do morto, tirando-lhe o poder e a capacidade de assassinar os vivos assim como evitar o mau exemplo (GARMA, 1960; KALINA et al, 1983; DIAS, 1991; RETTERSTOL, 1993; CASSORLA, 1992). Por outro lado, para Aristóteles (o maior filósofo grego), o que distinguia o animal humano era sua condição de cidadão, de habitante da cidade, argumentando, também, que o suicídio era um sinal de fraqueza contra a pátria, um sinal de abandono e renúncia dos deveres civis (KALINA et al, 1983; RETTERSTOL, 1993).

Encontra-se, já neste período, de forma clara, no suicídio, a combinação dos componentes: agressão contra o ambiente, necessidade de vingança e castigo. Desta maneira, GARMA (1960) lembra ainda que, na Grécia antiga, segundo descrição do historiador Pentarco, as jovens moças da cidade de Mileto passaram por uma situação de sofrimento que provocou nelas o desejo de se matar, passando assim, a enforcar-se. As medidas tomadas pelos pais, familiares e amigos não impediram a epidemia de suicídio entre as mesmas. Entretanto, um sábio homem ditou uma lei que condenava toda jovem, que colocasse fim a sua vida, enforcando-se, o castigo de ter seu cadáver exibido nu na praça pública. Aprovada a lei, *“o mal se deteve e as jovens perderam o desejo de se matar”* (p.47). Comentou, ainda, que, na Antigüidade, as jovens atenienses demonstravam não serem contrárias à opção do suicídio, tendo havido outras epidemias de suicídio. A lenda conta que quando Baco (Dionísio, na mitologia grega), Deus do vinho e da fecundidade, introduziu o vinho na terra, um dos primeiros a saboreá-lo foi Ícaro, que, junto com seu cachorro, se trasladou para Ática, oferecendo o vinho para os pastores e ovelhas. Um destes pastores embriagou-se, e seus companheiros, imaginando que a intenção de Ícaro era envenená-los para apoderar-se do rebanho, o mataram. Mas, o cachorro fugiu e alertou a filha de Ícaro, que passou a procurar informações sobre seu pai. Sabendo do acontecido, enforcou-se, lançando uma terrível maldição. Como consequência disso, difundiu-se uma epidemia de suicídios femininos, que só acabou quando o oráculo descobriu a causa. Assim, os atenienses expiaram a culpa e veneraram os cadáveres de Ícaro e sua filha, instituindo em honra deles uma festa, onde penduravam balanços nas árvores e cantavam músicas sensuais.

Durante a época da República Romana, existiu uma regulamentação análoga à dos gregos. O suicídio era reprovado, não havendo amparo legal para ele, e o cidadão que queria se matar deveria submeter suas razões ao senado, que decidia se eram aceitáveis ou não. No Império Romano, o suicídio também era proibido, no entanto, as correntes filosóficas gregas do estoicismo, epicurismo e cinismo influenciaram o pensamento romano com a aceitação do suicídio sob certas circunstâncias.

Para a Escola Cínica (IV e III a.C.), cujo fundador foi Autítenes, o mais importante era exaltar a virtude como bem único e o absoluto domínio sobre si mesmo, como grau máximo de sabedoria. O bem era aquilo que só dependia da vontade e da alma, sendo que o resto (poder, riqueza, morte) não importava. No retorno à natureza residia a felicidade, pela negação de todos os valores da civilização e da cultura. Para os epicuristas (escola fundada por Epicuro), partidários do materialismo, a felicidade humana consistia apenas na obtenção do prazer. O prazer era o soberano bem, enquanto a dor era o soberano mal. Para estas duas escolas filosóficas, o suicídio, sob certas circunstâncias, era considerado uma forma razoável de abandonar a vida (ENCICLOPÉDIA BARSÁ, 1965; SOUTO-MAIOR, 1970; AÑÓN, 1992; RETTERSTOL, 1993). A Escola Estóica, fundada por Zenão de Cítio (320-250 a.C.), também teve especial importância no mundo Romano. Sêneca, Epíteto e o imperador Marco Aurélio seguiram o Estoicismo, que afirmava que o homem não é senhor de seu destino; ele devia seguir a natureza e só encontraria a felicidade aceitando a ordem universal da qual fazia parte. A ordem divina do universo exigia uma vida racional e a condenação das paixões. Devia-se, assim, combater as desigualdades sociais e pregar que todos os homens eram irmãos por serem filhos do mesmo Deus.

Esta escola considerou o suicídio, em algumas situações, como merecedor de respeito: na defesa da pátria, como ato moral ou quando a pobreza, a doença crônica e/ou a doença mental faziam a morte mais atrativa do que a vida. Assim, várias personalidades desta doutrina optaram pela morte: Pliny de Elder, Pliny de Younger, Sêneca, Cato de Utica e o próprio Zenão. Ainda, para os estóicos, o suicídio deveria ser cometido em silêncio e sem gestos teatrais (RETTERSTOL, 1993).

Cabe, no entanto, ressaltar, que a medida que as leis sobre suicídio foram elaboradas no antigo Império Romano, considerações econômicas tiveram uma valorização especial. Desta maneira, se bem que se aceitasse, em alguns casos, o direito de se matar, o suicídio de um escravo era proibido, porque representava uma significativa perda econômica para o senhor. Da mesma forma, o suicídio de um soldado enfraquecia os exércitos

romanos, por isto a tentativa de suicídio, considerada uma ofensa, era penalizada com a morte do soldado, já que era equiparada a uma deserção. As propriedades dos que cometiam suicídio eram confiscadas pelo Estado. Entretanto, um sacrifício heróico pelo país ou ato praticado para evitar desgraças e dores, assim como expressar sofrimento pela perda de um ente querido, eram altamente considerados (DIAS, 1991; AÑÓN, 1992; RETTERSTOL, 1993).

Seguindo a trajetória histórica, pode-se observar que, de maneira geral, na Grécia e em Roma, o homem era considerado mais vinculado ao Estado do que a Deus, e a condenação do suicídio tinha um sentido político-jurídico. Dentro deste contexto cultural, emergiram o judaísmo e o cristianismo, e a condenação do suicídio passou a ter uma relevância teológica.

Através do Antigo Testamento, constata-se que a vida era considerada sagrada e, salvo extremas circunstâncias, o suicídio era considerado um ato injusto, não digno, sujeito à punição de não poder realizar o ritual de velório e enterro. Assim, o suicídio entre os judeus era raro. Entretanto, no Antigo Testamento, há referência a alguns casos. Abimelec (Livro dos Juízes), rei de Israel, na tomada de Tebas, foi ferido gravemente por uma mulher, tendo ordenado, então, a seu escudeiro que o matasse, para não sofrer a humilhação de ser ferido mortalmente por uma mulher. Salienta esse livro bíblico que, morto Abimelec, Deus (autoritário, vingativo, castigador, premiador) fez recair sobre ele o mal que tinha feito a seu pai, matando todos seus irmãos. Dessa maneira, o suicídio de Abimelec tem uma conotação ambivalente, já que, por um lado, fica a imagem de um rei digno de glória e, por outro, a de vingado e condenado por Deus.

Sansão (Juízes, 16; TOLEDO, 1999), um dos mais eminentes juízes de Israel, tido como o mais forte dos homens, se matou e causou a morte de três mil filisteus, vingando-se pela perda de seus olhos. Saul (Livro das Crônicas, 10), rei de Israel, considerado um pecador por ter lutado contra Davi, se suicidou deixando-se cair sobre a ponta de sua espada, para não morrer em mãos dos filisteus, que já o tinham ferido no seu ventre e matado seus três filhos. Aquitofel (II Livro de Samuel, 17) se enforcou por sentir-se contrariado depois de que seu conselho não foi seguido por Absalão. Zambri (I Livro dos Reis, 16), servo e comandante da cavalaria de Ela, rei de Israel, assassinou Ela, sucedendo-o no trono. Frente a reação do exército, que se rebelou, tomando e incendiando a cidade, Zambri se fechou e incendiou o palácio real, morrendo entre as chamas.

Eleazar (I Livro dos Macabeus, 6) buscou sua morte embaixo de um elefante que estava armado com um couraçado real, e, por último, é descrito, no Antigo Testamento, o suicídio de Razis, um dos anciãos de Jerusalém, pessoa de grande reputação, que era conhecido como o “pai dos judeus”, por causa de sua benevolência. Querendo evitar cair nas mãos de Nicanor, traspassou-se com sua própria espada, mas sem êxito; então, jogou-se do alto de um muro e, ainda vivo, arrancou com as suas próprias mãos as entranhas, lançando-as sobre seus inimigos, morrendo orgulhosamente ante o assombro das tropas invasoras (II Livro dos Macabeus, 14).

Por outro lado, no Novo Testamento, há só um caso de suicídio descrito, que é o de Judas, que, pela sua atitude de traição a Jesus, sente remorso e culpa. Pede por isto consolo aos sacerdotes e anciãos judeus, que o tinham induzido a entregar Jesus, mas recebeu deles desprezo. Devolveu, então, as 30 moedas de prata que recebera pela sua ação, depositando-as no templo, mas os sacerdotes as retiraram por estarem “*manchadas em sangue*”. Em função disto, Judas decide se enforcar (Mateus, 27).

O cristianismo surgiu e evoluiu como contestação às instituições sociais e políticas do Império Romano. Pregando a igualdade entre os homens, o amor ao próximo e uma vida feliz após a morte, o cristianismo refletia os anseios da massa miserável, principalmente dos escravos. Contudo, o ideário cristão acabou também por conquistar os ricos (SILVA, 1994). A influência da religião, então, em todos os aspectos da vida medieval, foi intensa. Assim, o mundo passou a ser visto como uma mera transição para a vida futura, e os atos aqui realizados só tinham sentido quando relacionados com ela, sendo que o medo de castigo depois da morte regulava a vida dos pecadores (PERRY, 1985).

Os primeiros cristãos cresceram ainda dentro do clima sanguinário do Império, onde a perseguição, o martírio e as matanças eram freqüentes e onde muitos cristãos se suicidaram, buscando o martírio para evitar torturas e perseguições. No século IV, com São Agostinho, o suicídio foi proibido, não se justificando sob nenhum pretexto, nem mesmo para evitar o pecado, já que, segundo ele, não se evita o pecado cometendo outro. Passou-se, assim, a compreender a vida do indivíduo não como patrimônio da comunidade e sim como um dom divino. Portanto, matar-se era cometer sacrilégio (NOYES, 1968; AÑÓN, 1992; RETTERSTOL, 1993).

Entre as funções da Igreja, estava a de administrar a justiça, baseando-se no Direito Canônico. Assim, de concílio em concílio, o direito canônico referente ao suicídio

ficou cada vez mais repressivo. O de Arles (452) retoma as sanções do direito romano e considera o suicídio como crime. Em 533, o Concílio de Órleans, declara o suicida como o pior dos criminosos, privando-o de funerais religiosos. No ano de 563, o Concílio de Braga também retificou a sanção de excluir aos suicidas de solenidades religiosas fúnebres, e, em Nîmes (1096), adotou-se a resolução de negar à pessoa suicida o direito de ser enterrada em solo sagrado (AÑÓN, 1992; RETTERSTOL, 1993).

Em muitas regiões da Europa, então, o corpo do suicida passou a ser arrastado pelas ruas e enterrado em um cruzamento com uma estaca cravada através dele e com uma pedra sobre a face. Mais especificamente, na França, em Bordéus, era habitual ver os cadáveres pendurados pelos pés; em Tille, se o cadáver era de um homem, ele era carregado nu numa forquilha e, então pendurado e, se era de uma mulher, era queimado publicamente. Na Polônia, mais especificamente em Danzig, o corpo do suicida não podia ser retirado da casa pela porta, mas sim pela janela, e, se não havia janela, deveria se realizar um buraco em algum lugar da parede (KALINA et al, 1983; ANGERAMI, 1986; RETTERSTOL, 1993). Estes castigos infligidos ao cadáver do suicida tinham como finalidade provocar medo, desencorajando outros a apresentarem atitudes similares. Este período medieval se caracterizou, então, pela forte repressão ao sujeito suicida, pela mutilação e pelo desprezo ao cadáver. Se era um nobre, o castigo também se estendia à retirada de seus bens e à destituição de seus títulos e brasões, invadindo ainda seus bosques e danificando seu castelo.

O cristianismo pautou, assim, uma tradição que atravessou grande parte da Idade Média: a) a vida correspondia a Deus e, portanto, não se podia dispor dela à vontade, b) o suicida não era enterrado em campo santo e sim em túmulo sem nome, e c) o suicida era um covarde por não enfrentar até o fim as provas de Deus. Sem variar estas formulações platônicas, Santo Agostinho mostrou-se, como já vimos, irredutível frente ao suicídio, e, no século XIII, Tomás de Aquino (1224-1274), em sua *Summa Theologica*, afirmou que o suicídio era proibido e reafirmou que o corpo não deveria ser enterrado em terras cristãs, apontando as seguintes razões: a) a vida é dada por Deus e está sujeita a seu poder, portanto, quem se priva de sua própria vida peca contra Deus, já que só ele poderá tirá-la, b) não é um ato natural, ele é intencional, e c) todo homem pertence à sociedade, então, suicidando-se, danifica a comunidade. Observa-se, assim, que São Tomás de Aquino introduz o princípio jurídico-social, que já tinha sido mencionado por Aristóteles, em sua *Ética*, a Nicómano, em que afirmava que o suicídio era um ato injusto contra o Estado, que deveria castigá-lo (NOYES, 1968; GUIRAL, 1992).

Com base nos pressupostos de pecado, ato intencional e prejuízo para a comunidade, as mortes voluntárias eram analisadas por tribunais eclesiásticos, que julgavam e estabeleciam se o morto colocava fim a sua vida movido por alguma forma de loucura (isentando-o de culpa) ou se, no gozo de suas faculdades mentais, o fizera com propósito deliberado (criminoso). Esta distinção na morte voluntária, de loucura/razão, de irresponsabilidade/ responsabilidade refletiu uma concepção do pecado e da justiça, que, a partir do século XII, se difundiu na Europa cristã. Assim, passaram a predominar as idéias de Anselmo e Abelardo de que o pecado deveria ser definido, não pelo aspecto externo do ato praticado, e sim pela intenção do indivíduo ao praticá-lo. A ênfase nas intenções deu, também, um sentido mais claro à distinção entre pecados mortais e venais, possibilitando, ou não, a entrada no paraíso, após o juízo final. O pecado, no caso do suicídio, se concretizava quando o arbítrio humano tinha livremente optado pela recusa de Deus e aceitado o Demônio (morte maldita) cabendo tipos de sanções, ou por ter sido sua livre vontade anulada pela loucura. A loucura, na época, foi classificada como: a) frenética, caracterizada por manifestações agressivas, ou b) melancólica, com sintomas mais sutis e próximos ao que hoje constituiria um quadro depressivo. A maioria dos suicídios analisados por esses tribunais eclesiásticos foi atribuída a propósito deliberado, e apenas uma minoria, à melancolia.

Por outro lado, cabe também lembrar que, no período da Baixa Idade Média, surgiu a doutrina criada por Maomé, denominada por ele de islam, que significa submissão à vontade de Deus. O sentido é claro, todo islamita é verdadeira e perfeitamente submisso a Deus. O islam tem por base cinco princípios fundamentais, que são: a) a crença em um único Deus, que é Alá, e em Maomé, seu profeta, b) orar cinco vezes ao dia, com a face voltada para Meca, c) jejuar durante o nono mês do calendário arábico, d) dar esmolas, e e) fazer peregrinação a Meca pelo menos uma vez na vida (PIAZZA, 1991; SILVA, 1994). O islamismo sempre se caracterizou pelo forte poder ideológico e pelo seu autoritarismo, sendo a religião que mais condena o suicídio. Os ditames do Alcorão estão vigentes até agora e nunca foram sujeitos à reformulação. O suicídio é penalizado, ainda, com muita tenacidade, estendendo-se ao núcleo familiar, que passa a ser desonrado e marginalizado. O suicídio, então, é considerado um crime pior que o assassinato (AÑÓN, 1992; RETTERSTOL, 1993).

Contudo, em relação a outras seitas religiosas, a visão do suicídio foi distinta. No mundo oriental, mais especificamente na China, sob influência da religião budista, o suicídio era autorizado em algumas circunstâncias, como, por exemplo, após uma batalha

perdida, em memória de um ancestral falecido e/ou por perder a honra e infringir a lei. Há muitos anos atrás, na China, era motivo de admiração cometer suicídio para vingar-se de um inimigo que não estava ao alcance. Segundo as teorias chinesas, como refere GARMA (1960), este era o sistema mais efetivo de vingança, não só porque as leis colocavam a responsabilidade do suicídio em quem o ocasionou, como, também, porque se julgava que *“a alma, desembaraçada da envoltura e dificuldade do corpo, estava melhor capacitada que o homem em vida para perseguir o inimigo”* (p.55). Antigamente, antes de iniciar um combate, enviava-se à linha de frente os homens mais valentes destinados a morrer. Estes, ao chegarem perto do inimigo, gritavam intensamente e imediatamente cortavam seus próprios pescoços. Desta maneira, acreditava-se que as almas furiosas oriundas deste suicídio coletivo influenciavam de modo nefasto a sorte do inimigo. Entretanto, hoje, o suicídio é proibido na China, de acordo com os ensinamentos e a doutrina de Confúcio, exceto, também, em casos de lealdade a uma organização à qual o indivíduo pertença. No Japão, o suicídio integra-se também, às tradições nacionais. A religião japonesa é baseada parte no xintoísmo e parte no budismo. Os tradicionais rituais *Seppuku* e *Hara-Kiri*, surgidos há milhões de anos atrás, foram originalmente uma honrosa forma de suicídio. O suicídio poderia ser tanto compulsório como voluntário. Suicídios compulsórios eram ordenados aos nobres que poderiam, assim, reparar seus atos criminosos ou perda da honra com suas espadas. O *Hara-Kiri* voluntário normalmente era praticado como protesto, contra um superior ou um legislador, ou por sofrimento pela morte desta pessoa. Embora estas formas de morte tenham sido proibidas por lei, em 1868, elas são ainda praticadas. Sabe-se que a cultura japonesa é favorável ao suicídio. Durante a Segunda Guerra Mundial, os japoneses não tiveram dificuldades para recrutar suicidas para pilotar aeronaves individuais. Desta maneira, os pilotos *kamikazes* arremessavam suas máquinas abarrotadas de explosivos contra alvos inimigos. O suicídio no Japão deve ser compreendido como um último ato ativo do indivíduo (DIAS, 1991; RETTERSTOL, 1993).

Voltando para o mundo ocidental, observa-se que, a partir do século XIV, as instituições e os ideais da época feudal começaram a apresentar sinais de franca decadência. O crescimento das cidades, o comércio, o aperfeiçoamento da navegação, os descobrimentos marítimos, a colonização de novas terras, a descoberta da imprensa, o desenvolvimento do humanismo e as transformações em todas as áreas colaboraram para a organização de uma nova mentalidade, num período conhecido como Renascimento. O Renascimento (séculos XV e XVI) foi, então, um movimento de renovação intelectual, que aumentou enormemente a produção artística, literária e científica. Colocou o homem no plano superior da cultura e a natureza no primeiro lugar da investigação científica. A

corrente intelectual mais importante foi o Humanismo, que surgiu no século XIV, na Itália, e se difundiu com êxito em toda a Europa ocidental.

Entre as personalidades mais notáveis, na literatura, pintura, filosofia, astronomia e medicina, podem se destacar, no período do Renascimento:: Francisco Petrarca, Dante Alighieri, João Boccacio, Leonardo da Vinci, Michelangelo, Nicolau Maquiavel, Copérnico, Galileu Galilei e Descartes (na Itália); Thomas Morus, Francis Bacon, Chancer, Edmond Spencer e William Shakespeare (na Inglaterra); Montaigne e Bodin (na França); Lope de Vega, Miguel de Cervantes, El Greco e Miguel Servet (na Espanha); Klepler (na Alemanha); Desidério Erasmo (na Holanda); e Vesalius (na Bélgica).

De maneira geral, no Renascimento, se bem as autoridades oficiais continuassem reprimindo o suicídio, algumas personalidades preconizaram o direito de escolher o momento da morte. Pode-se lembrar, assim, a posição do filósofo Michel de Montaigne que, segundo VENEU (1992), desmontou as tensões que sustentavam o discurso sobre a morte dos séculos precedentes. O ideal maior, para ele, foi o de governar sua própria conduta e viver com acerto, moderando as paixões do corpo e da alma pela razão. Assumir com coragem e desprendimento a própria finitude era, para Montaigne, a pedra fundamental da liberdade pessoal. Enquadra a morte no âmbito da natureza, reduzindo a sua importância, de momento revelador para apenas o fim. O valor dele não estava exatamente na defesa do suicídio, sua verdadeira inovação foi a de pôr a questão em debate, alinhando os argumentos favoráveis e contrários, colocando a consciência individual como o árbitro legítimo da escolha entre a vida e a morte.

A partir do século XVI, a Igreja atravessou um período difícil, de grande crise, conhecido com o nome de Reforma Protestante, em que novos movimentos se chocaram frontalmente com a tradicional doutrina cristã. A igreja protestante teve dois pilares básicos: Lutero e Calvino. No entanto, a respeito do suicídio, nesse período, persistiu a sua condenação e continuou sendo negada a sepultura nos cemitérios reformados a quem atentava contra sua vida.

Pode-se observar então que, só a partir do século XVII, a repressão do suicídio tende a diminuir. No final do século XVII e durante o século XVIII, surgiu na Europa um movimento intelectual chamado Iluminismo, que tentou melhorar a sociedade guiando-se pela razão e estabelecendo o liberalismo e a tolerância. Este movimento surgiu na Inglaterra, mas encontrou sua mais alta manifestação na França, onde se dignificou a razão,

criticou-se a autoridade absoluta da monarquia, reclamou-se a tolerância religiosa, a igualdade social e a liberdade de comércio.

Dentro deste contexto, começou a se entender o sujeito suicida como um ser infeliz e, até em certos casos, com uma simpatia velada, como se vê no caso do barão de Montesquieu, que defendeu a idéia de que o homem faz parte da natureza, podendo modificá-la, inclusive a natureza que está relacionada com o próprio homem. Da mesma maneira, os filósofos Rousseau e Voltaire demonstraram uma posição mais tolerante, criticando a visão oficial do suicídio (RETTSTOL, 1993).

Segundo AÑÓN (1992), os moralistas racionalistas do século XVIII consideraram estúpida a condenação legal e religiosa do suicídio, afirmando até que, se é criminoso terminar com a vida antes de que Deus o faça (em função de mudar o sentido natural das coisas), também é criminoso curar e salvar pessoas quando a morte vem naturalmente, assim como também é criminoso desviar o curso do leito de um rio que segue uma ordem natural.

O surgimento do movimento romântico no século XVII e início do XVIII trouxe para a literatura o reencontro com as paixões pela vida, o amor, a grandeza e a morte, exaltando a fascinação pela juventude e a beleza, incompatíveis com a longevidade. O suicídio, então, volta a ser heróico e até, muitas vezes, um gesto de altivo desdém ao mundo do burguês. Seu destaque na literatura suscita uma frequência verdadeiramente epidêmica, na Alemanha, França e Inglaterra, a partir de Goethe, que, com grande carga emotiva, provoca, com seu livro *Wetersleiden*, de 1774, imitação e identificação com o adolescente Charlott Buff, de 19 anos, que efetuou suicídio em função de sua paixão por uma mulher casada (AÑÓN, 1992). Esta associação entre o amor-paixão e a morte já tinha sido exaltada no século XII, no romance de Tristão e Isolda, bem como no drama de Romeu e Julieta de Shakespeare, publicado em 1594.

Entretanto, nesta evolução histórica do entendimento do suicídio, partindo do século XVII, deparamos com concepções filosóficas díspares. Por exemplo, John Locke (1636-1704), apoiando-se num princípio teológico platônico cristão, afirmou, no *Segundo Tratado de Governo*, que a liberdade do ser humano não incluía a liberdade de autodestruir-se, por ser o homem obra e propriedade de Deus. Em termos similares, Kant (1714-1804), em *Seções de Ética*, afirmou que o suicídio se opõe ao propósito do Criador e, por serem os humanos sentinelas dele na terra, é dever esperar a ordem de Deus para deixar a vida.

Por outro lado, o filósofo escocês David Hume (1711-1776), nos seus textos sobre conhecimento, emoções, paixões, ética e moral, se bem que não se tenha posicionado completamente a favor do suicídio nem aconselhado diretamente o ser humano a tomar a decisão de eliminação pessoal, discutiu o direito do homem de decidir a respeito de sua própria morte, se a dor, doença, vergonha ou pobreza tornassem a vida insuportável (NOYES, 1968; RETTERSTOL, 1992; AÑÓN, 1992; GUIRAL, 1992). No entanto, Kirkegaard (1813-1855), também defendendo um princípio teológico, diferenciou a visão pagã do suicídio da cristã, ressaltando que o cristão deve ver o suicídio como um crime contra Deus (GUIRAL, 1992).

Seguindo o processo histórico, encontramos, no final do século XVIII, a Revolução Francesa, que foi um dos fatos mais importantes da história do mundo. Eclodiu pelos abusos do sistema monárquico, pela propagação dos ideais do Iluminismo, pela revolução de independência dos Estados Unidos e pela crise econômica que afetava a França. A organização da Assembléia Nacional Constituinte foi um importante ato revolucionário, decretando a abolição do regime feudal e organizando a Declaração dos Direitos do Homem, que constituiu um dos maiores legados da Revolução Francesa à humanidade. Nessa declaração, estabeleceu-se que a soberania residiria na nação, que a população expressaria sua vontade por meio da lei e que esta deveria ser igual para todos.

Especificamente sobre o suicídio, salienta VENEU (1992), foi a Revolução Francesa que promoveu a primeira grande *“desincriminação” da morte voluntária na legislação de um Estado europeu moderno* (p.74). A Assembléia Nacional Constituinte, em 1790, passou a afirmar o caráter exclusivamente pessoal dos crimes e de suas punições, proibindo a desonra dos familiares e o confisco dos bens do condenado, bem como a exclusão da sepultura comum. Não houve nenhuma referência ao suicídio como crime, no Código Penal de 1791, nem no Código Napoleônico de 1810. Constata-se, assim, segundo interpretação de KALINA et al (1983), que o Estado não se sentia mais na obrigação de castigar o suicida, já que certamente acreditava que sua conduta não comprometia mais a sua estabilidade, ou seja, não se lhe atribuía maior transcendência coletiva.

No século XIX, os progressos da investigação científica e os descobrimentos tecnológicos provocaram mudanças fundamentais na indústria, nos transportes e nas comunicações. Aconteceu uma verdadeira revolução industrial, com profundas transformações políticas, culturais e econômicas. Assim, predominou a idéia de progresso,

* Movimento contra a incriminação, termo utilizado pelo autor.

ou seja, de que os seres humanos, as sociedades, a ciência, as artes e as técnicas melhorariam com o passar do tempo, aperfeiçoando-se cada vez mais, de modo que o presente era melhor e superior, se comparado ao passado, e o futuro seria melhor e superior, se comparado ao presente.

A Europa Ocidental do século XIX começou a viver a modernidade com a Revolução Industrial, o Capitalismo e a Urbanização. O novo tempo era ditado pelo ritmo produtivo da máquina, pela disciplina do corpo e pela exigência de desempenho. Na segunda metade desse século, a indústria se afirmou como a grande força econômica nas três maiores potências: Inglaterra, Alemanha e França. Fora da Europa, já nesse período, havia dois países que conheciam a Revolução Industrial, os Estados Unidos e o Japão. O filósofo que melhor expressou o triunfo da modernidade, do capitalismo e da tecnologia foi o francês Augusto Comte (1798-1857), criador do Positivismo. Comte achava que a história da humanidade era determinada pelo avanço do conhecimento. Segundo ele, o estágio mais evoluído seria o *estado positivo*, quando a sociedade seria governada pela ciência. Os positivistas acreditavam que a ciência por si só, resolvia todos os problemas. Assim, nesse século, a filosofia depositou sua confiança total no saber científico e na tecnologia para dominar e controlar a natureza, a sociedade e os indivíduos.

Esse período foi também bastante conservador, tanto nos aspectos políticos como na vida cotidiana, em que imperava a *moral vitoriana*, que consistia em regras e proibições fortes. Assim, se bem que, por um lado, o suicídio tinha perdido, desde a Revolução Francesa, o caráter repressivo e violento, deixando de ser considerado pecado ou crime, por outro, o tabu não havia desaparecido. O século XIX primou pelos fortes vínculos familiares, e o suicídio foi considerado um ato de vergonha, recusado e mantido em segredo na família, passando a ser considerado sinal de doença mental. Arthur Schopenhauer (1788-1860) se destacou, nesse século, como autor ateu, mas cujas conclusões tinham pontos convergentes com a moral cristã. No seu livro *O mundo como representação e vontade*, há interessantes alusões a conceitos similares aos freudianos de pulsão de morte, de inconsciente e de narcisismo. Schopenhauer, embora tenha criticado a represália imposta pela igreja ao suicídio, não o considerando um pecado, identificou-o como um ato equivocado e insensato que não possibilitava a libertação do sofrimento. Segundo ele, o suicídio expressava desejo, enquanto o dever do homem autêntico consistia na negação de todo desejo, ou seja, numa espécie de nirvana intelectual. Para ele, então, quem comete suicídio não persegue a morte porque quer tirar sua própria vida, e sim porque não estava satisfeito com as condições nas quais vivia (AÑÓN, 1992; GUIRAL, 1992; RETTERSTOL, 1993).

Para Nietzsche (1844-1900), considerado um dos maiores escritores e filósofos alemães do século XIX, o que existe de fundamental, no ser humano, é a vontade de mando e de poder. Tudo o que aumenta o sentido do poder é bom, e tudo o que vem da fraqueza é mau. Para ele, a ética dos melhores, a moral aristocrática, está fundada nos instintos vitais, nos desejos e na vontade de potência, cujo modelo se encontra nos guerreiros belos e bons das sociedades antigas, baseado na guerra, nos combates, nos jogos, nas disputas pela glória e pela fama e na busca da honra e da coragem. A filosofia de Nietzsche resgata o valor instintivo do brutal como a essência vital, mas sem pessimismo. Nesse contexto, o autor acreditava que o indivíduo tinha completo direito moral para tirar sua própria vida (ENCICLOPÉDIA BARSA, 1965; AÑÓN, 1992; RETTERSTOL, 1993; CHAUI, 1995).

Por outro lado, na França no final deste século, Durkheim argumentou que o suicídio é um fenômeno social, não suscetível a uma explicação estritamente individual. No seu livro *O suicídio*, salientou que o desenvolvimento industrial, urbano e científico da sociedade provocou em algumas das instituições sociais básicas, como a família e a igreja, uma perda da capacidade integradora para o processo de integração e socialização do indivíduo. Assim, através do estudo da religião, do casamento, da família e da comunidade política, ele entendeu o suicídio como resultado de uma série de condicionamentos sociais que se originam da relação do indivíduo com a sociedade e suas instituições. Esta relação foi explicada, por ele, segundo duas características do grupo social: o grau de integração e o grau de regulação social. A partir dessas características, estabeleceu três categorias etiológicas de suicídio: o egoísta, o altruísta e o anômico.

Também, neste século, o suicídio passou a ser de interesse da psiquiatria, destacando-se a posição da escola de Esquirol, em 1938, que passou a considerar os suicidas como alienados e o suicídio com um sintoma da doença mental. O suicídio passa a ser considerado, então, doença e não mais crime. O tratamento estatístico dos suicídios também começou no século XIX, e aqui DURKHEIM (1966) se salientou, utilizando dados de Morselli para identificar maior frequência de suicídios entre os protestantes do que entre os católicos, entre os católicos do que entre os judeus, assim como uma frequência maior nos solteiros do que nos casados, e nos homens do que nas mulheres.

No mundo contemporâneo do século XX, a humanidade deparou com fatos como: as duas guerras mundiais, o bombardeio de Hiroshima e Nagasaki, os campos de concentração nazistas, o fascismo italiano, a revolução russa, as guerras da Coreia, do Vietnã, do Oriente Médio, do Afeganistão, do Líbano e do Golfo, as revoluções comunistas da Hungria e da Tchecoslováquia, a revolução cubana, as ditaduras sangrentas da América

Latina, a devastação de mares, florestas e terras, a poluição do ar, os perigos cancerígenos de alimentos e remédios, o aumento de distúrbios e o sofrimento mental. Em função disto, KALINA et al (1983) afirmam que o paradoxo dramático de nosso tempo é que o homem, para contribuir com a preservação da paz mundial e garantir o logro de objetivos comunitários e individuais, se viu obrigado a desenvolver uma política baseada em recursos destrutivos. Para viver em paz, precisou se armar nuclearmente para uma guerra. Junto a isto, o crescimento industrial tem sido explorado abusivamente, envenenando muitos dos recursos naturais. Assim, eles acreditam na existência de uma *cultura suicida*, como uma forma de “*comportamento autodestrutivo típico de nosso tempo*” (p.22). Definem o suicídio como uma reação psicótica, resultante de uma indução, entendendo este comportamento como uma conduta coletiva, e não apenas como resultado de uma livre determinação individual. Não há dúvida, segundo estes autores, de que as condutas autodestrutivas se inspiram integralmente nos modelos sociofamiliares. A conduta suicida responde, então, a uma proposta, a uma educação em que, entre os que ensinam a se matar e os que aprendem a morrer, há um enlace, um vínculo de interdependência e uma semelhança psicopatológica e social, em torno da qual se deve compreender o fenômeno do suicídio. O homem que se mata, afirmam estes autores, o faz porque está previamente condicionado e é insistentemente estimulado para adotar comportamentos previamente autodestrutivos que a sociedade lhe induz diretamente ou através da família.

Do ponto de vista teológico, no século atual, a posição da igreja católica a respeito do suicídio é clara no código de 1917 e de 1983, em que o suicídio é condenado e não aceito, por ser entendido como uma violação ao quinto mandamento, privando o suicida de sepultura eclesiástica. Entretanto, deixa-se a decisão final nas mãos da prudência pastoral e na consciência e sabedoria dos bispos. No Concílio Vaticano II, de 1962, a condenação do suicídio se manteve vigente (exceto nas situações psiquiátricas), mas são exacerbados os sentimentos de compreensão e caridade para avaliação do mesmo. No ano de 1980, a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé enfatizou o valor dos aspectos psicológicos no ato suicida para, assim, atenuar e quitar toda a responsabilidade moral do defunto. De maneira geral, então, hoje a igreja católica explica o suicídio como uma atitude relacionada a problemas psicológicos, aplicando, em raras situações, a sanção eclesiástica (AÑON, 1992).

Filosoficamente, neste século, pode-se destacar a filosofia do existencialismo, que teve como maior representante o francês Jean-Paul Sartre, para quem o homem é um projeto de si mesmo e, portanto, responsável pela destruição de sua vida, de modo consciente e real. O alemão Karl Jaspers, também filósofo existencialista, salientou que os

filósofos, ao colocarem o suicídio na esfera objetiva do racional, o despojaram da angustiante realidade cotidiana. Para ele, o indivíduo só comete suicídio quando, na sua vida cotidiana, a carga de obrigações morais não está amparada por uma consciência fortemente vital, capaz de minimizar, de transformá-la em uma parte apenas da afirmação total da existência. O suicida, antes de mais nada, pede ajuda, auxílio, e nos revela nossa falta de solidariedade, pois não sabemos mostrar-lhe o valor da existência (GUITAL, 1992).

No direito moderno, o suicídio não está penalizado; o último país que o contemplava como delito foi a Inglaterra, onde foi abolido em 1961. No Brasil, o Código Penal só prevê punição para aquele que conduz alguém ao suicídio ou colabora com ele. Na atualidade, segundo KALINA et al (1983), o suicídio assume um caráter que oscila entre o quase clandestino, ou francamente clandestino, e o patológico., podendo-se dizer que a sociedade atual, mesmo muito evoluída, ainda não está suficiente madura para enfrentar a morte. Esta precisa ser ainda do tipo aceitável, por doença ou velhice, ou ser tolerável aos parentes, aos amigos e à comunidade.

Por outro lado, em contraste com esta postura mais geral da sociedade, deparamos com dois livros que fornecem dados para instrumentalizar as pessoas que desejam cometer suicídio: *Suicídio: modo de usar*, publicado em 1986, na França, e *Guia de autoliberação*, publicado em 1980, em Londres. Ambos refletem o direito das pessoas de recorrer ao suicídio, como alternativa aos sofrimentos que padecem (ANGERAMI, 1986; DIAS, 1991). Na Holanda, a Associação Médica aprovou a eutanásia, em 1984, como uma forma de proteger pacientes terminais. No final da década de 80, o americano Jack Kevorkian decidiu ajudar pacientes terminais a se suicidarem, tendo construído, em 1989, sua primeira máquina de suicídio. Desde então, a invenção matou pelo menos 45 pessoas. Os trabalhos de Kevorkian descrevem os candidatos à eutanásia, que incluem indivíduos com trauma grave, vítimas de ansiedade intensa e doentes terminais, assim como qualquer ser humano tanto incapaz de consentir por si como de fazê-lo com conhecimento de causa (EADS, 1997).

3.2. O ponto de vista psicológico

Do ponto de vista psicológico, o suicídio é um tema que tem desafiado os pensadores de várias correntes, assim, alguns subsídios teóricos claramente se completam

enquanto que outros são bastante contrastantes. A literatura é bastante vasta, contudo serão mencionados os aspectos considerados mais significativos.

Acompanhando a obra de Freud, observa-se, que embora, não havendo, de sua parte, um interesse direto pelo problema do suicídio, esse autor precisou enfrentar o tema através da análise de alguns de seus casos clínicos, do acompanhamento de determinadas situações e, posteriormente, para compreender os aspectos mais destrutivos do funcionamento instintivo.

Assim, com respeito aos casos clínicos, manifestações de desejo suicida foram identificadas e relatadas por Freud, numa tentativa de compreendê-las em associação com os sintomas dos pacientes, nos casos Dora (1905), Homem dos Ratos (1909), Schreber (1911) e num caso de homossexualidade feminina (1920).

No caso da jovem Dora, paciente histérica que, com seus sintomas, ofereceu uma notável ilustração de um complexo de Édipo não resolvido, FREUD (1989) relatou que, mesmo com feições inteligentes e agradáveis, era um motivo constante de preocupação para seus pais. Numa determinada época, sua doença se caracterizou por *“desânimo e uma alteração do caráter”* (p.30), demonstrando insatisfação com ela mesma e com seus familiares, evitando contatos sociais. Nesse período, seus pais encontraram, em sua escrivaninha, uma carta em que se despedia deles, referindo *“não mais suportar a vida”* (p.30). Esta idéia que não chega a se operacionalizar é interpretada por Freud como uma maneira de Dora poder assustar seus pais e de conseguir que o pai e a Sra. K. (amiga da família) terminassem um caso amoroso. Dora, então, simulando uma intenção suicida, copia uma atitude de seu pai quando este justificou um encontro com a Sra. K., no bosque, como uma atitude positiva da Sra. K. para salvá-lo e dissuadi-lo da intenção de suicidar-se, expressando também, segundo Freud, o *“anseio por um amor similar”* (p.38).

No paciente homem dos ratos, FREUD (1969b) também identificou fantasias suicidas, como a de cortar sua própria garganta, relacionando-as, entre várias outras causas, com os interesses sexuais do mesmo, iniciados precocemente na infância e acompanhados de uma intensa atividade masturbatória, que, como atos delituosos, foram censurados pelo pai, através de uma surra, aos três ou quatro anos de idade, por ter mordido a sua babá, e outra um pouco antes dos seis anos, frente ao hábito de se masturbar, quando afirmou *“você vai morrer se fizer isso”* (p.263). Os rituais obsessivos compulsivos do homem dos ratos, suas necessidades sexuais frustradas e seus fortes impulsos criminosos e auto-

retaliativos representavam uma tentativa de expressar simultaneamente o impulso proibido e sua respectiva proibição.

Através da análise das memórias autobiográficas do juiz Daniel Paul Schreber, publicadas em 1911, FREUD (1969c) penetrou no estudo da paranóia, identificando no Dr. Schreber, em diversos momentos de sua vida, sérias manifestações delirantes hipocondríacas, acesso de insônia, idéias de perseguição e alucinações visuais e auditivas, extremamente perturbadoras, que *“o torturavam a tal ponto, que ele ansiava pela morte”* (p.29). Desse modo, o Dr. Schreber fez várias tentativas de se afogar durante o banho e, em determinado momento, solicitou que lhe fosse dado o *“cianureto que lhe estava destinado”* (p.29). Com base nos escritos do Dr. Schreber contidos no livro *Memórias de um doente dos nervos*, Freud relacionou as idéias de suicídio com as idéias delirantes de caráter místico-religioso deste juiz, que o faziam, em certos momentos, acreditar estar em comunicação direta com Deus e até estar vivendo num outro mundo.

FREUD (1976c) descreveu também, com detalhes, uma tentativa de suicídio de uma jovem de dezoito anos, que mantinha relações íntimas com uma dama da sociedade dez anos mais velha, vinculando tal tentativa a sentimentos de culpa e de castigo. Assim, relata que, num determinado dia, o pai da jovem encontra ambas na rua, passeando, e, ao passar por elas, lança um *“olhar irado”* (p.186). A jovem informou à dama que esse era o seu pai e que ele tinha proibido a amizade entre ambas. A dama, enfurecida, exige também à jovem, naquele momento, a finalização do caso. A moça, desesperada, sai correndo e pula um muro em direção à linha do trem. Com esta tentativa de suicídio, esta jovem conseguiu que a dama se comovesse com *“prova tão inequívoca de séria paixão”* (p.186) e os pais reconhecessem que as medidas disciplinares eram impotentes para impedir a sua situação, passando a buscar orientação médica e confiando o caso a Freud.

Por outro lado, Freud abordou o tema do suicídio em duas situações mais abrangentes, uma relacionada à área da educação e outra vinculada à prática clínica. Em abril de 1910, na Sociedade Psicanalítica de Viena, participou de um debate onde se posicionou e respondeu à acusação de que as escolas secundárias impeliam seus alunos ao suicídio. O educador sustentava que a acusação era injusta, porque suicídio ocorria em outros níveis escolares. FREUD (1970) opinou que isto não eximia a escola de sua responsabilidade, devendo suscitar nos alunos *“o desejo de viver e lhes oferecer apoio e amparo numa época da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família”* (p.218). Passando a

considerar que a escola secundária lida com indivíduos imaturos, que podem ter dificuldades em seu desenvolvimento, termina salientando que cabe às escolas “*o dever de proporcionar um substituto para a família e de despertarem o interesse pela vida do mundo exterior*” (p.218).

Por outro lado, como profundo conhecedor da organização das neuroses, FREUD (1976c) não podia deixar de identificar e explicar o funcionamento das chamadas neuroses de guerra, também conhecidas como neuroses traumáticas, no seu texto *A psicanálise e as neuroses de guerra*, de 1919. Estas neuroses, para o autor, ocorrem devido a um conflito no ego, mais especificamente, um conflito entre “*o velho ego pacífico do soldado e o seu novo ego bélico*” (p.261). Assim, o antigo ego se protege de “*um perigo mortal*” (p.261), ao fugir para uma neurose traumática, fato que também pode ocorrer em tempos de paz, após um trauma ou experiência assustadora. A causa mais imediata, então, era uma inclinação inconsciente, no soldado, para “*afastar-se das exigências, perigosas ou ultrajantes para seus sentimentos*” (FREUD, 1976d, p.267). Desta maneira, um ano após a publicação de 1919, preocupado com a adequada intervenção clínica, FREUD (1976d) apresentou um memorando para uma comissão estabelecida pelo Ministério de Guerra austríaco, em que apresentou sua crítica a respeito do tratamento eletroconvulsivo dado aos neuróticos de guerra, mencionando a questão do suicídio. Desta maneira, expressa claramente que este procedimento terapêutico tinha, como principal objetivo, restaurar a aptidão do soldado para o serviço, mais do que a recuperação do paciente. Então, a intensidade da corrente elétrica foi aumentada em seus efeitos, o que tinha como objetivo “*privar os neuróticos de guerra da vantagem que obtinham com a sua doença*” (p.269). Dada à severidade do tratamento, foram verificados casos de morte e suicídios.

Se bem, como já foi mencionado, não houvesse, por parte de Freud, um interesse direto pelo problema do suicídio, pode-se dizer que, à medida que modelava sua teoria, percebia que era necessária uma explicação para os aspectos mais destrutivos do funcionamento mais instintivo. A formulação dicotômica dos instintos, o fenômeno do narcisismo, as idéias sobre a agressão e as impressões causadas pela Primeira Guerra Mundial lançaram, sem dúvida, bases para a explicação do suicídio. Seguindo a evolução do seu pensamento, pode-se compreender o suicida dentro do conceito freudiano de pulsão de morte, que representa — conforme a literatura — a tendência de todo ser vivo para retornar ao estado anorgânico. A teoria inicial freudiana das pulsões se desenvolveu a partir da descoberta dos impulsos sexuais da infância, caracterizados por um antagonismo entre a pulsão sexual e a pulsão de autoconservação. Mais tarde, em 1914, FREUD (1974d) se deu

conta de que alguns fatos clínicos não eram passíveis de explicação através desta dualidade, substituindo-a pela dualidade libido de objeto versus libido do ego. O apego libidinal a um objeto e o amor por este eram devolvidos ao ego, tornando-se o objeto amado. Assim, as pulsões do ego constituíam apenas uma versão da libido, voltada para dentro, para o ego como objeto.

Em 1915, FREUD (1974a) salientou que a melancolia toma emprestado do luto alguns de seus traços e outros, do processo de regressão, sendo que o que dá margem à doença vai além de uma perda por morte, trazendo para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, que reforçam uma ambivalência já existente. A catexia erótica do melancólico, no tocante a seu objeto, sofre uma dupla vicissitude: parte dela retrocedeu à identificação, e outra parte foi levada de volta a etapas de sadismo, sendo este sadismo o que soluciona o enigma da tendência ao suicídio. Freud reconheceu, então, como estado primitivo e ponto de partida da vida instintiva, *"uma vasta quantidade de libido narcisista que vemos liberada no medo surgido de uma ameaça à vida"* (p.284-5), não podendo compreender como esse ego consente em sua própria destruição.

Até esse ponto, Freud não conseguia explicar o que já sabia há algum tempo, isto é, que nenhum neurótico abriga pensamentos de suicídio que não consistam em impulsos assassinos contra outros, impulsos que ele volta contra si mesmo. No entanto, a análise da melancolia esclareceu que o ego só pode se matar se *"devido ao retorno da catexia objetual, puder tratar a si mesmo como um objeto — se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo"* (p.285).

Mas foi, por volta de 1920, analisando um caso de homossexualidade feminina, que FREUD (1976b) expressou com maior precisão a idéia de que a energia necessária para tirar-se a vida precisa estar vinculada, ao mesmo tempo, com o desejo de matar um objeto com o qual já se identificou, assim também, como com a volta contra si mesmo de um desejo de morte, antes orientado para outra pessoa.

Assim sendo, foi pouco depois da Primeira Guerra Mundial que Freud reconheceu a existência da agressão e da destrutividade nos seres humanos, introduzindo uma nova dicotomia pulsional: pulsão de vida - pulsão de morte. A libido (incluindo as pulsões do ego), encontrando então a oposição de uma pulsão de morte, exige dissolução. Refere FREUD (1976c) que um *"instinto é um impulso inerente à vida orgânica, a*

restaurar um estado anterior de coisas” (p.54), mas considera, ainda, que o *“objetivo de toda a vida é a morte”* (p.56).

Desta maneira, o entendimento da repetição e compulsão possibilitaram a Freud conceituar a existência de um princípio que estaria além do princípio de prazer. A tendência à repetição faz parte, então, de uma propriedade geral das pulsões cuja consequência é transportar o organismo, na sua idêntica reprodução, a um estado anterior. Assim, a origem mitológica das pulsões, a partir de 1920, ressalta KUSNETZOFF (1982), está no id, sendo o superego uma pura concentração de pulsões de morte, perdendo o princípio de prazer sua posição hierárquica, enquanto os problemas relativos à agressão ficam em primeiro plano. Desta maneira, o organismo vivente é sustentado por um conjunto pulsional, dividido entre um pólo, que induz a crescer, somar e reproduzir, e outro, que leva a restabelecer um estado anterior.

As pulsões de morte aparecem, segundo LAPLANCHE & PONTALIS (1983), na conceitualização freudiana, como um tipo completamente novo de pulsões, que não tinha lugar nas classificações precedentes, vindo nelas as *“pulsões por excelência, na medida em que nelas se realiza de forma eminente o caráter repetitivo da pulsão”* (p.530). LAPLANCHE (1988) ainda lembra que a pulsão de morte está estreitamente ligada, em Freud, não só à compulsão à repetição, mas também à noção de princípio do zero ou de Nirvana, ou seja, à ausência de excitação, destacando também que a existência de uma pulsão de morte no nível mais profundo do inconsciente nunca foi para Freud incompatível com outras teses que ele sustentava, como a ausência de negação, de contradição e de idéia de morte no inconsciente.

FUTTERMAN (1969), cuja base teórica consiste precisamente na noção freudiana de instinto de morte, explica que os componentes da pulsão agressiva mostram a mesma capacidade de fixação e regressão que os da pulsão de vida, sendo claro, para ele, que ambas as pulsões se manifestam durante o período do desenvolvimento por fixação nas zonas oral, anal e fâlica e que a fusão destas pulsões aparece na resolução do complexo de Édipo e na formação do superego. Na fusão ideal de ambas as pulsões, os impulsos agressivos são liberados de sua qualidade destrutiva, possibilitando a sublimação das manifestações hostis, de maneira que o indivíduo é capaz de fazer uma contribuição produtiva e positiva no seu processo de vida.

No processo evolutivo infantil, para dominar as tendências edípicas, a agressividade, segundo Futterman, se torna incompatível com outras necessidades, e o

superego precisa mediar as tendências conflitivas, protegendo o indivíduo da livre expressão de sua própria agressão. Em algum momento do desenvolvimento, a criança se dá conta de que as idéias, fantasias e desejos da pulsão agressiva são perigosas e/ou incompatíveis com outras metas. Surgem, assim, a ansiedade e os sentimentos de culpa para ajudar a dispensar da consciência os desejos intoleráveis, desenvolvendo-se também os mecanismos de defesa que o indivíduo usa para apartar e/ou transformar o que o ego já aprendeu a reconhecer como desejos instintivos perigosos. Entretanto, a agressão pode dirigir-se contra o próprio ser, como é o caso dos indivíduos com tendências autodestrutivas e/ou suicidas e na melancolia. Freud descreveu a melancolia, lembra Futterstockman, como um processo onde o ego se identifica com um objeto de amor incorporado que se perde, seja real ou imaginariamente. Enquanto, na pessoa normal, depois de um período de luto, se deslocam as catexias para outros objetos, continuando o processo de identificação, no estado melancólico, o processo adquire um caráter regressivamente incorporativo, em que a agressão se apresenta como meio de possessão destruição. Certamente, por este motivo, o melancólico manifesta muito pouca agressão fora dele mesmo, tendo pouca relação com o mundo exterior, mas, no ataque agudo, pode estendê-la em direção aos outros, para destruí-los, sempre numa base de falta de harmonia e confusão, que reina entre o sujeito e o objeto.

FENICHEL (1966) esclarece, melhor ainda, esse duplo aspecto do superego, que protege e pune ao mesmo tempo. Explica então que, em circunstâncias normais, prevalece o aspecto protetor, entretanto, na depressão, este aspecto é destruído pela regressão, predominando o aspecto cruel. O suicídio do depressivo, examinado do ponto de vista do superego, é “a volta do sadismo contra a própria pessoa”, contudo, do ponto de vista do ego, é a expressão mais insuportável da terrível tensão produzida pelo superego. O ego sente, assim, a perda de seu valor e “renuncia a toda luta ativa”. Porém, outros suicídios têm um sentido mais ativo, “traduzindo uma tentativa desesperada de fazer cessar a tirania do superego, a qualquer preço”. O ego submete-se ao castigo, mas com muita revolta, já que submeter-se significa “destruir os objetos arcaicos, incorporados na época da formação do superego. É um assassinato à maneira de Dorian Gray, assassino de sua própria imagem” (p.449-50).

FREUD (1976e), então, procurando explicar o suicídio, foi elaborando uma idéia de agência psíquica que poderia justificar a culpa e a auto-acusação como conceitos importantes para o entendimento da depressão e da melancolia. Deste modo, em 1923, na sua obra *O ego e o id*, formulou o conceito de superego, com funcionamento inconsciente, bem como as suas relações com o ego, que possibilitaram uma melhor compreensão da

dinâmica do suicídio. Para o ego viver, precisa de certa dose de auto-estima e apoio das forças protetoras do superego e, assim, o medo da morte, na melancolia, acontece quando o ego se desespera, porque se sente odiado e perseguido pelo superego. O suicídio é uma expressão do fato de que a terrível tensão, produzida pelo superego, ficou insuportável. A perda da auto-estima é tão completa que toda esperança de recuperá-la é abandonada. O ego se percebe desamparado pelo superego e se deixa morrer.

Todas as colocações de Freud, vinculadas ao conceito de pulsão de morte, instinto de agressividade e autodestruição, foram difíceis de serem aceitas pela comunidade analítica, em função das dificuldades de uma confirmação fiel da sua existência. No entanto, FREUD (1974b) acabou afirmando a inata inclinação humana para a agressividade, destrutividade e crueldade não-erótica, no artigo *O mal-estar na civilização*, afirmando: “*Sei que no sadismo e no masoquismo vimos diante de nós manifestações de instinto destrutivo (dirigidos para fora e para dentro fortemente mescladas ao erotismo, mas não posso mais entender como foi que pudemos ter desprezado a ubiquidade da agressividade e da destrutividade não eróticas e falhado em conceder-lhe o devido lugar em nossa interpretação de vida*” (p.142). No texto, refere, ainda, que a tensão entre o superego e o ego é chamada de sentimento de culpa, expressada como uma necessidade de punição. A civilização, para o autor, consegue dominar o perigoso desejo de agressão do indivíduo, enfraquecendo-o e estabelecendo no seu interior um agente para cuidar dele.

O sentimento de culpa, para FREUD (1974b), tem duas origens: uma, que surge do medo de uma autoridade, e outra, posterior, que surge do medo do superego. A primeira exige uma renúncia às satisfações instintivas, e a segunda, ao mesmo tempo que faz isto, requer também uma punição. O primeiro sentimento de culpa se expressa no complexo edipiano, mas o que se inicia em relação ao pai é completado posteriormente no que se refere ao grupo, da família à humanidade.

A culpa é, então, um afeto negativo, que surge de um conflito interno. Freud chamou atenção para a importância da culpa inconsciente, idéia esta que tomou ímpeto em 1923 — lembra HINSHELWOOD (1992) —, quando foi introduzido o conceito de superego, tornando a culpa central para o desenvolvimento do caráter.

Na visão de Freud, conforme GAY (1989), a formação do superego depende do desenvolvimento das identificações. Inicialmente, as crianças escolhem seus pais como objetos de seu amor; posteriormente, forçadas a renunciarem a tais escolhas como

inaceitáveis, identificam-se com eles, assumindo suas atitudes para si próprios. No princípio, as crianças querem então possuir seus pais, mas terminam querendo ser como eles, mas não exatamente com eles, isto é, constróem suas identificações sobre o modelo do superego parental.

Ainda nessa linha de interpretação do pensamento freudiano, MOORE & FINE (1968) acrescentam que a resolução do complexo de Édipo está associada à renúncia de desejos incestuosos (proibidos pela lei totêmica e, assim, desencadeadores da angústia de castração) e à formação definitiva de uma autoridade interna, o superego (a partir de uma identificação com a figura paterna, tomada como modelo), e, conseqüentemente, ao aparecimento de consciência, como função do superego. Como parte do superego, surge também o ideal do ego, *“baseado na identificação com os pais e com outras figuras ambientais precoces, seja como na realidade são, eram no passado ou como foram idealizadas”* (p.43). A identificação é um processo, segundo KUSNETZOFF (1982), *“de ordem psicológica, mediante o qual o sujeito se constitui”*, afirmando: *“o ser nasce com todas as possibilidades de sê-lo, porém essa possibilidade apenas se concretizará quando esse corpo biológico entrar em contato e interagir com outro ser humano”* (p.87-8).

No capítulo VII da *Psicologia de grupo e a análise do ego*, FREUD (1976f) define identificação como *“a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa”* (p.133). Examinando com atenção, verifica-se que esta expressão utilizada por Freud nos remete ao processo de incorporação da fase oral, afirmando ser a identificação *“um derivado da primeira fase da organização da libido”* (p.133). Desta maneira, pode-se considerar que a teoria psicanalítica tentou explicar como o que está fora passa a estar dentro do indivíduo.

A identificação, então, é um mecanismo pelo qual *“um indivíduo efetua modificação interna em si próprio e em seus processos mentais”*, para poder tratar *“seu relacionamento com objetos de seu ambiente”*. A identificação implica, assim, uma incorporação, de certa maneira *“seletiva ou parcial”*, alterando-se *“através da imitação do objeto”*, nascendo do desejo de ser como o objeto e sendo o resultado de *“uma alteração estrutural do ego e/ou das funções do superego”* (DEWALD, 1981, p.50-1).

Com base nestes fundamentos, LITMAN & TABACHNICK (1968, p.75) concluem que, *“até certo ponto, qualquer pessoa seria vulnerável ao suicídio, exatamente por causa das características gerais da condição humana, como uma necessidade de*

submissão à culpa, exigida de cada membro pela sociedade, e a pressão do instinto de morte, com seus derivativos clínicos. Além disso, o extremo desamparo do ego, na infância, nunca é completamente superado, de modo que ele sempre está pronto para regressar a estádios primitivos, em condições de stress e conflito”.

Fundamentando-se em Freud, acompanhando casos clínicos (principalmente melancólicos), personagens da literatura e dados etnográficos, GARMA (1960) entende, também, que o suicídio é um fenômeno psicológico provocado por uma série de fatores e motivações, tais como a perda de um objeto libidinoso de importância vital, a agressão do ambiente contra o ego, o desejo de recuperar o objeto perdido, a agressão ao exterior, considerando ainda, a constituição e as vivências infantis desfavoráveis do indivíduo (Figura 1).

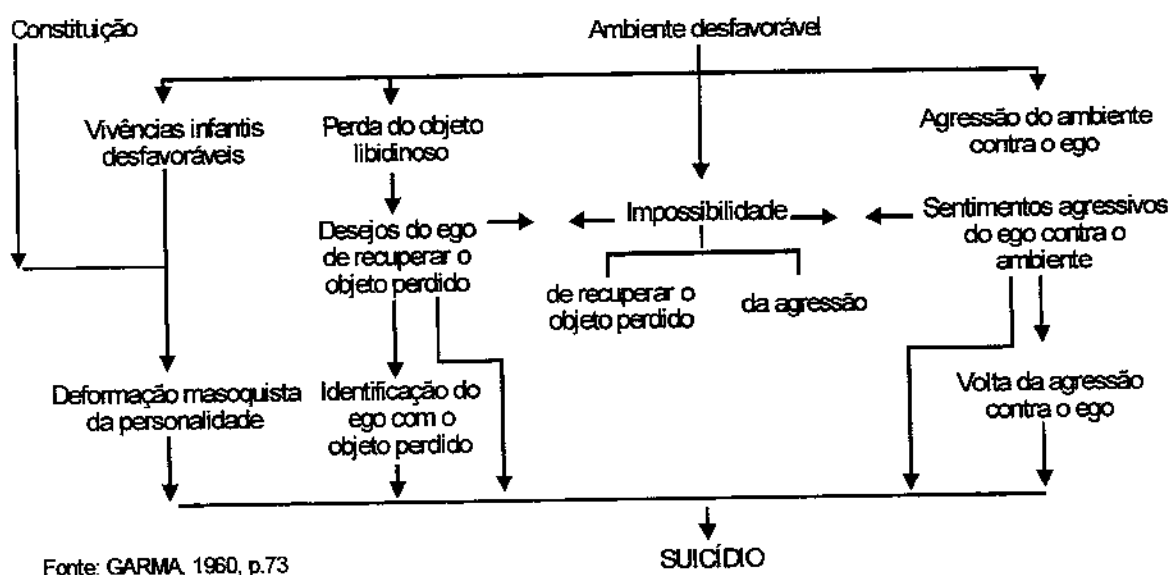


Figura 1
Diagrama da psicologia do suicídio

Psicanaliticamente falando, Garma explica o diagrama da Figura 5, salientando que o suicida identificado com o objeto perdido deseja desaparecer da vida, da mesma forma que, para ele, desapareceu o seu objeto libidinoso. Dirige sua agressividade contra si mesmo, mas, na realidade, quer atacar um objeto exterior que está introjetado no seu ego. O suicídio é, então, uma agressão ao exterior que, secundariamente, por motivos diversos, se

volta contra o ego. É um procedimento para satisfazer a agressão que o ambiente ocasiona, assim como um meio de recuperar o objeto libidinoso perdido. Matando-se, consegue anular psicologicamente a perda do objeto e vinga-se do ambiente (provocando reações afetivas nos outros) que originou seu desespero. Por último, para o autor, assim como, na formação das neuroses, intervêm conflitos infantis e atuais, na psicogênese do suicídio, há motivos atuais que estimulam o indivíduo a vivenciar a vida como desagradável e motivos infantis que ocasionaram uma formação masoquista da personalidade.

Cabe também lembrar certas considerações importantes de KNOBEL (1991), a respeito do enfoque freudiano sobre a morte. Segundo este autor, Freud insistiu na vinculação morte-castração, pela impossibilidade do indivíduo ter uma vivência de algo de que não teve a experiência. Todavia, refere que, numa perspectiva kleiniana, o medo da morte existe a partir de uma fantasia de morte como aniquilamento. Cita dois conceitos de morte propostos por Abadi, de morte real e imaginada. A primeira é desconhecida e ignorada pelo ego. O conceito de morte imaginada seria formado com base em fantasias inconscientes e que poderiam assumir um caráter temido e persecutório. Em relação a essa morte imaginária, o ego pode se defender de três maneiras: a) como liberação (associada a uma fantasia de nascimento, que envolveria a idéia de saída de uma situação difícil), b) como trânsito (para a vida eterna, ligada a conceitos de reencarnação e transcendência), e c) como regressão ao ventre materno (associado à mãe-terra).

KNOBEL (1991) critica essa distinção de morte e as defesas regressivas propostas no que se refere à morte imaginada. Considera que o medo da morte não se justifica apenas por ela ser desconhecida. A vinculação consciente ou inconsciente de morte com doença se relaciona com dor e sofrimento e, deste modo, é possível temer a morte real ou imaginada. Por outro lado, a existência de fantasia de aniquilamento depende da qualidade das relações objetais do indivíduo. A presença de identificações adequadas, relações objetais positivas e gratificadoras é compatível com a aceitação do fenômeno da morte como um fato biológico. Já a má qualidade das relações objetais justifica a necessidade do uso de defesas regressivas para lidar com a morte real, mascarando-a com o conceito de morte imaginária. A partir de tais considerações, o simbolismo muitas vezes utilizado em interpretações dinâmicas sobre o suicídio pressuporia não um conceito verdadeiro de morte, mas formas de enfocar e lidar com dificuldades intrapsíquicas.

Para entender o complexo psicopatológico, é fundamental, segundo este autor, rever as conceituações sobre o fenômeno da agressão, já que, para manter um suposto

equilíbrio biológico, surge a agressão como necessidade, podendo a violência, em face de uma sociedade destrutiva e violenta, aparecer como uma forma de vida adaptativa.

O medo da morte, que é observado nos neuróticos, caracteropatas e doentes psicossomáticos, é um produto de um fenômeno projetivo no qual se mesclam a culpa, a agressividade e a ansiedade persecutória, que obrigam a ter uma vivência e fantasia de morte, de tortura, dor, agressão ou ataque. Mas, a agressão mais violenta acontece nos estados psicóticos, onde a indiscriminação é total. Projeta-se a parte psicótica da personalidade e, dependendo do projetado, recorre-se aos mais variados tipos de agressão, onde a mais doente é o suicídio, com predomínio das emoções mais destrutivas que são ligadas à inveja. O suicida então, para Knobel, *“é um invejoso da capacidade de vida não só dos outros mas também de partes de seus próprios objetos internos que procuram o prazer de viver”* (p.35).

Com a introdução do conceito dualístico de instinto de vida e instinto de morte, foi possível a Freud chegar a bases concludentes para determinar o papel da agressão, seja nos seus desvios patológicos, seja no seu sentido construtivo. A partir desse momento, a evolução teórica de Freud, passou a dar uma posição de realce ao instinto de morte, como força dominante nos organismos vivos, podendo ser considerada por muitos uma especulação sujeita a crítica e a interpretações e aplicações diversas. Assim, por exemplo, alguns autores psicanalíticos sustentam, segundo FUTTERMAN (1969), que os impulsos hostis podem explicar-se sem supor a existência da pulsão de morte. Estes estudiosos argumentam que a agressão pode ser considerada como uma atividade através da qual o organismo deve ir liberando suas tensões frustrantes e sobrepondo-se aos obstáculos que surgem entre ele e a realização das metas dos instintos sexuais e vitais. Por outro lado, HENDIN (1969), estudioso da psicodinâmica do suicídio, considerou insuficiente o contexto da depressão, proposta por Freud, para explicar o suicídio. Valorizou a noção de ódio dirigido contra si mesmo, mas a viu, sob a influência de Rodo, como uma reação adaptativa à dependência frustrada, salientando que o fato de os problemas da depressão e do suicídio aparecerem juntos com frequência significativa não justifica que se utilizem as formulações dinâmicas da depressão como uma explicação geral do suicídio. As atitudes e fantasias do paciente, afirma o autor, *“em relação com a morte e o ato de morrer, são extremamente importantes na motivação do suicídio, exista ou não depressão”* (p.196).

KLOPFER (1969), ligado a posição teórica de Jung, não admite o ego como único portador do significado da vida, considerando o instinto de morte (proposto por

Freud) bastante incompreensível. Para este autor, o ego é só o *“centro da parte consciente do funcionamento da personalidade”* (p.207), enquanto que *self* seria o *“centro mais profundo do funcionamento do organismo humano individual, que mantém o contato entre o indivíduo e o cosmo ao qual pertence”* (p.207). Portanto, só quando o ego se livra da sua *“posição pseudomonopolista egocêntrica e busca contato com o self é que pode adquirir o significado da vida”* (p.207). Desde o ponto de vista jungiano, em relação ao suicídio, o *self* tem ao mesmo tempo um lado claro e um lado escuro. Quando prevalece *“o lado escuro, a morte parece mais desejável e/ou menos espantosa que a vida”* (p.208). A morte, neste sentido, é a morte do ego. O ego, então, privado de um contato com o *self* (que permite a experiência do significativo), deve voltar *“ao seio da magna mater para restabelecer tal contato e renascer com um novo significado para a vida”* (p.209). Mas a força arquetípica da *magna mater* tem, por sua vez, um aspecto doador de vida e outro destruidor da vida, paralelos ao lado escuro e ao lado claro do *self*. Em consequência, a jornada noturna tem sempre *“o perigo de terminar em destruição em vez de renascer”* (p.209).

ANSBACHER (1969), vinculado a outro dissidente de Freud, Alfred Adler, considera o indivíduo como *“um todo unificado e único, dirigido sempre por uma força que se sobrepõe a tudo”*, que representa um *“esforço por uma meta de êxito”* (concepção subjetiva e inconsciente no indivíduo), esforço este que pode ser num sentido socialmente útil ou não (p.220). O indivíduo não pode ser considerado isolado, e sim como parte de seu contexto social. Desta maneira, os esforços mentalmente saudáveis representam uma contribuição para o grupo social, enquanto que, no transtorno mental, os esforços são inúteis para a sociedade, não assegurando a satisfação das necessidades individuais. A deficiência no interesse social é *“o comum denominador das crianças problema, dos neuróticos, os psicóticos, os alcoolistas, os drogaditos, as prostitutas, os perversos, como dos suicidas”* (p.221). O suicídio, então, é para Ansbacher, um sintoma de transtorno mental, contudo, em raras ocasiões, pode ocorrer em indivíduos *“bem adaptados como uma única saída para ‘situações intoleráveis’: doenças incuráveis, ataques cruéis e inumanos, sofrimentos irremediáveis etc.”* (p.224).

Por outro lado, para ROSSIS (1969), ligado a Horney (linha culturalista), o homem *“não nasceu com tendências destrutivas inatas como pretendem as doutrinas freudianas”* (p.258), salientando que o suicídio e as neuroses têm as mesmas fontes, sendo necessário, para entendê-las, estudar o seu desenvolvimento que, no seu sentido mais amplo, representa *“um fracasso no crescimento social como no individual”* (p.257). No

estado de desenvolvimento maduro, há um equilíbrio entre o desenvolvimento do ego idealizado e a do verdadeiro ego; entretanto, a disparidade entre ambos é denominada de *“alienação do ego”* alienação que é extremamente relacionada com o suicídio. Assim, o *“ódio contra si mesmo se desenvolve como um estratagema de parte do self idealizado, para lograr suas metas da forma mais imediata e direta possível”* (p.261). O suicídio, então, representa *“um fracasso no desenvolvimento do self”* (p.257).

Entretanto, na literatura suicidológica, a influência da posição de Freud sobre a agressão e a noção de instinto de morte, tem fundamentado muitos estudiosos na explicação do ato suicida. Observa-se assim, entre outros, que MENNINGER (1970) partiu da teoria clássica de depressão de Freud, para argumentar que tanto depressão como suicídio seriam expressões da hostilidade introjetada inconsciente. Na verdade, Menninger parte de tendências construtivas e tendências negativas da personalidade e tenta acomodá-las com as formulações originais de Freud, não assumindo a deserotização universal da agressão. Para analisar o interjogo de tais tendências, pelo contrário, recorre novamente ao conceito de erotização. Para ele, a *“teoria do suicídio é que o desejo de matar, inesperadamente privado de certas oportunidades ou objetos externos de satisfação inconscientes, pode voltar-se para a pessoa de quem deseja e ser executado como suicídio”* (p.43). Essa teoria corresponderá aos fatos se:

“a) for possível mostrar que existe efetivamente um reflexo das tendências destrutivas sobre o próprio indivíduo, de modo que o seu eu seja tratado como um objeto externo;

b) for comprovado em exame que pessoas propensas à suicídio são altamente ambivalentes em seus apegos a objetos, isto é, disfarçam com seus apegos positivos conscientes grandes e mal dominadas quantidades de hostilidade inconsciente (o desejo de matar);

c) em tais indivíduos, o suicídio for efetivamente precipitado por ocasiões de repentina interrupção nos apegos a objeto” (p.43).

Observa-se que, embora haja um interesse explícito, da parte de Menninger, de comprovação de sua teoria, discute os seus pontos de vista, mas afirma que não pretende demonstrar que a forma de *“autodestrutividade é uma expressão direta da tendência instintiva primitiva”* (p.43), já que esta é uma hipótese de Freud.

Menninger acreditava que pelo menos três desejos poderiam contribuir para o ato suicida: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto. Ressalta,

também, que o desejo de matar outro pode estar dirigido não só para um objeto interno, já que a experiência clínica reiteradamente confirma que o suicídio freqüentemente se destina a destruir a vida dos sobreviventes. Pacientes deprimidos muitas vezes acham que o suicídio é a única vingança satisfatória contra seus pais, ou até contra qualquer ente querido.

Para compreender melhor o primeiro componente — desejo de matar —, é preciso pensar na distinção entre “*o desejo consciente de morrer (ou não morrer) e o desejo inconsciente de morrer*” (p.76). Suspeita-se de um desejo inconsciente de não morrer ou ausência de desejo de morrer naqueles indivíduos com freqüentes tentativas de suicídio frustradas. Assim, distinguindo entre as porções diferenciadas e a indiferenciadas do instinto de morte ou energia autodestrutiva, MENNINGER (1970) salienta que: a) “*a energia autodestrutiva seria em parte transformada em agressão externamente dirigida a serviço da autopreservação*”. A função do amor, ou instinto erótico, seria a de “*transformar tendências destrutivas em medidas de autodefesa e adaptações socialmente úteis*” (p.82); b) parte da energia autodestrutiva serviria à formação da consciência. “*Acredita-se que o poder da consciência se deriva de uma parcela dos instintos agressivos e originais que, ao invés de ser dirigida para fora a fim de exercer efeito destrutivo sobre o ambiente, é transformada em uma espécie de juiz ou rei interior*” (p.59); c) a porção de energia autodestrutiva indiferenciada fica em estado latente, temporariamente confinado pelas atividades dos instintos de vida.

No indivíduo normal, a morte é concretizada pela gradual emergência da porção da energia autodestrutiva indiferenciada de seu estado latente, pelo progressivo enfraquecimento dos recursos neutralizadores. Entretanto, no indivíduo suicida, esse remanescente não diferenciado da energia autodestrutiva “*rompe repentinamente os laços que o prendem, adquire poder e dá fim imediato à vida do indivíduo*”. A possibilidade de adquirir esse poder se deve a alguma fraqueza relativa do instinto de vida e a “*alguma deficiência na capacidade de desenvolver amor. Esta seria a relação do instinto de morte e portanto, do desejo de morrer com o suicídio*” (MENNINGER, 1970, p.82).

Na prática, afirmam LITMAN et al (1968), a evidência observável do desejo de morrer parece ser a transformação da energia em ato. Então, durante crises penosas, idéias de suicídio proporcionam “*alívio da tensão*”, e, com aproveitamento de componentes emocionais de experiências passadas e atuais, começa a se formar o plano suicida que, gradualmente, vai se cristalizando e fortificando, “*reforçado pela repetição, dentro da imaginação e por expansões verbais, tais como promessas, ameaças, declarações. No*

início, parece perigoso e alheio ao próprio indivíduo e provoca ansiedade. Aos poucos, adquire uma estrutura autônoma dentro do ego, mais ou menos dissociada do ego e tolerada como egossintônica” (p.78). Parece, então, que, a menos que seja consumado o suicídio, são tais indícios, mais ou menos claros de ideação suicida, que dão consistência à existência teórica de um desejo de morrer, como um dos componentes do ato suicida. Todavia, MENNINGER (1970) coloca em dúvida se esse desejo consciente corresponde ao desejo inconsciente de morrer, sugerindo em relação ao simbolismo comum do desejo de morrer, que não é impossível que tal *“interpretação seja uma exata inversão e que fantasias de nascimento e os vários fenômenos interpretados como desejos de voltar à paz do útero, talvez sejam apenas representações pictóricas do que, no nível mais profundo, é o desejo inconsciente da morte”*. Portanto, acredita que o desejo de morrer no suicídio é *“apenas uma hipótese, em contraste com os demonstrados fatos da existência dos outros dois elementos”*, o desejo de matar e o desejo de ser morto (p.82).

GARMA (1960), estudando também o significado da morte para o indivíduo suicida, afirma que, mesmo parecendo lógica e natural a idéia de que a morte signifique só livrar-se dos conflitos atormentadores e um refugiar-se no nada, pelo contrário, a morte também proporciona ao suicida possibilidades de vida, principalmente das que anteriormente carecia. Assim, para demonstrar que a representação da morte não é só uma negação total da vida, e a independência entre o desejo de morte e o de suicidar-se, apoia-se em alguns exemplos: a) dois amantes cometem suicídio para livrar-se dos obstáculos e serem eternamente felizes, sem ter que separar-se jamais; b) o personagem Werther, de Goethe, se suicida para continuar vivendo eternamente o momento de felicidade quando Lotte lhe deu um abraço; c) a epidemia de suicídio das jovens moças da cidade de Miletto, na Grécia antiga (vide item 3.3.1). Para estas moças, sem dúvida, o suicídio não significava totalmente sua morte, elas fantasiavam possivelmente a reação dos vivos (tristeza, remorso, culpa), como se elas estivessem vivas, sentindo a humilhação de serem expostas nuas na praça pública; d) o imperador Romano Adriano decretou a condenação a morte de todo soldado que tentasse suicídio, excluindo só desta pena os que pretendiam se matar por dor, cansaço da vida, doença ou perda da honra. Se a idéia de morte fosse a única motivação da tentativa de suicídio dos soldados, a pena de morte significaria muito mais um ato a favor que um castigo. Desta maneira, Garma destaca que a única finalidade do suicídio não é a morte como negação da existência, salientando as palavras de Kanders de que o suicídio é uma fuga da vida e os motivos para tal ato não estão na morte e sim na vida.

FREUD (1974c) já tinha feito referência a isto no seu texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, de 1915, onde menciona que é impossível para uma pessoa

imaginar sua própria morte, porque, no fundo, ninguém acredita na sua própria morte, afirmando: *“no inconsciente, cada um de nós está convencido da própria imortalidade”* (p.327).

Para explicar o segundo componente — o desejo de matar —, MENNINGER (1970) parte da idéia de que todo suicídio *“é antes de tudo um homicídio”* (p.36). Na língua alemã, o significado literal é *“homicídio de si próprio”*, também implícito em todas as formas filológicas mais antigas. Portanto, se há *“no suicídio um eu que se submete ao homicídio e parece desejoso de fazê-lo”* (p.36), deve haver uma explicação para isto. Assim, o desejo de matar, para o autor, seria resultante da destrutividade primária. Sob certas condições, os impulsos destrutivos, investidos em um ou mais objetos, desprendem-se dos mesmos, permitindo que o impulso homicida, libertado, se aplique *“sobre a pessoa de sua origem, como objeto substituto, realizando, assim, um homicídio deslocado”* (p.57). Observa-se, com isto, que Menninger, retoma a idéia de FREUD (1976b) de que ninguém se mata, *“a menos que esteja, ao mesmo tempo, matando um objeto com quem se identificou, voltando contra si próprio um desejo de morte antes dirigido contra outrem”* (p.202). Assim, Menninger serve-se do termo *“identificação ou, mais precisamente, de introjeção, porque a pessoa parece ser introjetada no eu”* (p.43), delimitando o conceito de forma de internalização e diferenciando expressões psicanalíticas, muitas vezes usadas como sinônimos (MOORE et al, 1968).

GARMA (1960) também reconhece a relação íntima entre o suicídio e a agressividade que se origina no mundo exterior e volta-se contra o próprio ego (vide Figura 5). Assim, ilustra com alguns exemplos este tipo de mecanismo: a) um paciente homem relata a fantasia de se considerar *“capaz de levar a mulher pela qual está apaixonado para a cama do homem que a deseja a após suicidar-se”* (p.38). Sem dúvida, o homem que toma a sua amada desperta nele um ódio intenso, sua neurose o impede de satisfazer dito ódio, voltando-se contra o ego, originando a fantasia de suicídio; b) o rei Carlos VIII, da França, que era fisicamente feio e tinha um forte mau hálito, quando entrou em Nápoles, escolheu entre um grupo de pescadores de Santa Lucia a moça mais bonita (com 16 anos) e passou toda a noite em sua companhia, entregado às delícias do amor. No dia seguinte, a jovem, enojada pela terrível noite, subiu numa rocha e suicidou-se, atirando-se ao mar. O suicídio desta jovem se deve aos desejos de matar o rei, que não pôde realizar e se voltaram contra ela mesma. Seu suicídio significa, psicologicamente, querer matar o rei; c) um paciente, lembrando a cena de um livro (Barbusse, *Le Feu*), onde soldados são lançados ao ataque de uma trincheira inimiga, tendo de passar por um lugar onde balas e granadas matam muitos.

Neste momento, na fantasia, o paciente fica horrorizado e decide que, em caso de guerra, ele se suicidaria antes de ir para a trincheira. Analisando esta fantasia de suicídio, as trincheiras representam o ambiente agressivo; a obrigação inevitável de ir até elas como soldado e a impossibilidade de eliminar a agressão; finalmente o suicídio é a volta da agressão impossível contra o próprio ego do sujeito.

Sobre o terceiro componente — o desejo de ser morto —, MENNINGER (1970) salienta que *“ser morto é a forma extrema da submissão, assim como matar é a forma extrema de agressão”*, acrescentando que a explicação do *“desejo de sofrer e submeter-se à dor e mesmo à morte é encontrado na natureza da consciência”*, sendo a consciência, para ele, *“uma representação psicológica e interna de autoridade, originalmente e principalmente autoridade paterna, mas fundida na vida na vida posterior com padrões éticos, religiosos e sociais prevalecentes. É em grande parte formada na infância e meninice, raramente acompanhando as mudanças do ambiente exterior”* (p.58). Desta maneira, Menninger recapitula novamente Freud agora, ao explicar as dificuldades do ego em se ajustar às exigências do superego e aplacar-lhe a severidade: *“quem alimenta desejos homicidas sente também, pelo menos inconscientemente, a necessidade de uma punição da espécie correspondente”* (p.61). Lembra, ainda, as palavras de Freud, ao dizer que *“muitos suicídios são homicídios disfarçados, não apenas devido à introjeção, mas também porque só o homicídio justifica no inconsciente a pena de morte, mesmo quando ambos são aplicados ao eu”* (p.61-2). Acreditando que *“o ego precisa sofrer na proporção direta de sua destrutividade dirigida para fora”* (p.59), os melancólicos, assim, *“raramente matam alguém além de si próprio, embora seu motivo impulsor seja o desejo de matar outra pessoa”* (p.62).

Menninger discute, no seu livro, a necessidade de punição e o desejo de morrer, examinando a significação dos métodos empregados em relação ao sexo da vítima, salientando que alguns métodos considerados incomuns sugerem aspectos eróticos, ressaltando que todo ato humano é baseado no simbolismo, não se podendo ignorar *“a significação de determinado método de cometer suicídio por achá-lo sem sentido”* (p.67). Mas, quando fala de acidentes propositais, é que fica mais claro o sentido do desejo de ser morto, mencionando que, nestes casos, *“o que há de significativo e diferencial é que o ego recusa aceitar a responsabilidade pela autodestruição”* (p.282).

Muitos acidentes, adicção a drogas e outras mortes encobrem comportamentos suicidas, deixando transparecer o desejo de morrer. Este tipo de tendência é chamada, por

KLOPPER (1969), de “suicídios positivos” e, por MEERLOO (1968), de “suicídios ocultos”. Para MARTUSCELLO (1993) também existem manifestações disfarçadas de suicídio, potencialmente destrutivas, mas que nem sempre refletem, para os leigos, uma intenção suicida, devido principalmente a seu caráter inconsciente. Assim, descreve, a modo de exemplo, que o uso da motocicleta, mesmo sendo um meio de locomoção implantado e bem adequado ao trânsito congestionado das grandes cidades, pode vir a refletir uma forma de querer se matar, caso as condições de seu uso seja em alta velocidade, sem capacete, estando o motorista alcoolizado, podendo, então, se afirmar que o uso do veículo nessas condições funciona como um suicídio disfarçado, onde a intenção é inconsciente, possibilitando que toda a culpa seja imputada à fatalidade.

A conduta suicida, então, só pode ser compreendida como um comportamento complexo, em que os determinismos inconscientes assumem certamente uma significação maior que as circunstâncias externas. Deste modo, as contribuições psicanalíticas, refere PAIVA (1991), sobre o instinto de morte, têm ajudado a elucidar as causas da autodestruição, instinto este que é herdado dos antepassados. O homem se diferencia dos outros animais pelo seu desenvolvimento cerebral e capacidade intelectual, mas se tornou anímico, por causa do aparecimento do seu superego, que originou o sentimento de culpa. Essa culpa, menciona o autor, provém, na maioria dos casos, das fantasias inconscientes e conscientes, sendo indispensável o conhecimento da fantasia inconsciente para o homem tornar-se verdadeiramente amadurecido.

Conseqüentemente, para esse autor, o homem, uma vez evoluído, identificou-se culposamente com os pais e autoridades, dando origem às religiões, intimamente ligadas às fantasias inconscientes. A culpa parricida-filicida da pessoa humana é originária de suas fantasias inconscientes, processadas nos primeiros anos de vida, nos quais a criança tem fantasias inconscientes de matar o pai ou a mãe para poder ficar só com um deles. Se os pais forem bons, as crianças se sentirão perdoadas, mas, se os pais forem agressivos, sádicos ou indiferentes, a criança herda os requisitos de animalidade dos antepassados, podendo se tornar agressiva, orientando-se para uma auto-agressão aguda ou crônica. O estresse nos períodos de modelamento produz elaboração secundária de fantasias inconscientes, causando sentimentos de culpa e doenças, ficando vulnerável a comportamentos suicidas.

O suicida é, então, um indivíduo atemorizado, repleto de culpa, com um sentimento constante de perseguição. O seu conteúdo latente é cheio de vivências

paranóides, devidas ao conflito com os pais, introjetados como um objeto mau, que fica inerte. Assim, o ato suicida não é a culminação de um estado depressivo por desinteresse da vida, e sim, por não agüentar a perseguição. Por outro lado, para alguns indivíduos, o suicídio seria um ato mágico, pois a morte verdadeira é temida, mas, utilizando um simulacro de morte, por ter uma idéia de ressurreição, para nascer sem as culpas anteriores, é então que o indivíduo se suicida, esperando uma melhor vida no além (PAIVA, 1991).

Dentro desta linha de pensamento, DIAS (1991) considera que o indivíduo não está descompromissado com o meio social, nem com os vínculos que nele estabelece, afirmando que o ato suicida está sempre voltado para o mundo (social-familiar) em que a pessoa está inserida. Partindo desta consideração, analisou "mensagens de adeus" de 200 laudos de suicídio do Instituto Criminalista de São Paulo. Identificou, nesses bilhetes, que o ato suicida representava para estas pessoas um ato de rebelião, já que em vida foram passivas e espectadoras. Constatou atitudes acusativas e manipuladoras, objetivando com seu ato de auto-agressão agredir o outro ou a sociedade. O discurso era ambivalente e contraditório, com tendências predominantemente narcisistas, exigindo o mundo à sua semelhança, com fortes sentimentos de vazio e baixa auto-estima.

Pode-se afirmar, segundo SHNEIDMAN (1975), que as *"explicações psicodinâmicas da teoria do suicídio não se modificaram muito, desde a época de Freud e até Karl Menninger"* (p.1775). De lá para cá, esses autores continuam a ser fartamente citados, e, assim, suas idéias foram e são investigadas, discutidas e, em alguns aspectos, até negadas. Mas, certamente, em termos teóricos, não houve verdadeiras substituições.

Observa-se que, tanto nas formulações teóricas como nas tentativas de definição operacional de suicídio, o núcleo de agressão é geralmente reconhecido. Não obstante, diferem os autores em torno do que costuma ser identificado como *"intenção"* no comportamento suicida ou, como propusera Durkheim, do *"conhecimento"* de que determinado ato pode resultar em morte (DURKHEIM, 1966, p.24). Naturalmente, os que resistem em definir suicídio, em termos de intenção ou de conhecimento, são os que sustentam a exclusiva hipótese da influência de motivos inconscientes sobre os atos.

A respeito do *quantum* de consciência existente em atos suicidas, SHNEIDMAN (1975) afirma que *"ninguém sabe porque seres humanos tiram a sua própria vida; freqüentemente, a pessoa que o faz, e algumas vezes, principalmente ela, conhece ainda menos os seus complicados motivos para a autodestruição"* (p.1774).

Assim, também, WEISMAN (1975), ao escrever que *“nem todo caso de comportamento, que ameaça a vida, começa com um desejo de morrer, de matar ou de ser morto”* (p.1753), não está tentando diminuir a importância dos elementos básicos da psicodinâmica da hostilidade, tal como foi delineada por MENNINGER (1970). Todavia, chama a atenção para a multivariabilidade de comportamentos ameaçadores para a vida, inclusive fazendo menção à categoria de “suicídio subintencional”, proposta por SHNEIDMAN (1968), em sua tentativa de criar uma *“classificação psicologicamente orientada dos fenômenos de morte”* (p.19-48).

Analisando casos de suicídio, SHNEIDMAN (1992) destaca os “elementos básicos e onipresentes” (p.51), cuja combinação tem como consequência o suicídio, nos quais se fundamenta para identificar generalidades do ato suicida, e que seriam os seguintes: sentimento de dor insuportável face necessidades frustradas, visão denegrida de si mesmo, constrição mental, sentido de isolamento, desespero e decisão de egressão. Por outro lado, identifica as generalidades do suicídio conforme consta no Quadro 6.

Quadro 6. As dez generalidades do suicídio, segundo SHNEIDMAN

Generalidade	Especificação
1. Busca de solução	É o propósito.
2. Cessação da consciência	É o alvo.
3. Dor interminável	É o estímulo.
4. Necessidades psicológicas frustradas	É o estressor.
5. Desamparo - desesperança	É a emoção.
6. Ambivalência	É o estado afetivo.
7. Constrição	É o estado perceptivo.
8. Egressão	É a ação.
9. Comunicação da intenção	É o ato interpessoal.
10. Padrões de enfrentamento existencial	É a consistência.

Fonte: SHNEIDMAN, 1992 (quadro adaptado)

A partir daí, desenvolve um modelo teórico de suicídio, cujos componentes são representados por três dimensões: dor, perturbação e pressão. O indivíduo pode conviver com intensidades menores de tais dimensões, porém, ao atingir a intensidade máxima, sobram-lhe poucos escapes: suicídio, homicídio, psicose, amnésia ou destruição profissional.

O suicídio, então, para SHNEIDMAN (1992, 1994b, 1999), é compreendido como a melhor solução encontrada pelo indivíduo para escapar de uma dor psicológica insuportável. Esta dor que toma conta da mente está carregada de estados emocionais negativos (culpa, vergonha, angústia, medo, pânico, solidão e outros) e acompanhado de idéias de morte (cessação), como estímulo para colocar um fim nas emoções intoleráveis.

A dor psíquica insuportável é gerada por necessidades psicológicas frustradas. SHNEIDMAN (1992, 1994b, 1999) se fundamenta na psicologia motivacional de Henry Murray, que define a “necessidade” como uma força que organiza a percepção, o intelecto, a conação e a ação, de maneira tal que pode transformar uma situação insatisfatória em satisfatória. Murray (apud HALL & LINDZAY, 1966) organizou uma lista de 20 necessidades, entendendo que cada uma delas leva o organismo a procurar ou evitar o choque. Estas necessidades estão sempre acompanhadas de determinados sentimentos ou emoções, utilizando diferentes métodos para satisfazer sua inclinação.

Em função disto, SHNEIDMAN (1994b, 1999) sustenta que cada sujeito tem uma disposição idiossincrásica, formada pela sua própria constelação de necessidades, que reflete o que cada indivíduo é, o que o faz viver e o que o torna vulnerável ao suicídio. Ao longo da vida, os indivíduos estruturam certas consistências psicológicas, ou seja, certos padrões habituais de reação para todo tipo de situações, em que ser suicida é vivenciar um estado de dor psíquica aumentada, estimulado por certas necessidades psicológicas bloqueadas, frustradas.

Tendo sido identificadas por Murray 20 necessidades, poderia se pensar, expressa SHNEIDMAN (1999), que possa haver 20 tipos de suicídio, mas, na prática, segundo este autor, somente algumas estão implicadas no suicídio. Desta maneira, a maioria dos suicídios tendem a cair em cinco diferentes grupos, refletindo diversos tipos de dor psicológica, conforme consta no Quadro 7, embora se devam considerar, como já foi mencionado, os aspectos idiossincrásicos de cada caso individual.

Quadro 7. Tipos de dor psicológica que caracterizam pessoas suicidas e respectivas necessidades frustradas, segundo SHNEIDMAN

Tipos de dor psicológica	Necessidades frustradas
1. Amor, aceitação e pertencimento tolhidos	Apoio e afiliação
2. Quebra do controle da preeditibilidade e do ajustamento	Realização, autonomia, ordem e compreensão
3. Auto-imagem agredida, evitação de vergonha, da frustração, da humilhação e da desgraça	Afiliação, defesa e evitação de vergonha
4. Relacionamentos chave rompidos, luto e privação correspondente	Afiliação e acolhimento
5. Excessiva cólera, raiva e hostilidade	Dominância, agressão e neutralização

Fonte: SHNEIDMAN, 1999, p.89-90 (com base no texto resumido)

O suicídio, então, não é um ato aleatório, sem finalidade, pelo contrário, é vivenciado como a melhor saída disponível, onde o propósito é encontrar uma solução para um sofrimento muito intenso e insuportável. O alvo seria interromper (cessação) com o fluxo doloroso de consciência, parando com o sentimento invasor de desesperança que deixa o indivíduo derrotado e sem saída para a vida.

Contudo, a atitude interna é de ambivalência, já que, quase sempre, o indivíduo quer, ao mesmo tempo, alcançar a morte, mas planeja uma intervenção de socorro. Emite, assim, muitas vezes, em suas relações interpessoais, sinais verbais e/ou comportamentais, onde comunica a sua intenção letal. Mas, como o estado perceptivo é de constrição, ou seja, de estreitamento (afetivo e intelectual) de gama de opções disponíveis na consciência, a única ação (agressão) disponível é a saída intencional de uma região de sofrimento.

Pode-se dizer então que, considerando o modelo teórico tridimensional (dor, perturbação e pressão) de Shneidman sobre suicídio, além dos seus aspectos nucleares, todos os demais fatores seriam meramente periféricos.

LEENAARS (1996) recapitula essas “*causas externas*” apenas como “*aspectos comuns da complexidade do suicídio*” (p.221), ao indagar por que as pessoas chegam ao suicídio. Busca um apoio teórico nas obras de Freud, Adler, Binswanger, Jung, Menninger, Kelly, Murray, Sullivan, Zilboorg e Shneidman para alcançar uma visão multidimensional das causas do suicídio, que possibilitaria uma aplicabilidade clínica, em situações de pesquisa. Com tal fundamentação, formulou sentenças, constantes de um protocolo para

avaliar bilhetes suicidas, dentro de um enfoque idiográfico. Tais sentenças foram organizadas conforme seu sentido conceitual em intrapsíquicas ou interpessoais, já que considera que, de um ponto de vista psicológico, estes dois aspectos estão interligados no suicídio.

Por outro lado, cabe mencionar que, durante muitos anos, os estudiosos foram influenciados e condicionados por uma epistemologia aristotélica, fixando a sua atenção sobre os traços particulares, dividindo os fenômenos para tratar separadamente as partes. Entretanto, no início do século XX, esta metodologia tornou-se insuficiente para muitos teóricos, passando o homem a ser visto como um ser total, abdicando-se da descrição exaustiva para o estudo da relação de cada sujeito com os outros. Nascia, assim, a idéia de sistema, de organização de totalidade.

Esta nova visão da realidade se baseia na *“consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais”*. Os sistemas não estão limitados a organismos individuais e suas partes. Portanto, para entender a natureza humana, deve-se estudar não só suas dimensões físicas e psicológicas, mas também suas manifestações sociais e culturais, entendendo-se a evolução humana como progredindo através de uma interação dos mundos interno e externo, dos indivíduos e das sociedades, da natureza e da cultura (CAPRA, 1982, p.259).

NAPIER & WHITAKER (1982) lembram que, no início da década de 1950, um grupo de estudiosos, de um importante hospital para doentes mentais, ficaram fascinados com uma observação do comportamento de um paciente esquizofrênico. O mencionado paciente manifestava uma aguda perturbação em sua conduta, nos dias subseqüentes à visita de sua mãe. Para uma melhor compreensão deste fato, os médicos fizeram com que as mães de vários pacientes fossem ao hospital e observaram a interação mãe-filho durante certo tempo.

Desta maneira, relatam os autores que, *“longe de estar fora de contato, o paciente estava amplamente envolvido numa intrincada e perturbada rede comunicacional com a mãe”* (p.52). As mensagens na comunicação, tanto verbal como não-verbal, entre a mãe e o filho esquizofrênico, estavam em conflito. Mais especificamente, a calidez verbal da mãe não combinava com sua frieza não-verbal, provocando muita confusão no filho. Assim, grande parte da conduta esquizofrênica ganha sentido, descobrindo-se também que tinham extensão as perturbações na relação pai-filho.

Passava-se, assim, do estudo do indivíduo ao estudo das relações, o que possibilitou pensar a família como um todo organizado. À medida que os terapeutas e investigadores foram entrevistando e estudando uma gama ampla de famílias, foram compreendendo que o transtorno não estava no paciente identificado, mas na família.

O indivíduo passa, então, a ser considerado como um elemento de um grupo, em que está em interação emocionalmente intensa com os outros membros do agregado familiar. Assim, o doente, como entidade isolada portadora de sintomatologia, deixa de ter interesse conceitual, passando a ser apenas um dos elos de um sistema disfuncionante. Esta mudança de objeto, de sujeito/indivíduo para o grupo/sistema/família, implica, para GAMEIRO (1992), uma ruptura epistemológica na longa tradição do pensamento sobre a doença. Desta maneira, o objeto da medicina, da psiquiatria e da psicologia clínica tem sido o indivíduo. No entanto, a teoria sistêmica propõe romper com esta conceituação, passando a considerar cada indivíduo como parte de sistemas mais vastos, aplicando a regra da totalidade, onde o sistema está para além de seus elementos constituintes.

O homem não é um ser isolado, é um membro ativo e reativo de grupos sociais, sendo a família um grupo social natural que, com sua organização e estrutura, qualifica e influencia as experiências dos seus integrantes. Sabe-se, então, segundo MINUCHIN (1982), que as famílias modelam e programam o comportamento e o sentido de identidade da criança, sendo que também criança e família crescem juntas e se acomodam às mudanças da sociedade. Assim, a família é um sistema aberto, auto-regulado, com uma história comum que define no seu seio normas e padrões transacionais próprios. As transações repetidas estabelecem, para o autor, padrões *“como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema”*. Portanto, os padrões transacionais regulam o comportamento dos integrantes da família e são mantidos por dois sistemas de repressão: um é “genérico” e envolve as regras universais que governam a organização familiar, e o outro é “idiossincrásico” e envolve as expectativas mútuas dos membros específicos da família. Assim, afirma o autor, o sistema se *“mantém a si mesmo”*, oferece resistência à mudança, mantendo padrões preferidos. Padrões alternativos também estão disponíveis, mas qualquer desvio que *“ultrapasse o limiar de tolerância do sistema”* provoca o surgimento de mecanismos que restabelecem o âmbito costumeiro (p.57).

Deve-se considerar também, segundo GAMEIRO (1992), que a família é um sistema que vive mergulhado em outros sistemas com que interage numa relação circular que afeta a sua organização. Assim, é fundamental que, dentro do próprio sistema familiar,

se compreendam as noções de subsistema e de limite para caracterizar partes da família em que a interação é mais intensa por proximidade geracional e definir as fronteiras destes subsistemas dentro do sistema e deste com o exterior.

RIBEIRO (1992), citando Calil, lembra que o sistema da família nuclear participa de um processo de influência recíproca com outros sistemas humanos (trabalho, escola, etc.), podendo ser considerado subsistema de um supra-sistema (a comunidade). Além disso, a família nuclear possui sua própria suborganização, os subsistemas.

Desta maneira, salienta MINUCHIN (1982), o sistema familiar diferencia e leva a cabo suas funções através de subsistemas. Assim, díades, tais como esposo-esposa, mãe-filho, podem ser subsistemas, e estes podem ser formados por geração, sexo, interesse ou função, sendo que cada sujeito pode pertencer a diferentes subsistemas. Cada subsistema familiar tem funções específicas e faz exigências específicas a seus membros. Para o funcionamento da família ser apropriado, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas. Portanto, as fronteiras de um subsistema são as regras que definem quem e como participa, ou seja, a função da fronteira é a de proteger a diferenciação do sistema.

GÓMEZ (1983), analisando a família, considera que sua organização íntima está formada por uma rede de relações, que é preexistente ao sujeito. Caso não exista essa rede de relações, a pessoa ficará num vazio, durante toda sua vida, a menos que possa substituí-la de alguma maneira. Assim, para o autor, como, ao longo de seu ciclo vital, o indivíduo passa da total dependência do embrião, nas estranhas maternas, à autonomia da idade adulta, para regressar depois à dependência, na velhice, o ser humano precisa manter-se vinculado com seus semelhantes, para uma adequada satisfação de suas necessidades. Desta maneira, o ser humano tem sempre necessidades múltiplas e diferenciadas, não podendo chegar a satisfazê-las, de maneira adequada, sem contar com a cooperação de seus semelhantes. Numa família, existem relações conjugais, materno-filiais e relações fraternas, cada uma com uma significação diferente para a satisfação das necessidades do indivíduo, sendo as marcas emocionais decorrentes impressas na pessoa para toda a sua vida.

O indivíduo, em geral, assim como, especificamente, o indivíduo suicida, não pode ser considerado, então, fora de seu ambiente familiar e social, nem se reduzir exclusivamente a sua dinâmica intrapsíquica. Cada indivíduo está em interação intensa com os outros membros da família e sociedade. Portanto, os problemas individuais não têm só um sentido, mas sim, certamente, uma função no contexto mais amplo onde surgiram.

Na família e sociedade saudáveis, há regras, padrões, que servem de guia para o crescimento grupal e individual. Estas famílias e sociedades percorrem o ciclo da vida, estando livres para mudar, adaptar-se e crescer sem medo e apreensão. No entanto, nas famílias e sociedades disfuncionais, as regras são usadas para inibir a mudança e para manter o *status quo*. O comportamento de um indivíduo, então, depende do comportamento dos outros, e, assim, os padrões de interação transcendem à qualidade dos membros individuais.

CASSORLA (1991) considera o suicídio como um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde *“fatores constitucionais até ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama ‘causa’ é, geralmente o elo final dessa cadeia”* (p.20).

KALINA et al (1983) acreditam, também, na existência de uma *“cultura suicida”*, como uma forma de *“comportamento autodestrutivo típico de nosso tempo”* (p.22). Assim, definem o suicídio como uma reação psicótica, resultante de uma indução, entendendo este comportamento como uma conduta coletiva, e não apenas como resultado de uma livre-determinação individual. Não há dúvida, segundo eles, de que as condutas autodestrutivas se inspiram integralmente nos modelos sociofamiliares. A conduta suicida responde, então, a uma proposta, a uma educação em que, entre os que ensinam a se matar e os que aprendem a morrer, há um enlace, um vínculo de interdependência e uma semelhança psicopatológica e social, em torno da qual se deve compreender o fenômeno do suicídio. O homem que se mata, afirmam os autores, o faz porque está previamente condicionado e é insistentemente estimulado para adotar comportamentos previamente autodestrutivos que a sociedade lhe induz diretamente ou através da família.

Do mesmo modo que a teoria psicanalítica considera que, na vida mental e no comportamento humano, nada acontece por acaso, sendo os fenômenos entendidos através do conceito de determinismo psíquico (restabelecer e repetir situações infantis), a perspectiva sistêmica considera os problemas individuais como familiares e ou socioculturais, com sua raiz também em fatos passados, constituindo a história natural da família e da sociedade, transmitidos de geração a geração, englobando padrões, estilos, segredos e mitos, através de condutas repetitivas.

Todavia, ANDOLFI, ANGELS, MENGHI, NICOLO-CORIGLIANO (1984) consideram a família como um sistema ativo em constante transformação, que assegura a

continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros, permitindo, então, o desenvolvimento da família como uma unidade e, ao mesmo tempo, assegurando a diferenciação de seus membros. Nas famílias saudáveis, a diferenciação individual e a coesão grupal são garantidas pelo equilíbrio dinâmico estabelecido entre os mecanismos de diversificação e aqueles de estabilização. Nas famílias patológicas, há ausência de limites interpessoais claros, impossibilitando a qualquer um, livremente, iniciar uma relação íntima ou libertar-se. Nestas famílias disfuncionais, a passagem de um estágio evolutivo para outro é percebido como uma catástrofe, já que a família é fechada a qualquer experimentação e nova aprendizagem.

Assim é que, pensando nas relações do grupo familiar, segundo a teoria dos sistemas, a teoria da comunicação e a cibernética, pode-se dizer que, no grupo familiar, o comportamento de cada um dos membros ou subsistemas está ligado ao comportamento dos outros. O grupo familiar funciona como uma totalidade, onde as singularidades dos membros não são suficientes para explicar o comportamento do conjunto familiar.

Então, nem as pessoas nem seus problemas existem num vazio. A família está composta por uma rede de familiares de ao menos três gerações, sendo a repetição uma constante. O que acontece numa geração muitas vezes se repetirá na seguinte, havendo uma transmissão de pautas familiares, de geração para geração.

MCGOLDRICK & GERSON (1987), analisando o genograma da família Fonda, observaram a repetição de uma conduta suicida, assim como hospitalizações psiquiátricas e fatos traumáticos, revelando ainda detalhes, como: a) vários casamentos são comuns nesta família: Henry Fonda (pai de Jane) casou cinco vezes, e sua primeira esposa, Margaret, casou quatro vezes, sendo Henry seu segundo esposo; b) Margaret suicidou-se, e sua filha Brigit também; c) a mãe de Jane Fonda, segunda esposa de Henry, cortou a garganta num hospital para enfermos mentais; d) Henry Fonda manteve, por um certo tempo, oculta a morte de sua segunda esposa, realizando, junto com sua sogra, um funeral privado, nunca discutindo o fato com Jane e com Peter, seu outro filho; e) durante a terceira lua-de-mel de Henry Fonda, seu filho Peter disparou um tiro no estômago, oito meses após o suicídio de sua mãe; f) durante a quarta lua-de-mel de Henry Fonda, Peter adoeceu por consumo de drogas, devendo Henry retornar de sua viagem de bodas para hospitalizá-lo numa unidade psiquiátrica; g) Henry Fonda tinha dois amigos íntimos que se suicidaram; h) Peter Fonda apaixonou-se por Brigit Hayward no ano em que esta se suicidou, sendo que também seu melhor amigo se suicidou.

Desta maneira, para essas autoras, certas regras são transmitidas de geração em geração, sendo várias as pautas sintomáticas que tendem a se repetir, tais como alcoolismo, incesto, violência, sintomas físicos e suicídio. Perceber esta repetição possibilitará ajudar a família a evitar novas repetições, frustrando este processo disfuncional.

As famílias, então, desenvolvem uma estrutura característica, um padrão bem definido e repetitivo de papéis e regras, dentro dos quais os membros da família funcionam. Os valores e normas familiares são derivados das experiências de crescimento dos pais, em suas famílias de origem, dos derivativos internalizados dessas experiências, da influência atual da sociedade na qual estão vivendo e de suas histórias, desde que se uniram para criar uma nova família.

Segundo BUCHER (1985), são as regras ou normas estabelecidas pela família que nortearão a conduta de seus membros e irão variar de família para família, embora haja também regras similares para um grupo de famílias, condicionadas pela classe social, nível cultural, etc. Os ritos são moldados pelas regras estabelecidas pela família. Os seus hábitos são exteriorizados através de ritos e ancorados nas regras por ela definidas. Os ritos são produtos da tradição, transmissíveis culturalmente e sancionados pelo consenso grupal, e exigem, como condição básica, a crença em sua eficácia e a repetição constante. Assim, acrescenta a autora, *"tanto os mitos quanto os ritos são a expressão do aparelho psíquico da família e expressam sua dinâmica"* (p.115), sendo que eles podem ser tanto altamente criadores, quanto destruidores, caso se tornem rígidos.

A família (numa visão psicanalítica) é, por si só, uma entidade psíquica, afirma VILHENA (1988), e não apenas grupal ou social. Na família, os mecanismos de projeção são constantes e maciços, sendo as projeções múltiplas próprias do sistema, do grupo familiar. Deste modo, a família elabora uma imagem interiorizada, comum ao grupo, unindo seus membros em um projeto comum. Desta maneira, fala-se em mito familiar, não havendo uma organização familiar sem um mito que lhe inscreva em uma ordem de valores mais gerais, que lhe legitime e lhe dê sua lei de composição interna.

Segredos e mitos podem ser iniciados por um membro da família, conforme PINCUS & DARE (1981), mas eles não permanecem como propriedades do indivíduo, já que os outros membros da família iniciam, como resposta, um processo de influência mútua, fortalecendo ou enfraquecendo os efeitos dos mesmos. Eles se baseiam sempre no poder e na dependência, no desejo de tomar conta e no desejo de ferir, no amor e no ódio,

sentimentos que estão ligados ao sexo, nascimento e morte. Assim, nas palavras dos autores, *"quando surge na criança a primeira consciência de ter de competir com esta mistura de sentimentos, contraditórios e poderosos, desejos e anseios secretos começam a dominar seu mundo interno"* (p.16). Este mundo permanece, através de suas vidas, como fonte de dor e conflito, assim como fonte de imaginação e criatividade.

Embora Freud não tenha teorizado especificamente sobre a família, esta desempenha um papel extremamente importante na sua obra, mostrando que a mente é uma estrutura construída na infância, onde as relações pais-filhos são fundamentais para o desenvolvimento humano. Na vida do suicida, numa interpretação psicanalítica, emergiriam fantasias inconscientes muito primitivas, que funcionariam como fatores desencadeantes do ato suicida.

Assim, nesses indivíduos, há dificuldades de conter os núcleos conflitivos da vida intrapsíquica, devido certamente ao enfraquecimento da capacidade autodefensiva do ego. Não há dúvida de que crianças que passaram por experiências de abandono, separações precoces, agressões físicas ou psíquicas, assim como qualquer outro tipo de manifestações negativas, poderão se tornar adultos mais vulneráveis a doenças mentais e/ou a atos suicidas, atos homicidas, atitudes anti-sociais, provavelmente por terem introjetado objetos maus. Conflitos e quebras nas relações familiares favorecem, entre outros fatores, o aparecimento de idéias e atos suicidas.

A este respeito, MIERMONT (1994) afirma que a dissociação familiar entre os suicidas é significativamente mais freqüente que em uma população de controle, lembrando que, no estudo realizado por Davidson e Angel, estes constataram que nas famílias dos suicidas a autoridade paterna é exercida de maneira insatisfatória para 59% deles; enquanto que 39% a acham excessiva; 20% insuficiente; 40% dos sujeitos denunciaram a ausência de afeto do pai, para 30%, da mãe.

Pode-se considerar então que, se uma pessoa não tem apoio, segurança e equilíbrio familiar, que lhe possibilitem conter seus impulsos destrutivos, certamente, em momentos agudos de desespero, poderá concretizar um ato suicida.

Por outro lado, na abordagem cognitiva, YUFIT (1991), fundamentando-se em vários estudos, afirma que existe um estilo cognitivo que caracteriza os pacientes suicidas, havendo uma tendência para rigidez do pensamento. Tais pacientes não desenvolvem

facilmente soluções alternativas para os problemas, carecendo de flexibilidade e perspectiva. A rigidez geralmente está acompanhada de desesperança e desamparo. A desesperança envolve falta de confiança e uma expectativa de que os desejos e objetivos futuros não possam ser concretizados, implicando a ausência de otimismo. O desamparo indica uma deficiência de recursos internos, uma falta de confiança, uma autonomia subdesenvolvida, uma auto-imagem pobre, superdependência de pessoas pouco generosas e dúvidas com relação à sua capacidade de influenciar ou controlar o próprio futuro. O resultado disto, geralmente, é uma baixa aspiração de realizações e níveis de energia inadequados, que podem conduzir ao medo, ansiedade, estagnação e depressão. A frustração aparece quando estes sentimentos de desesperança e desamparo persistem e predominam. Assim, quando o sofrimento psicológico resultante é demasiado, o suicídio pode tornar-se a única saída para aliviá-lo.

Através do acompanhamento clínico de pacientes, BECK, RUSH, SHAW, EMERY (1982) procuraram identificar os motivos mais comumente alegados para suicídio. Para alguns, o suicídio representaria uma fuga da vida, uma desistência de lutar contra a angústia insuportável. Outros procuram manipular uma situação, visando, através de uma tentativa de suicídio, ao retorno da pessoa amada. A autodestruição pode se associar com sentimentos de abandono, por quebra de relações e/ou desejo de ser amado. Pode ocorrer a falta de expectativas positivas, que pode se traduzir por desesperança e pode ou não se relacionar com insucessos no trabalho ou na escola. De um modo geral, a propensão ao suicídio se liga a uma tendência a superestimar as dificuldades e a não-solução de problemas, com falta de confiança nos recursos pessoais para enfrentá-los. Em resumo, tais sujeitos apresentam traços característicos da tríade cognitiva da depressão: *"uma percepção exageradamente negativa do mundo externo, de si próprios e de seu futuro"* (p.220).

Por outro lado, expectativas excessivas também podem intensificar sentimentos de fracasso e desamparo, de modo que, entre pessoas muito exigentes em relação ao seu desempenho, o perfeccionismo freqüentemente se associa com comportamento suicida. A raiva resultante contra si mesmo está entre principais mecanismos psicodinâmicos que *"puxam o gatilho do impulso suicida"* (YUFIT, 1991, p.377). Portanto, rigidez parece ser incompatível com a utilização de habilidades adaptativas necessárias para lidar com a mudança ou com a capacidade para interpretar o acontecimento adverso numa perspectiva adequada. Sentimentos resultantes podem envolver desesperança, desamparo, raiva e, ainda, vergonha e dúvida, originando um estado de sofrimento intolerável. Também, isolamento e alienação são sinais preocupantes, ao se avaliar o potencial suicida de um

indivíduo, já que os sentimentos de pertencer e de intimidade novamente não são encontrados nas pessoas suicidas. Sua ausência precipita então o vazio, a solidão e os sentimentos de privação. Desta maneira, enfatiza YUFIT (1991), quando os recursos internos são mínimos e os sistemas de apoio também inexistem, ou quando foram experienciados como hostis, a vulnerabilidade da pessoa isolada cresce, e, então, o comportamento suicida torna-se a forma desesperada de encontrar uma saída, geralmente para acabar com o sofrimento psicológico provocado pela rejeição. Assim como a rigidez cognitiva é uma característica preocupante, o seu oposto (comportamento maníaco) também o é, uma vez que o controle dos impulsos e a regulação do pensamento tornam-se inexistentes.

3.3. O ponto de vista sociológico

O enfoque sociológico para explicar o suicídio é uma tradição consagrada, desde o século passado, com o trabalho pioneiro de Durkheim, que conseguiu combinar, com sucesso a pesquisa empírica com a teoria sociológica.

Não é possível ignorar, então, que o trabalho deste sociólogo constituiu a primeira grande sistematização teórica para o estudo científico das variáveis sociais do suicídio, em que afirmou, lembra MARIS (1997), que, mesmo sendo o suicídio aparentemente o mais privativo e individual dos atos humanos, só poderia ser explicado coletivamente. Entretanto, cabe lembrar, segundo SHNEIDMAN (1968), que, sem diminuir a sua notável contribuição, Durkheim *“não estava tão interessado no suicídio, em si, quanto na explicação de seu método sociológico geral”* (p.23).

Sua análise fundamentou-se em citações de obras, discussão, utilizando argumentos lógicos e dados estatísticos, procurando libertar-se de todas as oportunidades de se engajar numa abordagem reducionista. Assim, conforme BERRIOS & MOHANNA (1990), apesar de sua indiscutível contribuição científica, sua visão do pensamento psiquiátrico sobre o suicídio foi tendenciosa. Tais autores criticam a seletividade da citação de textos psiquiátricos, a utilização de terminologia psiquiátrica obsoleta, a negligência de autores de posição moderada e, até, a distorção de pontos de vista. Tal abordagem possibilitou que DURKHEIM (1966) afirmasse que *“não existe estado individual, exceto insanidade, que possa ser considerado um fator determinante de suicídio”* (p.322).

O trabalho de DURKHEIM (1966) abrange uma análise empírica detalhada de fatores sociais, como sexo, estado civil, religião, nível socioeconômico, estado mental, etc., extraídos dos registros oficiais de morte de vários países, que o direcionou a entender o suicídio como resultado da relação do indivíduo com a sociedade. Tal relação foi explicada por duas características do grupo social: o grau de integração e o grau de regulação social. A partir dessas características, foram estabelecidas três categorias sociais de suicídio: o egoísta, o altruísta e o anômico.

Através do estudo da religião, do casamento, da família e da comunidade política e nacional, DURKHEIM (1966) concluiu que o suicídio egoísta ocorre quando há uma vinculação escassa do indivíduo com a sociedade, ou seja, quando há uma falta de integração. A partir da análise dos coeficientes de suicídio em diferentes grupos sociais, conclui que os dados estatísticos variam em razão da integração social. Desta maneira, considera que, quanto mais a religião integra o indivíduo na vida coletiva e quanto maior a coesão familiar, é menor a possibilidade do sujeito cometer suicídio de tipo egoísta. Em termos da comunidade política e nacional, a tese de Durkheim, segundo SIMPSON (1966), é de que, *“em grandes crises, o coeficiente de suicídio cai, porque então a sociedade está mais fortemente integrada e o indivíduo participa mais ativamente da vida social”* (p.14).

Assim como a sociedade tem forças que protegem o homem do suicídio, o contrário pode ocorrer. De fato, *“o suicídio é o resultado da força ou fraqueza do controle social sobre o indivíduo”* (SHNEIDMAN, 1975, p.1775). O suicídio pode ocorrer como *“um sacrifício imposto pela sociedade com fins sociais”* (DURKHEIM, 1966, p.220). É o suicídio altruísta, obrigatório em certas práticas ritualísticas de algumas sociedades, em vista da interdependência compulsória entre certos membros, necessária para a própria sobrevivência da sociedade e, em muitos casos, justificada por aspectos religiosos, militares e políticos.

Assim, o suicídio egoísta e o altruísta podem ser considerados como sintomáticos da maneira pela qual o indivíduo está estruturado na sociedade. O homem, então, para DURKHEIM (1966), se mata facilmente quando está desligado da sociedade, mas também se mata se estiver demasiado integrado nela. Com base nas crenças religiosas e na estrutura militar, um indivíduo pode sacrificar sua vida pelo bem do grupo e porque considera ser seu dever, evitando assim o castigo religioso ou a perda da honra.

Segundo a literatura, comenta SILVA (1993), *Nomos* era uma tradição oral que se foi transformando no direito usualmente válido, e cuja característica principal era a

justiça e a obediência às leis do Estado. O seu contrário, a *Anomia*, uma expressão não muito comum, literalmente carrega a ausência de leis e, portanto, determina uma situação (no sentido da falta de integração) de caos. Neste sentido, o suicídio anômico de Durkheim decorre da ausência de regras e dispositivos regulatórios, privando os indivíduos das normas básicas de comportamento. Neste tipo de suicídio, parecem incidir, de modo preponderante, as causas econômicas. Entretanto, isto é um tanto duvidoso, já que o aumento da miséria não influi muito nas taxas dos suicídios, nem as taxas diminuem durante a prosperidade. O que Durkheim entende por anomia não significa estritamente pobreza e ausência de crise. O indivíduo, salienta SIMPSON (1966), aprende crenças e práticas, que regulam a satisfação de suas necessidades, de forma a se tornar a personificação do que Durkheim chamou de consciência coletiva. Quando esta regulação do indivíduo *“é perturbada, de maneira que seu horizonte se alarga, além do que pode suportar ou, pelo contrário, se contrai excessivamente, as condições para o suicídio anômico tendem a um máximo”* (p.15).

Variáveis circunstanciais que costumam ser consideradas como causas de suicídio, pela frequência com que com ele se associam, são infinitas, servindo de pretextos para o suicídio. Mas, conforme DURKHEIM (1966), nenhuma delas, por seu caráter individual, é causa específica. Assim, se existe uma diversidade de suicídios, sua explicação só pode ser feita em termos sociológicos, afirmando que *“existe, para cada povo, uma força com uma quantidade definida de energia, que impele os homens à autodestruição. Os atos da vítima que, primeiramente, parecem expressar apenas seu temperamento pessoal, constituem, realmente, o suplemento e a prolongação de uma condição social, que eles expressam externamente”* (p.299).

O fundamental, então, para Durkheim, são as tendências da coletividade que vão penetrando nos indivíduos, levando-os a cometer suicídio, colocando em segundo plano os acontecimentos privados.

Após o trabalho de Durkheim, observou-se que os estudos sobre o suicídio passaram a valorizar o papel de variáveis sociais, principalmente procurando avaliá-las como preditoras de risco de suicídio. Na realidade, segundo MARIS (1997), surgiram duas tendências na abordagem do suicídio. A primeira se caracteriza por uma metodologia quantitativa, representada pelo modelo sociológico, inspirado em Durkheim. Outra, com um enfoque mais qualitativo, radicalmente contrária ao modelo durkheimiano, concentra-se em relatos individuais ou no comportamento do indivíduo que faz uma tentativa de

suicídio, já que pode ser explicado com base numa avaliação desse objeto de estudo, não sendo possível prevê-lo somente em termos coletivos abstratos.

Nos últimos tempos, entretanto, nota-se, na literatura, um movimento para encarar o suicídio em termos pluridimensionais, muitas vezes estabelecendo um enfoque multidisciplinar.

3.4. O ponto de vista biológico

A idéia de que o suicídio possa ter uma base neurobiológica, ou melhor, bioquímica, é relativamente nova. Certamente, a necessidade de identificar preditores de risco de suicídio estimulou, nos últimos 30 anos, o desenvolvimento de investigações biológicas sobre a neurobiologia do suicídio. Vários marcadores biológicos, então, vêm sendo investigados em diferentes trabalhos científicos.

O alto nível de 17 hidroxicorticosteróides urinários foi um dos primeiros marcadores biológicos relacionado ao suicídio, observados por Bunney & Fawcett, no ano de 1965 (AMARAL, 1989; LISTA & BENVENUTI, 1992; GALLI, 1995), em três pacientes que cometeram suicídio, de um grupo de 36 deprimidos. Trabalhos posteriores destes autores e outros colaboradores, no ano de 1969, confirmaram o resultado anterior, determinando que a dosagem dos metabólicos do cortisol poderia ser utilizada como indicador de alto risco de suicídio. Entretanto, afirma AMARAL (1989), mesmo que outros autores tenham confirmado tais achados, hoje pode-se interpretar tal correlação como associada mais *“intimamente à intensidade da depressão do que propriamente ao risco de suicídio especificamente, uma vez que níveis muito altos da secreção de cortisol estão relacionados à ocorrência de sintomas psicóticos nas depressões e demais características melancólicas, as quais aumentam muito, quando presentes, o risco de suicídio”* (p.31).

Através do estudo de amostras sanguíneas para monoamino oxidase (MAO) plaquetária, em pessoas da população geral, constatou-se, também, que sujeitos com nível mais baixo desta enzima em suas plaquetas tinham uma prevalência oito vezes maior de suicídio em suas famílias, comparadas com as pessoas com altos níveis da enzima (KAPLAN & SADOCK, 1993). Mais especificamente, AMARAL (1989) lembra que Gottfries encontrou, em seus estudos de 1975 a 1980, baixa atividade MAO em suicidas alcoolistas e significativamente mais baixa, entre sujeitos que tentaram suicídio através de

métodos violentos, do que aqueles que fizeram tentativas através do uso de drogas ou pequenos cortes no pulso. Por outro lado, em 1985, Banky & Arató encontraram baixa concentração de magnésio, no líquido cefalorraquidiano (LCR), em indivíduos suicidas, e nos níveis de magnésio correlacionados com o ácido 5-hidroxi-indol-acético (5 HIAA). Têm sido estudados, também, outros minerais, mas não têm sido encontradas conclusões significativas (GALLI, 1995).

Os metabólicos da serotonina, o 5 HIAA, da dopamina e da adrenalina têm sido estudados e relacionados com suicídio e tentativa de suicídio. Entretanto, desde os anos 60, o 5 HIAA é o metabólico mais estudado, e foi o trabalho coordenado pela sueca Maria Asberg, em 1976, que demonstrou uma distribuição bimodal na concentração do 5 HIAA no líquido cefalorraquidiano, em 68 pacientes deprimidos, postulando que, destes pacientes, os 15 que tinham níveis mais baixo de concentração do 5 HIAA tentaram suicídio mais vezes e por métodos mais violentos (AMARAL, 1989; ROY & LINNOILA, 1990; GALLI, 1995; ROY, 1999).

Vários outros estudos (vide Quadro 8) são apontados na literatura como encontrando resultados semelhantes.

Quadro 8. Estudos do 5 HIAA em relação ao comportamento suicida, segundo vários autores

Autores	Sujeitos	Resultados
Transksman et al (1981)	30 sujeitos que tentaram suicídio (8 depressivos e 22 com outro transtorno psiquiátrico, excluindo esquizofrenia e alcoolismo) e 45 sujeitos controles	Nível de concentração do 5 HIAA, no L e R, mais baixo nos sujeitos que tentaram suicídio do que nos controles
Brown et al (1982)	12 pacientes com transtorno de personalidade <i>borderline</i>	Nível de concentração mais baixo do 512 pacientes com transtorno de personalidade <i>borderline</i> HIAA em 5 pacientes que tinham história de comportamento suicida
Van Praag (1982)	203 pacientes depressivos	Níveis de concentração mais baixa do 5 HIAA nos 54 pacientes depressivos que tentaram suicídio
Banki et al (1983)	141 pacientes femininas internadas (depressão, esquizofrenia, alcoolismo, transtorno de ajustamento)	Níveis de concentração mais baixo do 5 HIAA em sujeitos com tentativas de suicídio violentas, em todos os diagnósticos

Fonte: AMARAL, 1989; ROY et al, 1990

Estes e outros estudos refletem, segundo LISTA et al (1992), que a serotonina e seu metabólico, o 5 HIAA, é um importante indicador bioquímico do suicídio e que, pelas suas características anatômicas, o sistema 5 HT participa na inervação de amplas zonas do sistema nervoso central. A experimentação animal e humana tem sugerido que este sistema participa na regulação da impulsividade e da agressividade, do estresse, da ansiedade, do ciclo sono-vigília, da regulação do apetite, da modulação da percepção dolorosa, identificando que *“uma alteração primária ou secundária na sua função pode gerar ou facilitar a expressão de transtornos psicopatológicos”* (p.54). Tem sido demonstrado, então, a participação deste sistema em diferentes situações clínicas, como transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, demência, alcoolismo, transtorno de alimentação e outros, ou seja, o sistema serotoninérgico *“desempenha um papel chave em diferentes situações clínicas da patologia mental”* (p.55).

Sem dúvida, para esses autores, os estudos biológicos têm contribuído para definir alterações que se associam a suicídio, colaborando na compreensão desta grave situação clínica. Afirmam, ainda, que os fatores biológicos conhecidos e os a conhecer devem, por certo, integrar a avaliação de um paciente com risco de suicídio, pois são *“úteis na hora das decisões”* (p.72), embora, por si sós, sejam insuficientes.

Por outro lado, cabe mencionar que vários estudos têm identificado, também, a existência de fatores genéticos, que contribuem para o risco do comportamento suicida. Entre as pesquisas mais conhecidas nessa área, encontra-se o estudo Iowa-500, uma pesquisa entre gêmeos fraternos e idênticos, e o estudo dos Amish. Estas pesquisas verificaram, respectivamente, que parentes, em primeiro grau, de pessoas que cometeram suicídio tinham maior risco de se matar. Também, pares de gêmeos monozigóticos mostram uma concordância significativamente maior para o suicídio do que os pares de gêmeos dizigóticos. No último estudo, foi observado que suicídio e transtorno de humor têm sido encontrados em linhagens familiares (ROY, 1992, 1999).

3.5. Outras tentativas científicas para a compreensão do fenômeno

A experiência clínica e os diferentes estudos sobre suicídio e tentativa de suicídio, seja seguindo padrões do modelo tradicional de Durkheim, da análise da importância de componentes psicológicos e psiquiátricos, da identificação de marcadores biológicos ou de trabalhos que envolvem enfoques múltiplos, têm possibilitado identificar várias hipóteses em relação à presença de risco e, especialmente nas últimas décadas, tem

havido uma crescente preocupação no sentido de transformar uma impressão clínica numa avaliação prognóstica. Assim, através de estudos longitudinais (com sobreviventes de tentativas de suicídio), pesquisas transversais de certas comunidades ou grupos e estudos retrospectivos, têm sido identificados fatores e grupos de risco para o suicídio.

STENGEL (1965), por exemplo, declarou que, em média, o diagnóstico de doenças psiquiátricas se poderia aplicar a um terço dos indivíduos suicidas, destacando que *“isto não quer dizer que os dois terços restantes sejam personalidades equilibradas”* (p.68).

O elevado número de pacientes psiquiátricos que se suicidam serviu de argumento, segundo SHNEIDMAN (1975), para fundamentar um dos mitos populares sobre o tema, de que: *“todas as pessoas suicidas são doentes mentais e suicídio é sempre um ato de pessoa psicótica”* (p.1780). Entretanto, para este autor, o *“estudo de centenas de bilhetes suicidas genuínos indica que a pessoa suicida, embora esteja extremamente infeliz e sempre perturbada, não é necessariamente doente mental”* (p.1780).

Contudo, dados oficiais, segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1969), demonstram que os coeficientes de suicídio, entre doentes mentais, ultrapassam os da população em geral e que as investigações apontam que, entre os que sofrem de transtornos mentais, existe uma percentagem elevada não só de suicídios consumados, mas também de tentativas de suicídio.

STENGEL (1965), depois de apresentar a idéia de que nenhuma pessoa sã se suicida e de que a crise suicida é uma conduta anormal, considera que *“certo tipo de conduta anormal é, por si mesmo, um critério de enfermidade”*, e dá seu próprio ponto de vista de que, *“no estado atual do conhecimento, é razoável não aceitar o ato suicida, isoladamente, como critério de transtorno mental, mas sim presumir a presença de tal transtorno, somente se é possível presumir a presença de outros sintomas, além da conduta suicida. Esta abordagem clínica oferece a possibilidade de que uma pessoa, livre de transtorno mental, cometa um ato suicida”* (p.67).

Neste sentido, GREEN (1969), ligado à linha de Sullivan, considerou o suicídio como uma eventualidade desventurada, capaz de se apresentar em diversas entidades clínicas, afirmando que também pode ocorrer como *“um ato de comportamento maduro”*, citando como exemplo a decisão de Sócrates de matar-se, bebendo cicuta, e *“cumprir assim*

a sentença de sua sociedade, em lugar de aproveitar a oportunidade, que lhe ofereceram seus devotos discípulos, de escapar ao exílio” (p.245), sugerindo, então, não poder se confundir atos de heroísmo e suicídio. Por outro lado, NOYES JR. (1968) também lembra, com base na literatura, que o ato suicida “não é visto exclusivamente em psicóticos, mas também em muitos neuróticos e, algumas vezes, em pessoas normais e maduras” (p.181).

Entretanto, as investigações têm possibilitado estabelecer que, entre os fatores que contribuem para o risco de suicídio, têm um peso primordial os transtornos mentais. Cerca de 70% a 98% dos suicídios e 90% das tentativas de suicídio são registrados entre pessoas com um transtorno psiquiátrico importante, principalmente com diagnóstico de alguns quadros de depressão, adicção ao álcool e esquizofrenia (FAWCETT & SHAUGHNESSY, 1990). Todavia, MOSCICKI (1997) e JACOBS et al (1999) referem que os dados de estudos de autópsia psicológica, realizados nos Estados Unidos e Europa, consistentemente demonstram que mais de 90% dos suicídios completados, em todas as faixas etárias, estão associados com problemas mentais, mais especificamente, satisfazendo critérios para um ou mais transtornos (mais freqüentemente, depressão, alcoolismo, esquizofrenia) do Eixo I do Manual Diagnóstico da Associação Americana, o DSM, o que permite levantar a hipótese de considerá-los como fatores predisponentes para o suicídio.

Dentre as doenças psiquiátricas, a depressão é a que com mais freqüência se associa ao suicídio, seja como diagnóstico primário e/ou como sintoma. As pessoas com depressão expressam freqüentemente o desejo de morte, tentando muitas vezes se matar, até chegando realmente a consumir o suicídio. Assim, FROTA-PESSOA (1991) lembra um trabalho realizado, no final dos anos cinquenta, em St. Louis, onde foram estudados retrospectivamente (autópsia psicológica) 134 casos de suicídios. Destes, 45% apresentavam depressão maior ou transtorno de humor em fase depressiva e 23% eram alcoolistas. Salienta, ainda, que Barraclough e colegas estudaram a história de 100 suicidas e constataram que 64% tinham depressão primária (transtorno de humor) e 13% depressão secundária ao alcoolismo.

Dois terços de todos os sujeitos que cometeram suicídio, em Brisbane, na Austrália, entre janeiro e 1986 e junho de 1989 e que tinham freqüentado o serviço psiquiátrico da comunidade, estiveram notadamente deprimidos nos três meses precedentes (CANTOR, BURNETT, QUINN., NIZETTE, BROOK, 1992).

VANSAN (1981) cita, também, duas investigações inglesas, cujos resultados demonstraram a importância da depressão em relação ao suicídio: a) a de Sainsburg, que

comparou suicídios de sujeitos na meia-idade e na velhice com sujeitos jovens, constatando depressão entre 55% dos primeiros e 40% dos últimos, e b) o de Capstick, que estudou casos de suicídio em sujeitos com mais de 60 anos, 48% dos quais apresentavam depressão. Com razão, MOSCICKI (1997) salienta que os transtornos depressivos são mais freqüentes em suicidas adultos e idosos do que entre suicidas adolescentes, nos quais há uma maior prevalência de transtornos de conduta e abuso de substâncias.

Em relação à depressão na terceira idade, ARGIMON (1997), com base na literatura, lembra que, com o envelhecimento, sobrevêm perdas, diminuem as expectativas positivas, reforçando a apreensão frente ao futuro, com a emergência natural de efeitos negativos, como depressão.

Por outro lado, BRENT & KOLKO (1992) afirmam que, na atualidade, o suicídio assumiu o segundo lugar entre as causas de morte na adolescência. As razões do crescimento dos coeficientes na adolescência podem, segundo eles, estar associadas a aumentos paralelos no abuso do álcool, na maior incidência de depressão, à maior disponibilidade de armas de fogo, ao incremento do número de divórcios e à diminuição da afiliação religiosa.

Outros autores chamam a atenção para o fato de que mudanças de vários tipos, decorrentes da crise da adolescência, podem afetar funções do ego, que podem ficar fragilizadas (SCHWARTZ & SCHWARTZ, 1993), com a emergência de sintomas depressivos, entre os quais, ideação suicida (BROOKS-GUN & PETERSEN, 1991).

Num trabalho realizado por CUNHA & CHIOQUETA (1997), sobre indícios sugestivos de potencial suicida na adolescência, em uma amostra de 150 estudantes do 1º grau, com idade de 12 a 17 anos, foi verificado que 16,7% apresentava uma intensidade de depressão moderada ou grave, e 32,7% de sujeitos desse grupo deram resposta positiva a itens que sugeriam a presença de potencial suicida. Mas, na verdade, o fato de idéias suicidas e/ou potencial suicida serem freqüentes na adolescência, não significa necessariamente a ocorrência futura de um ato letal (GARFINKEL, FROESE, HOOD, 1982).

Na realidade, na literatura, a condição clínica mais comumente vinculada ao suicídio é a depressão, afirmando CARLSON & CANTWELL (1982) que, entre suicidas, metade deles apresenta um transtorno depressivo.

A depressão, então, realmente tem uma posição de realce nas formulações sobre suicídio. Conforme a OMS (1969), *“aproximadamente 15% das pessoas, em que foi diagnosticada uma enfermidade depressiva, podem acabar suicidando-se”*, e, mais, *“os transtornos mentais que foram descobertos com mais frequência, como base dos atos suicidas, são as **enfermidades depressivas**, particularmente as depressões endógenas e as involutivas”** (p.19).

Embora os pacientes suicidas descrevam o suicídio como a única solução possível para a sua situação desesperançosa, poucos estudos sistemáticos para explorar as observações clínicas da relação entre desesperança e suicídio tinham sido realizadas, até que Stotland, na década de sessenta, levantou algumas hipóteses que vêm sendo recapituladas por vários autores (BECK & STEER, 1993b; MINKOFF, BERGMAN, BECK, BECK, 1973) e que colocavam a desesperança como um elemento chave para a formulação teórica do comportamento suicida. Então, MINKOFF et al (1973), partindo da definição de desesperança como *“um sistema de esquemas cognitivos cujo denominador comum é constituído por expectativas negativas sobre o futuro”* (p.455), chegaram à hipótese clínica e teórica de que a desesperança é *“o fator causal que vincula depressão e suicídio”* (p.458) e que ficou caracterizada como *“núcleo central do paciente suicida”* (BECK, RUSH, SHAW, EMERY, 1982, p.17).

MINKOFF et al (1973) realizaram um estudo com 68 pacientes que tentaram suicídio, a fim de testar duas hipóteses: a de que existe uma correlação significativa entre a desesperança e a seriedade da tentativa e a de que a seriedade da tentativa se relaciona mais significativamente com a desesperança do que com a síndrome depressiva em geral. Ambas as hipóteses foram confirmadas, e, na discussão dos resultados, os autores afirmam ter identificado um fator da síndrome depressiva, que, pelo menos, aparentemente, se relaciona mais significativamente com a seriedade da tentativa de suicídio do que com a própria depressão.

É interessante observar que, assim como existe relação entre transtorno afetivo e suicídio no adulto, há também uma relação entre reação esquizofrênica e tentativa de suicídio na adolescência. STENGEL (1965) chamou a atenção para o risco de suicídio, na esquizofrenia, principalmente nos estádios iniciais da doença, quando os pacientes *“podem experimentar o sinistro sentimento de catástrofe iminente”*, ficando explicados, então,

* O grifo é nosso.

“alguns dos misteriosos e inexplicados suicídios de pessoas jovens” (p.71). KAPLAN et al (1993) explicam esta situação, lembrando que a idade de início da esquizofrenia ocorre, tipicamente, na adolescência ou início da vida adulta, o que justifica que os suicidas esquizofrênicos tendam a ser relativamente jovens. Cerca de 75% das vítimas esquizofrênicas de suicídio são homens solteiros, 50% fizeram uma tentativa anterior, uma grande maioria apresentava concomitantemente sintomas depressivos, e só uma pequena percentagem cometeu suicídio por causa das alucinações ou para fugir de delírios persecutórios. JACOBS et al (1999), fundamentando-se em vários estudos, confirmam os dados anteriores, acrescentando ainda que, além do suicídio responder pela maioria das mortes prematuras em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, pesquisas têm possibilitado estimar um risco de 10% (de suicídio) ao longo da vida, localizando o risco maior (três vezes maior) na esquizofrenia do tipo paranóide quando comparada com outros subtipos desta doença.

Por outro lado, nos últimos anos, vários estudiosos (FAWCETT, CLARK & BUCK, 1993; KELLER & HANKS, 1995) sugerem que a intensidade da sintomatologia de ansiedade e, em especial, do pânico também constitui fator de risco de comportamento suicida ou variável preditora de potencial suicida. Assim, afirma-se que a co-morbidade com transtornos de ansiedade tende a agravar sintomas depressivos, aumentando o risco de comportamento suicida. Entretanto para MOSCICKI (1997), apesar da sugestão de que o transtorno de pânico está associado com risco de comportamento suicida, raramente tem sido identificado na história de suicídio. Parece, segundo este autor, que a relação é indireta, podendo ocorrer suicídio em pessoas com transtorno de pânico co-mórbido com depressão maior ou abuso de substâncias.

Vários estudos, inclusive de autópsia psicológica, têm mostrado, segundo JACOBS et al (1999), que em torno de 25% das pessoas que cometem suicídio sofrem de um transtorno por abuso de álcool, 50% estavam bebendo na hora da morte ou perto da hora da morte, e 89% dos alcoólatras estavam bebendo no momento de seu suicídio. Desta maneira, a OMS (1969) salienta que *“muitos estudos têm revelado uma alta incidência de suicídios entre os alcoolistas”*, acrescentando que *“ninguém põe em dúvida que, em numerosos países, os alcoolistas constituem uma percentagem importante de pessoas que se suicidam ou tentam o suicídio”* (p.20). Contudo, ainda não existe uma teoria unificada que explique adequadamente o mecanismo pelo qual o abuso de álcool aumenta o risco de suicídio (JACOBS et al, 1999). Assim, OLIVEIRA (1997), fundamentando-se em Klee, salienta que a adicção ao álcool e a outras substâncias tem sido muito citada como fator de

risco de suicídio, embora uma série de variáveis, ordinariamente associadas com comportamento suicida, sejam de co-ocorrência comum na vida de dependentes, como comorbidade com outra categoria nosológica, acontecimentos estressantes de vida e disfunções nas inter-relações familiares ou sociais. Se bem que muitas pesquisas tenham sido realizadas para compreender a prevalência de co-morbidade de dependência do álcool e transtornos de humor, quando se examina a intensidade da depressão de dependentes do álcool, ela parece não ter tanta importância clínica, quando comparada com as médias de outros pacientes psiquiátricos. Presume-se, então, segundo CUNHA & OLIVEIRA (1996), que tal informação é pouco reveladora da problemática verdadeira, do suicídio no alcoolismo, que certamente envolve uma complexa interação entre sintomas depressivos e uma série de fatores de vários tipos, inerentes a um contexto de dependência. Entre estes, é importante lembrar os efeitos desinibitórios do álcool, que se associam com menor controle dos impulsos, e a afirmação de que não existe uma relação constante entre o método escolhido por alcoolistas para o suicídio e uma intenção de suicídio. Desta maneira, NIELSEN, STENAFER, BRAHE (1993) afirmam que tentativas de suicídio, em alcoolistas, constituem muito mais um ato impulsivo sem intenção séria de morrer, o que, logicamente, não elimina a possibilidade de um desenlace fatal.

Todavia, KAPLAN et al (1993) mencionam que os estudos mostram que os sujeitos dependentes de álcool estão não só propensos ao suicídio, mas, também, a abusarem de outras drogas, a exibirem comportamentos impulsivos, agressivos e criminosos. Ressaltam, também, que a disponibilidade de uma quantidade letal de drogas, transtorno de personalidade anti-social associado, estilo de vida caótico e impulsividade são alguns dos fatores que predispõem as pessoas dependentes de drogas ao comportamento suicida, particularmente quando estão disfóricas, deprimidas ou intoxicadas.

Por outro lado, além dos fatores predisponentes já mencionados, o suicídio pode resultar também de fatores potenciadores — problemas de saúde física, comportamento suicida anterior, problemas no ambiente familiar, estresse na vida, variáveis de personalidade, presença de arma de fogo e outros — ou da combinação de ambos (em pessoas vulneráveis). Por exemplo, a relação entre saúde física ou doença com suicídio é importante. Observa-se que 32% dos suicidas receberam atenção médica nos seis meses que precederam a morte e que entre 25% a 75% de todas as vítimas de suicídio tinham uma doença física. Existem doenças que aumentam o risco de suicídio, tais como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), câncer, esclerose múltipla, úlcera péptica, cirrose, doença de Huntington, doença renal tratada com hemodiálise, demências e

epilepsia. Nessas doenças, ocorre, muitas vezes, um transtorno de humor associado, podendo, em pessoas vulneráveis, diminuir o desejo de viver, aumentando o risco de suicídio (KAPLAN et al, 1993; JACOBS et al, 1999; ROY, 1999).

Desta maneira, a co-morbidade de transtornos mentais, adictivos e físicos foi encontrada em aproximadamente 70% a 80% dos suicídios consumados. No caso específico de doença física, sabe-se que entre 25% e 75% das vítimas de suicídio têm uma doença física, considerando-a um fator contribuinte em 11% a 51% dos suicídios. Pessoas com mais de um diagnóstico psiquiátrico têm, também, maior risco de suicídio. Foi observado, ainda, que pessoas com diagnóstico psiquiátrico tinham quatro vezes mais probabilidade de tentar o suicídio do que pessoas sem diagnóstico, enquanto indivíduos com mais de um diagnóstico tinham dezoito vezes mais probabilidade de apresentarem tentativa de suicídio (MOSCICKI, 1997; ROY, 1999).

Comportamento suicida anterior é um dos fatores de risco mais sérios para o suicídio. Estudos mostram que cerca de 40% dos pacientes deprimidos e 30% das vítimas da população geral fizeram uma tentativa anterior, sendo que 1% de tais indivíduos cometem suicídio durante o ano seguinte e, aproximadamente, 10% durante os anos subseqüentes (ROY et al, 1990).

A literatura tem também sugerido, segundo KAPLAN et al (1993), que o suicídio tende a ocorrer repetidamente, dentro das famílias. Assim, constatou-se que o risco de suicídio entre parentes de primeiro grau de pacientes que cometeram suicídio era quatro vezes maior do que o encontrado entre os parentes de pacientes que não cometeram suicídio.

ROY et al (1990) relatam o trabalho realizado por Murphy e Wetzel, que entrevistaram 127 sujeitos que tentaram suicídio, verificando que 14% tinham uma história familiar de comportamentos suicidas, 24% tinham uma história de tentativa de suicídio e 6%, uma história de ameaça suicida.

Sem dúvida, história familiar de transtorno psiquiátrico, de suicídio, história pessoal de discórdia familiar, de dissolução de relacionamento amoroso, perda de familiar ou pessoa significativa, etc. são sérios fatores de risco. A respeito destes últimos, BOWLBY (1982) já chamou atenção para a importância da quebra do apego, principalmente durante a infância, salientando que vínculos afetivos desfeitos na infância e

na adolescência, assim como mudanças repetidas de figuras parentais, deterioram a capacidade para manter vínculos afetivos na vida adulta, podendo estimular a sociopatia e tendências suicidas.

Então, eventos de vida, como perdas ou conflitos interpessoais, assim como problemas acadêmicos, no trabalho, com a polícia, desemprego, falência financeira e acesso fácil a meios letais, têm sido relatados também em vários estudos como facilitadores ou associados ao risco de suicídio.

Uma vez que indivíduos que chegam a consumir suicídio não podem ser tratados, considerável empenho tem havido no sentido de identificar indicadores de risco de suicídio (LENNINGS, 1992). Avaliar o potencial suicida constitui a possibilidade de se utilizar algum recurso de prevenção (BASTOS, 1991; BECK, STEER, SANDERSON, SKEIE, 1991). O fato de haver alguma tentativa prévia já é um indício importante, uma vez que esta constitui uma probabilidade de que a intenção suicida chegue a se concretizar em tentativas subseqüentes (KIEV, 1976). A identificação da presença de ideação suicida e da presença de planos definidos de suicídio seria outro item importante a ser considerado, e, para tanto, BECK & STEER (1993a) desenvolveram a Escala Beck de Ideação Suicida, ou BSI. Por outro lado, suicídio parece se tornar a única solução possível, quando estão presentes expectativas negativas frente ao futuro. Desesperança, pois, representa um nexos causal entre depressão e suicídio (MINKOFF et al, 1973). Tal constructo se comprovou passível de mensuração, passando a se constituir como um fator de risco de suicídio (BECK et al, 1993b), muito mais freqüente em pacientes suicidas do que entre pacientes não-suicidas (BECK, BROWN, BERCHICK, STEWART, STEER, 1990).

Outro constructo que os autores têm procurado mensurar é a intencionalidade, para avaliar a severidade de tentativas de suicídio (BECK, SCHUYLER, HERMAN, 1974).

Neste capítulo, procurou-se mencionar alguns fatores de risco, bem como algumas tentativas científicas de abordar o comportamento suicida, em suas várias modalidades. Apesar disso, pode-se afirmar, com LITMAN (1996), que, ainda, “*no presente estado de nosso conhecimento, somos incapazes de prognosticar suicídio*” (p.3), porque apenas se sabe que algumas variáveis estão associadas à vulnerabilidade ao comportamento suicida” (NORDSTRÖM, GUSTAVSON, EDMAN, ASBERG, 1996). Parece, portanto, imprescindível que a comunidade científica passe a investir em outras abordagens de investigação.

Capítulo II
AUTÓPSIA PSICOLÓGICA

1. Perspectivas históricas e caracterização

Sem dúvida, ao nos depararmos com a questão do suicídio, a necessidade atual não é a de nos limitarmos aos números, nem às generalizações do método estatístico. A metodologia que engloba o método clínico, análises biográficas de documentos pessoais e entrevistas com terceiros, para LEENAARS (1996), é a melhor forma para compreender as características pessoais dos sujeitos que realmente cometem suicídio

A compreensão do suicídio é fundamental num exame retrospectivo. Esta análise retrospectiva tem possibilitado identificar comunicações prévias da intenção de se matar do falecido, através do método que se convencionou chamar de autópsia psicológica. Assim, sabe-se que 75% (LITMAN, 1996) e 90% (SHNEIDMAN, 1994a) dos casos comunicam previamente a intenção suicida a familiares e amigos.

Em razão da preocupação com a prevenção do suicídio e com a compreensão do conjunto de dados retrospectivos, onde podem ser observadas pistas diretas ou indiretas relacionadas àquele comportamento letal que está por vir, e entendendo que existe uma relação fundamental entre a prática clínica e a investigação, no ano de 1958, foi organizado, na comunidade de Los Angeles, o Centro de Prevenção do Suicídio (CPS), subsidiado pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e administrado pela Universidade da Califórnia do Sul. O programa desse Centro, com a finalidade de futuramente prevenir o comportamento suicida, não objetivava só salvar vidas, se não também investigar porque determinadas pessoas se privam da vida. Dentre os procedimentos de investigação, era utilizado o método de “autópsia psicológica”. Esse procedimento consistia em recolher, através de entrevistas, muitas informações de diferentes pessoas (cônjuge, parentes, médicos, amigos) que conheciam a vítima, tentando reconstruir o estilo de vida do falecido, elaborando uma história clínica completa.

SHNEIDMAN, FARBEROW, LITMAN (1969), como integrantes deste programa, salientavam a necessidade de trabalhar em conjunto com os órgãos da comunidade, desenvolvendo, no Centro de Prevenção do Suicídio, um assessoramento aos médicos forenses. Deste modo, o pessoal técnico desse Centro, em casos duvidosos, realizava o método da autópsia psicológica. Logo após, os dados empíricos eram

confrontados e revisados com o médico forense para poder, desta maneira, considerar de forma adequada a causa da morte, como suicídio ou não.

Assim, a autópsia psicológica desenvolvida no final da década de cinquenta nos Estados Unidos preencheu uma lacuna, uma falha, na certificação da causa de morte. A primeira utilidade da autópsia psicológica então, sem dúvida, foi fornecer informações psicológicas valiosas para classificar, com maior precisão, o registro de suicídio no certificado de óbito. Através de técnicas específicas para inspeção externa do cadáver, o médico legista colhe dados que possibilitarão conclusões claras a respeito da causa da morte. Entretanto, a determinação da causa não indica necessariamente o verdadeiro modo da morte. Por exemplo, um sujeito encontrado morto dentro de uma piscina receberá certamente, concluída a perícia, a certificação como causa de sua morte o registro de asfixia por afogamento. Contudo, se o modo de sua morte foi acidental, homicídio ou suicídio é bem difícil de precisar. Psicólogos e psiquiatras, como cientistas habilitados na compreensão psicológica, poderão fornecer, conduzindo autópsias psicológicas, relevantes informações para determinar o modo de morte, assessorando, assim, os peritos legistas.

Para SHNEIDMAN et al (1969), a causa da morte, determinada pelo toxicólogo, pelo bioquímico ou pelo patologista, pode ser clara e precisa, mas a maneira da morte pode ser duvidosa, enfatizando que *o sine qua non* do suicídio é a intenção de autodestruir-se, e esta intenção pertence ao domínio psicológico. Dentro desta mesma concepção, CURPHEY (1969) entende que cabe aos especialistas em saúde mental a função de coletar os dados, através da autópsia psicológica, para diferenciar a morte por suicídio das que têm outra origem, objetivando compreender a intenção de autodestruição e afirmando que a intenção não é um assunto de química, nem de tecidos, e sim de natureza psicológica.

Se bem o termo “autópsia psicológica” tenha sido cunhado por Edwin Shneidman, no final dos anos cinquenta, com a colaboração de Farberow e Litman, no trabalho desenvolvido no SPC de Los Angeles (SPELLMAN & HEYNE, 1989; EBERT, 1991; GOULD, SCHAFFER, FISCHER, KLEINMAN, MORISHIMA, 1992; CLARCK & HORTON-DEUTSCH, 1992; JACOBS & KLEIN, 1993), dois estudos anteriores são apontados na literatura como utilizando este procedimento.

O primeiro foi um estudo psicanalítico não acabado de Zilboorg, em 1939, que estudou 93 suicídios consecutivos de oficiais de polícia da cidade de Nova York, entre os

anos de 1934 e 1940. Consistiu em estudos de caso, envolvendo entrevistas com viúvas e outros membros da família por uma equipe constituída de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, historiadores e antropólogos, objetivando compreender os motivos psicodinâmicos para o suicídio, assim como a regulação dos impulsos agressivos e o papel desempenhado pela disponibilidade de uma arma (CLARCK et al, 1992). O outro trabalho, diferente do mencionado anteriormente, foi concluído e consistiu num estudo retrospectivo de 134 casos de suicídios consecutivos em St. Louis, nos anos de 1956 e 1957. Para este estudo, ROBINS, SEYMOUR, KAYES, WILKINSON, MURPHY (1959) utilizaram uma entrevista estruturada com informantes primários, ou seja, parente próximo e/ou amigos, após alguns poucos meses da morte. Tratava-se de uma entrevista sistemática, que poderia durar mais de duas horas e, geralmente, era completada por outras entrevistas com informantes auxiliares, ou seja, outros parentes e/ou amigos, assim como acompanhada por uma revisão dos registros de saúde e policiais *post-mortem*. Esta entrevista abrangia a *"história médica e psiquiátrica, passada e presente, a história pessoal e social e detalhes do suicídio sucedido e os acontecimentos que levaram a ele"* (p.724).

Para SHNEIDMAN (1994c), existem quatro tipos de investigações de morte: a autópsia médica, a investigação forense, o relato estatístico ou demográfico e a autópsia psicológica. Para ele, a autópsia médica (aqui, denominada necropsia) envolve inspeção e dissecação do corpo morto para definir a causa da morte, a natureza e a extensão da doença, se o caso. É um exame objetivo realizado pelo médico patologista, que registra dados, entre outros, como: o peso do cérebro, o conteúdo do álcool no sangue, a aparência do fígado, etc. A investigação forense, por outro lado, diz respeito às evidências físicas ao redor da morte, incluindo detalhes relevantes, como uma janela aberta, uma porta trancada, a trajetória da bala, impressões digitais deixadas, etc.

Para o conhecimento dos padrões do comportamento passado dos indivíduos, sem dúvida, o relatório estatístico e demográfico é uma ferramenta útil. Estes padrões são os índices prodrômicos ou sinais premonitores que constituem as pistas para o suicídio. No entanto, SHNEIDMAN (1994c) aconselha ter cuidado com as generalizações a partir de dados estatísticos e demográficos, mesmo quando convincentes e racionais, já que não necessariamente garantem a explicação para um caso particular.

A autópsia psicológica, para ele, é uma investigação imparcial, que objetiva compreender os aspectos psicológicos de uma morte em particular, esclarecendo o modo da morte, que pode ser natural, acidental, por suicídio ou homicídio, e que reflete a intenção

letal ou não do falecido. Obtém-se esta informação analisando “*o estilo de vida, a história comportamental e os elementos caracterológicos, como: grau de ambivalência, qualidade das funções cognitivas, estado de organização ou obsessão, estado de fúria e/ou agitação, quantidade de dor psíquica*” (p.75).

JACOBS et al (1993), apoiando-se em autores como Curphey, Scanlon e outros, enfatizam que o método de autópsia psicológica está baseado e/ou enfoca o elemento que está faltando: a intenção do morto em relação a sua própria morte, considerando que a maioria das vítimas comunica de alguma maneira suas intenções, cabendo aos psicólogos e psiquiatras encontrar as pistas deixadas atrás por elas. Entretanto, as estratégias para identificar tais pistas variam de autor para autor. CLARCK et al (1992), por exemplo, revisaram vários trabalhos, que utilizavam a autópsia psicológica e relacionavam alguns informes metodológicos, conforme o Quadro 9, tecendo críticas a respeito.

Seguindo modelo similar, procurou-se realizar um levantamento na literatura, no sentido de examinar aspectos conceituais, instrumentos e procedimentos, objetivos e algumas especificações características de diferentes autores (Quadro 10). O critério de seleção dos trabalhos foi a presença explícita ou implícita de tais informações com o objetivo de criar um referencial metodológico.

Quadro 9. Alguns estudos de autópsia psicológica pesquisados por CLARCK & HORTON-DEUTSCH

Autores	Sujeitos-alvos	Instrumentos e procedimentos
Robins et al (1959)	134 suicídios consecutivos, durante 1 ano em St. Louis, condado de Missouri	- Entrevista estruturada face a face com informantes primários, durando mais que duas horas, alguns meses depois da morte da vítima. - Entrevistas suplementares, numa média de 2 a 3, com informantes auxiliares. - Revisão de registros de saúde, policiais e <i>post-mortem</i>.
Dorpat & Ripley (1960)	114 suicídios consecutivos, durante 1 ano, em King, condado de Washington	- Entrevista estruturada face a face com um membro da família dentro de alguns meses após a morte. - Revisão de registros de saúde, de agência social, prisão e <i>post-mortem</i>.
Barracough et al (1974)	100 casos de suicídio consecutivos, entre 1966 e 1968, em West Sussex e Portsmouth, Reino Unido	- Entrevista estruturada face a face com um informante principal dentro de alguns meses depois da morte. - Entrevistas suplementares, em média de 4 a 5, com outros informantes por caso. - Entrevista com o médico clínico da vítima em 94% dos casos. - Entrevistas com responsável pela saúde mental da vítima, em 11% dos casos.
Beskow (1979)	161 suicidas homens da zona urbana de Estocolmo, durante 1 ano, e 110 suicidas de três condados rurais da Suécia, durante 2 anos	- Entrevista semi-estruturada com um parente ou amigo íntimo de cada suicida em uma média de 9 meses após a morte. - Entrevistas suplementares com outros parentes, empregadores e colegas de trabalho. - Revisão de registros forenses, policiais e registros médicos.
Chynoweth et al (1980)	135 suicídios consecutivos, durante 1 ano, em Brisbane, Austrália	- Entrevistas estruturadas com parentes ou amigos íntimos que tinham tido contato recente com a vítima. O número de informantes por sujeito foi: 1 (2%), 2 (44%), 3 (37%) e 4 ou mais (16%). - Entrevistas suplementares com médicos, assistentes sociais, psiquiatras e polícia. - Informação obtida também de registros médicos, psiquiátricos e da investigação <i>post-mortem</i>.
Maris (1981)	517 suicídios (pessoas brancas) do condado de Cook, Illinois	- Entrevista com as pessoas que originalmente serviram como informantes do legista (na época do suicídio), entre 1 e 3 anos após a morte da vítima, durando em torno de 2 horas e com uma média de 2 informantes por caso. - Revisão dos registros hospitalares psiquiátricos, do legista e da investigação policial.
Rich et al (1986, 1988)	283 suicídios, durante 18 meses, em San Diego, Califórnia	- Entrevista estruturada, com duração de 2 horas e em média com 2 membros da família, amigos, empregadores ou conhecidos por caso, 1 a 3 meses após o suicídio. Contato por telefone com um profissional de cuidados de saúde, por caso. - Exame dos registros do hospital, da escola, polícia e análise toxicológica <i>post-mortem</i>.

Fonte: CLARCK et al, 1992, p.146-54.

Quadro 10. Autópsia psicológica segundo diversos autores

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Litman, R.E.; Carphey, T.; Shneidman, E.S.; Farberow, N.L.; Tabachnick, N. (1963)	Reconstrução do estilo de vida com base no passado da vítima, relacionamentos pessoais, traços de personalidade e eventos imediatamente precedentes à morte.	- Entrevistas com sobreviventes. - Registros policiais e de autópsia médica	a) Identificar o modo da morte em casos duvidosos; b) Assessorar o legista; c) Identificar o grau de intenção letal.	Pesquisa N = 100 casos de morte duvidosa Local: Los Angeles, CA (USA)
Shneidman, E.S.; Farberow, L.; Litman, R.E. (1969)	Reconstrução do estilo de vida a partir de informações sobre seus últimos dias, para inferir a intenção letal do sujeito.	- Entrevistas com o cônjuge, familiares e amigos.	a) Identificar o modo da morte em casos duvidosos; b) Assessorar o médico forense; c) Reconhecer motivos para suicídio.	Enfoque teórico
Farberow, N.L.; Shneidman, E.S.; Leonard, C.V. (1969)	Levantamento de características típicas e de aspectos psicodinâmicos, para estabelecer a presença ou não de potencial suicida.	- Registros hospitalares do quadro sintomático, comportamental e psicológico; dados sobre a evolução do caso e do tratamento; observações da equipe técnica; informes sobre contatos com parentes, amigos, etc. - Análise dos dados às cegas por psicólogos e psiquiatras para prever a classificação do sujeito como suicida ou não. - Definição de semelhanças e diferenças entre os grupos.	a) Identificar indícios que sirvam para prever e prevenir suicídio em hospital psiquiátrico.	Pesquisa N = 60 esquizofrênicos internados (50% suicidas) Local: 37 hospitais psiquiátricos (USA)

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Curphey, T.J. (1969)	Reconstrução do estilo de vida, com base em dados da história psiquiátrica, psicológica e em dados policiais, para verificar a intenção letal e motivos para o suicídio.	- Entrevistas com cônjuge, filhos maiores, outros parentes, vizinhos, patrões, médicos, etc.	a) Identificar o grau de intenção letal e motivação para morrer; b) Identificar o modo de morte em casos duvidosos; c) Assessorar o médico forense.	Enfoque teórico
Shneidman, E.S. & Farberow, N.L. (1969b)	Reconstrução do estilo de vida, da personalidade e da psicopatologia para inferir a intenção letal e as comunicações prévias sobre suicídio.	- Entrevistas com cônjuge, filhos maiores, outros parentes, conhecidos e médicos.	a) Identificar o modo de morte em casos duvidosos; b) Assessorar o médico forense.	Pesquisa N = 7 casos duvidosos quanto ao modo de morte Local: Los Angeles, CA (USA)
Shneidman, E.S. (1969)	Procedimento retrospectivo que visa à reconstrução do estilo de vida, motivações, filosofia, psicodinâmica, crises existenciais e o papel que o indivíduo desempenhou para acelerar ou causar a sua própria morte.	- Entrevistas com cônjuge, filhos maiores, pais, amigos, vizinhos, colegas e médicos.	a) Identificar o modo de morte em casos duvidosos; b) Identificar a motivação para morrer; c) Estabelecer conexão entre o estado psicológico e a época da morte; d) Assessorar o legista; e) Possibilitar apoio terapêutico aos sobreviventes (<i>postvention</i>).	Enfoque teórico
Neill, K.; Benensohn, H.S.; Farber, A.N.; Resnik, H.L.P. (1974)	Procedimento de coleta e análise de dados para reconstruir as circunstâncias que precederam o suicídio, para inferir a intenção letal da vítima.	- Registros de história médica e psiquiátrica. Relatórios da equipe médica e de enfermagem. Entrevista com a equipe do hospital. Entrevista com familiares, amigos, colegas, etc.	a) Identificar as razões para morrer; b) Fornecer apoio à equipe, analisando adequações e falhas nas suas intervenções.	Enfoque teórico exemplificado com cinco vinhetas de pacientes, três hospitalizados e dois em tratamento externo.

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Sanborn, D.E. & Sanborn, C.J. (1976)	Método de investigação para reconstruir o estilo de vida do falecido e clarear a intenção letal.	- Entrevistas com informantes, conhecidos, familiares ou não.	a) Identificar o grau de intenção letal; b) Dar apoio terapêutico aos sobreviventes.	Enfoque teórico, exemplificado com quatro casos.
Selkin, J. & Loya, F. (1979)	Método de investigação para reconstruir a personalidade e as circunstâncias nas quais a vítima morreu.	- Entrevistas com sobreviventes. - Análise de registros públicos e pessoais.	a) Identificar o modo da morte em casos duvidosos. b) Assessorar o legista.	Enfoque teórico, exemplificado com o caso de um prisioneiro da guerra do Vietnam.
Shneidman, E.S. (1981)	Investigação retrospectiva psicológica das motivações, filosofia, crises existenciais, psicodinâmica, e de outros aspectos sócio-psicológicos para inferir a intenção letal.	- Entrevistas domiciliares, abertas, de abordagem sucessiva, com cônjuge/parceiro sexual, pais, filhos maiores, colegas, supervisor e médico.	a) Identificar o grau de intenção letal e motivação para morrer; b) Estabelecer a conexão entre aspectos sócio-psicológicos e hora da morte; c) Identificar o modo de morte em casos duvidosos; d) Identificar subsídios para avaliar a intenção letal em pessoas vivas; e) Assessorar o médico forense; f) Dar apoio terapêutico aos sobreviventes.	Enfoque teórico
Vansan, G.A. (1981)	Estudo de aspectos sociais, clínicos e psicodinâmicos.	- Entrevistas estruturadas domiciliares com familiares e/ou pessoas mais ligadas ao morto.	a) Identificar aspectos sociais e demográficos associados com suicídio. b) Identificar considerações clínicas, físicas e patológicas, com ênfase no exame do estado mental próximo ao momento do ato autodestrutivo.	Pesquisa N = 17 sujeitos que cometeram suicídio Local: Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Litman, R.E. (1984)	Procedimento que visa à reconstrução psicológica do estilo de vida, circunstâncias da vítima, detalhes do comportamento e eventos que contribuíram para a morte.	- Entrevistas com familiares, amigos, sócios nos negócios e médicos. - Registros policiais da cena da morte e da autópsia anatômica.	a) Identificar o grau de intenção da ação autodestrutiva; b) Distinguir mortes acidentais de suicídios; c) Assessorar a corte.	Enfoque teórico, exemplificado com 6 casos duvidosos quanto ao modo de morte
Shafii, M.; Carrigan, S.; Whittinghill, J.R.; Derrick, A. (1985)	Método para reconstruir a história pessoal e familiar durante a vida e, principalmente, no período imediatamente anterior à morte.	- Entrevistas não estruturadas domiciliares, com familiares, amigos, professores, religiosos, médicos, etc. (pessoas significativas). - Primeiro contato por telefone ou no velório (para descrever o projeto e solicitar permissão para visita), seguido por entrevista com familiares (com duração de três a quatro horas), com mais duas ou três entrevistas adicionais; entrevistas com pessoas significativas entre o primeiro e o nono mês após o óbito; após o primeiro ano, entrevistas semestrais durante três anos.	a) Identificar o modo de morte; b) Desenvolver uma metodologia para estabelecer contato e acompanhamento de sobreviventes enlutados; c) Identificar fatores de risco; d) Implementar uma intervenção preventiva.	Pesquisa N = 20 sujeitos de 12 e 19 anos Local: Jefferson, KY (USA)
Litman, R.E. (1987)	Procedimento que visa à reconstrução biográfica da história, estilo de vida, comunicações anteriores de desejo ou intenção de se matar, estresses, comportamentos preparatórios para a morte, personalidade e história de doença mental.	- Entrevistas com familiares, amigos, colegas de trabalho, colegas de escola e médicos. Registros de evidências físicas e da autópsia anatômica.	a) Identificar o grau de intenção do suicídio; b) Identificar se a vítima compreendeu que seu ato autodestrutivo acabaria com sua existência física; c) Assessorar a corte.	Enfoque teórico, exemplificado com um caso de transtorno afetivo maior

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Cline, J.S. & Wilcox, J.R. (1988)	Investigação que visa à reconstrução do estilo de vida, com base no passado da vítima, traços de personalidade, características psicossociais e eventos que contribuíram para a morte.	- Entrevistas com familiares, amigos, colegas, médicos, etc. - Documentos pessoais e registros hospitalares, escolares, policiais e ocupacionais.	a) Identificar o modo de morte em casos duvidosos. b) Assessorar o expert. c) Identificar o grau de intenção letal e motivação para morrer.	Enfoque teórico, exemplificado com vinhetas de casos.
Nolan, J.L. (1988)	Investigação retrospectiva para inferir a intenção letal da vítima.	- Entrevistas com informantes conhecidos. - Registros pessoais e públicos.	a) Identificar o modo da morte. b) Identificar o grau de intenção letal.	Enfoque teórico.
Litman, R.E. (1988)	Procedimento que visa à reconstrução da história, estilo de vida, comportamentos e eventos que conduziram para a morte, com enfoque especial nos últimos dias e horas.	- Entrevistas com familiares, amigos, sócios e médicos. - Registros policiais da cena da morte e da autópsia médica.	a) Identificar o grau de intenção letal. b) Assessorar a justiça. c) Identificar o modo de morte em casos duvidosos.	Enfoque teórico, exemplificado com seis casos duvidosos quanto ao modo de morte.
Litman, R.E. (1989)	Procedimento que visa à reconstrução da biografia da pessoa morta, enfatizando aspectos como: estilo de vida, personalidade, estresse recente, doença mental e comunicação de idéias orientadas para a morte, com enfoque especial nos últimos dias e hora.	- Documentos pessoais e registros policiais, médico e do legista. - Entrevistas com familiares, amigos, colegas de trabalho, da escola e médicos.	a) Distinguir mortes acidentais de suicídio. b) Assessorar o médico legista.	Pesquisa N = 500 casos de morte duvidosa Local: Los Angeles, CA (USA)
Spellman, A. & Heyne, B. (1989)	Processo de coleta e análise de dados para reconstrução clínica psicológica de antecedentes e eventos de vida que precederam o suicídio, para inferir a intenção letal e os motivos para morrer.	- Registros de saúde mental e física, de infrações, de visitas e relatórios policiais e forenses. - Entrevistas com a equipe de saúde, com a equipe correccional (guardas, administradores da prisão), com outros reclusos, com familiares, amigos, religiosos e médicos.	a) Identificar a razão para morrer; b) Identificar o modo de morte; c) Fornecer apoio aos enlutados; d) Fornecer apoio à equipe, na elaboração da morte, analisando adequações e falhas em suas intervenções.	Enfoque teórico, exemplificado com reclusos de penitenciária que cometeram suicídio.

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Beskow, J.; Runeson, B.; Åsgård, U. (1991)	Método científico para reconstruir mortes por suicídio.	- Entrevista, face a face, entre 4 e 9 semanas após a morte, com pais, irmãos, parceiros, filhos e outros parentes. - Primeiro contato por telefone, seguido por uma carta pelo correio. - Preenchimento, após a entrevista, de questionário pré-impresso, complementado com comentários livres. - Entrevista de <i>follow-up</i> (uma ou duas semanas após), com os informantes, para verificar possíveis danos causados por fornecer dados sobre a morte da vítima. - Revisão de registros policiais, médicos, da autópsia forense e dados toxicológicos.	a) Identificar aspectos éticos na construção da entrevista; b) Identificar vantagens ou desvantagens metodológicas na condução e na operacionalização dos procedimentos.	Pesquisa N = 433 suicidas de 15 a 29 anos Local: Stockholm e Gothenburg, Suécia
Ebert, B. (1991)	Processo de avaliação psicológica póstuma que visa à reconstrução de comportamentos, pensamentos, sentimentos, relacionamentos e de eventos de vida e da morte.	- Entrevistas com sobreviventes. - Registro da autópsia médica e de dados toxicológicos. - Visita à cena da morte.	a) Identificar o modo de morte; b) Identificar a motivação para morrer; c) Precisar a hora da morte; d) Identificar o grau de intenção letal; e) Dar apoio terapêutico aos sobreviventes.	Enfoque teórico

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Gould, M.S.; Shaffer, D.; Fischer, P.; Kleinman, M.; Morishima, A. (1992)	Procedimento retrospectivo que visa à reconstrução do estilo de vida e da personalidade.	- Entrevistas com sobreviventes. - Registros contemporâneos. - Definição de semelhanças e diferenças entre os grupos, quanto a sexo e raça.	a) Identificar a prevalência e padrões de doenças mentais; b) Identificar fatores de risco; c) Examinar o planejamento, o grau de impulsividade e o método usado para morrer.	Pesquisa N = 266 sujeitos menores de 20 anos, 119 suicidas e 147 adolescentes normais Local: New York, NY (USA)
Clark, D. C. & Horton-Deutsch, S.L. (1992)	Procedimento para reconstruir a história psicológica, psiquiátrica, familiar e profissional do passado e das semanas precedentes à morte, a fim de alcançar uma melhor compreensão das circunstâncias psicológicas que contribuíram para a morte.	- Entrevistas domiciliares, estruturadas, face a face, entre 4 e 8 semanas após a morte, com duração de 45 a 120 minutos, com cônjuge, filhos, familiares, amigos, colegas e médicos. - Entrevistas suplementares. - Revisão de registros existentes pessoais e/o técnicos. - Formulação compreensiva do caso.	a) Assessorar o legista; b) Identificar porque o suicídio ocorreu; c) Fornecer apoio terapêutico aos sobreviventes.	Enfoque teórico
Young, T.J. (1992)	Investigação póstuma que visa à reconstrução do estilo de vida, da personalidade e das circunstâncias da morte, através de uma extrapolação raciocinada da intenção e do comportamento da vítima.	- Entrevistas com parentes, amigos, colegas e sócios. - Análise de registros públicos e pessoais.	a) Identificar o modo de morte em casos duvidosos; b) Estabelecer conexão entre a psicologia do indivíduo e a época de sua morte; c) Identificar subsídios para discriminar grupos com tendência suicida e grupos de alto risco de suicídio; d) Identificar o grau de intenção letal; e) Dar apoio terapêutico aos sobreviventes.	Enfoque teórico, exemplificado com o caso Hartwing e caso de um médico masoquista

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Brent, D.A.; Perper, J.A.; Moritz, G.; Allman, C.J.; Roth, C.; Schweers, J.; Balach, L. (1993)	Método para delinear as características mentais e psicossociais de vítimas de suicídio.	- Entrevistas domiciliares com os pais, irmãos e amigos; o número médio de informantes foi de quatro, numa variação de 1-14. - Primeiro contato pelo correio três meses após da morte, seguido por contato telefônico uma semana mais tarde, para agendar a entrevista que ocorreu numa média de 5 meses após da morte, numa variação de 1-19 meses.	a) Comparar as taxas de transtorno mental dos familiares em 1º grau das vítimas suicidas com as taxas de transtorno mental das próprias vítimas; b) Apoiar a validade dos diagnósticos obtidos através do procedimento de autópsia psicológica; c) Apoiar e validar o uso continuado do procedimento de autópsia psicológica.	Pesquisa N = 67 adolescentes e menores de 19 anos que cometeram suicídio Local: 28 condados da Pennsylvania, PA (USA)
Jacobs, D. & Klein, M.E. (1993)	Procedimento de natureza retrospectiva para reconstruir a biografia da pessoa falecida para clarear a intenção do morto no seu ato autodestrutivo.	- Entrevistas com familiares próximos, parentes em geral, amigos, colegas de colégio, de trabalho, médico e equipe médica. - Registros policiais, médicos do legista e pessoais.	a) Identificar o modo da morte; b) Identificar o grau de intenção letal; c) Identificar motivos para o suicídio através da filosofia pessoal e psicodinâmica; d) Identificar porque uma pessoa se suicidaria em uma época particular, analisando os precipitadores temporais; e) Servir como ferramenta de pesquisa para ajudar na compreensão e na prevenção do suicídio; f) Dar apoio terapêutico aos sobreviventes.	Enfoque teórico, exemplificado com o caso Tina Mancini e o caso Clayton Hartwing
Berman, A.L. (1993)	Procedimento investigativo <i>post-mortem</i> que possibilita reconstruir o <i>background</i> do morto, relacionamentos pessoais, hábitos, caráter e padrões de ajustamento.	- Entrevistas com informantes conhecidos. - Análise da forma da morte.	a) Identificar a intenção do morto; b) Identificar o modo da morte; c) Elucidar as reações, motivações, dinâmica, condições predisponentes e eventos precipitadores do suicídio.	Enfoque teórico, exemplificado com dois casos de morte duvidosa

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Shneidman, E.S. (1994a)	Investigação de aspectos psicológicos, estilo de vida, história comportamental, elementos caracterológicos, função cognitiva e quantidade de dor psíquica.	- Entrevistas com pessoas que conheciam o morto. - Documentos pessoais, como bilhetes, notas suicidas, diários e cartas. - Registro de autópsia médica e relatórios policiais.	a) Identificar o modo da morte; b) Identificar o grau de intenção letal; c) Assessorar o oficial de justiça.	Enfoque teórico
Selkin, J. (1994)	Procedimento para revelar o estado da mente da pessoa falecida, anterior a sua morte.	- Entrevistas com sobreviventes; - Análise de documentos públicos e pessoais.	a) Assessorar ao legista; b) Identificar o modo mais provável de morte em casos duvidosos.	Enfoque teórico
Shneidman, E.S. (1994c)	Procedimento retrospectivo.	- Entrevistas.	a) Identificar indícios verbais e comportamentais precursoras do suicídio.	Enfoque teórico
Amnon, J.S. (1995)	Procedimento conduzido pelo psicólogo, psiquiatra e/ou por uma equipe multidisciplinar para investigar eventos de vida estressantes anteriores à morte, história de ameaça de suicídio, história de cuidados médicos e/ou saúde mental, comportamentos incomuns prévios à morte, uso de droga e álcool. Exame cuidadoso da cena da morte, análise da intenção do falecido e o grau de letalidade utilizado.	- Entrevistas com membros da família, amigos, colegas e possíveis testemunhas da cena da morte; - Exame cuidadoso da cena da morte ou, pelo menos, um exame de fotos ou gravações de vídeo; - Relatórios policiais, depoimentos de testemunhas, autópsia médica e registros de toxicologia. - Registros escolares, médicos, de saúde mental e informações no emprego.	a) Identificar o modo da morte; b) Identificar o grau de intenção letal; c) Identificar casos criminais questões relativas a bens, compensação de trabalhadores, pedidos de seguro e processos por tratamento médico inadequado; d) Assessorar ao médico legista.	Enfoque teórico

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Jacobs, D. & Klein-Benheit, M. (1995)	Procedimento retrospectivo para reconstruir a biografia e o estado mental do falecido através de informações psicológicas.	- Entrevistas face a face com familiares, amigos, colegas de trabalho, escola e médicos. - Análise documental de registros policiais, escolares, hospitalares e documentos pessoais.	a) Identificar o modo da morte; b) Identificar a motivação para morrer através da filosofia pessoal e psicodinâmica; c) Estabelecer conexão entre aspectos psicossociais e a hora da morte; d) Apoio terapêutico aos sobreviventes; e) Discriminar responsabilidade quanto a compensação de trabalho, responsabilidade do produto, mal prática médica e casos criminais; f) Assessorar ao juiz e ao júri.	Enfoque teórico, exemplificado com vários casos
Runeson, B.S.; Beskow, J.; Waern, M. (1996.)	Método que possibilita a coleta de dados tanto progressos como recentes.	- Entrevistas face a face com os pais, irmãos, parceiros e com a equipe de cuidados psiquiátricos e do serviço social; o número médio de entrevistas foi de 2,3 por vítima e o intervalo médio entre suicídio e a entrevista foi de 9 semanas, variando entre 4 a 20.	a) Identificar o processo suicida (ideação suicida, atentado e suicídio completado), a comunicação suicida, as circunstâncias e a severidade dos atentados anteriores; b) Identificar a exposição da vítima a atentados suicidas, suicídios e outras mortes dentro da família de origem; c) Identificar a severidade dos estressores psicossociais ou múltiplos estressores e os métodos de suicídio.	Pesquisa N = 58 sujeitos entre 15 e 29 anos (42 homens e 16 mulheres) Local: Suécia

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
Kelly, T.M. & Mann, J.J. (1996)	Exame retrospectivo para determinar o diagnóstico psiquiátrico e estabelecer fatores de risco associados com suicídio.	- Entrevistas (uma ou várias sessões) domiciliares e/ou no escritório dos pesquisadores com parentes próximos, outros familiares e amigos. - Primeiro contato por carta (apresentando o projeto), seguido por contato telefônico para marcar a entrevista, com pelo menos dois informantes, e duração variável de 1,5 a 6 horas.	a) Comparar o diagnóstico obtido com o diagnóstico ante-morte feito pelo clínico médico que estava tratando o falecido; b) Identificar localização, hora e circunstâncias da morte; c) Identificar dados demográficos, história de tratamento e história familiar de psicopatologia e suicídio.	Pesquisa N = 32 pessoas com registro médico de tratamento psiquiátrico anterior (13 vítimas de suicídio e 19 vítimas por morte natural, acidente ou homicídio) Local: Condado de Pennsylvania, PA (USA)
Isometsä, E.; Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Aro, H.; Lönnquist, J. (1997)	Método de investigação dos eventos de vida, interações sociais, distúrbios mentais, história de tratamento e método utilizado pela vítima suicida.	Entrevista estruturada com 234 itens (a vida no dia-a-dia da vítima, comportamentos, dados familiares, suicidalidade anterior, busca de ajuda e eventos recentes de vida). As entrevistas ocorreram numa média de 4 meses após o suicídio, podendo durar mais ou menos 3 horas.	a) Comparar a distribuição de distúrbios mentais entre o grupo suicida urbano e o grupo suicida rural; b) Examinar as características de tratamentos recebidos para depressão maior, os eventos de vida, fatores de interação social, presença de distúrbios mentais e/ou físicos e método de suicídio praticado.	Pesquisa N = 228 suicidas: 143 do meio urbano e 85 do meio rural Local: Finlândia

Autores	Conceito	Instrumentos e procedimentos	Objetivos	Especificações
		- Entrevista estruturada com 113 itens (estado mental, sintomas, estressores psicossociais, nível de funcionamento e tratamento no sistema de cuidados de saúde), face a face com profissionais de saúde que atenderam a vítima nos últimos 12 meses anteriores a morte. - Entrevista semi-estruturada com 8 itens face a face ou por telefone com o último profissional da agência de saúde ou social que atendeu a vítima. - Entrevistas adicionais não estruturadas realizadas por telefone, se necessário. - Em geral o número médio de pessoas entrevistadas foi de 2,5 na população urbana e 2,7 na população rural. - Registros psiquiátricos, médicos, policiais, forenses e bilhetes suicidas. - Discussão dos casos por uma equipe multidisciplinar e preparação de relatórios abrangentes.		

2. Estratégias propostas, aspectos teóricos e metodológicos

A partir dos dados dos estudos referidos nos Quadros 9 e 10, é possível identificar diversas estratégias para a condução da autópsia psicológica, estando claro que falta um modelo característico de procedimento estruturado. Observa-se, assim, por exemplo, que não há suficientes subsídios para definir a melhor forma de estabelecer os contatos preliminares com possíveis informantes. Alguns estudos optam pelo contato telefônico, para poder dar uma resposta imediata a reações e questões emocionais dos possíveis entrevistados. BESKOW, RUNESON, ÅSGÅRD (1991) usaram tal procedimento, porém, em entrevista de *follow-up* após o término de um de seus estudos, verificaram que 72% dos informantes haviam preferido um contato inicial por carta, seguido por telefonema, para se prepararem emocionalmente, enquanto apenas 28% acharam adequado o contato telefônico inicial. De maneira geral, o procedimento mais utilizado, ou de melhor consenso entre os pesquisadores, parece ser o contato inicial por carta, apresentando o objetivo do estudo e avisando sobre contato futuro por telefone, uma semana após (RUDESTAM, 1979; BRENT, PERPER, KOLKO, ZELENAK, 1988; BESKOW, RUNESON, ÅSGÅRD, 1990; BRENT, PERPER, MORITZ, ALLMAN, ROTH, SCHWEERS, BALACH, 1993; KELLY & MANN, 1996).

Variam também os autores em relação ao tempo mais adequado que deve decorrer entre o óbito e o primeiro contato e/ou a primeira entrevista. Há referência à possibilidade de realizar o primeiro contato no velório (SHAFII, CARRIGAN, WHITHINGHILL, DERRICK, 1985; BRENT, 1989) ou a um tempo mínimo de um mês (SHAFII et al, 1985; CLARK et al, 1992; RUNESON, BESKOW, WAERN, 1996), três meses (BRENT et al, 1993), quatro meses (ISOMETSÄ, HEIKKINEN, HENRIKSSON, MARTTUNEN, ARO, LÖNNQVIST, 1997; BRENT, 1989) e até nove meses (SHAFII et al, 1985; BRENT et al, 1993) ou mais. Por certo, os que optam por um tempo maior devem se apoiar no pressuposto de que é necessário um período razoavelmente adequado para a elaboração do luto, reorganização e reaquisição de vínculos. O próprio FREUD (1974a) lembra que, embora a elaboração do luto seja um processo normal, requer um certo tempo. Estudos de Lindeman, referidos por WYNNE (1975), demonstram que, embora tal processo possa ser retardado ou complicado, geralmente pode se desenvolver entre 4 a 6 semanas. No DSM-IV (APA, 1995), o luto normal pode durar cerca de 2 meses, embora haja variabilidade entre grupos culturais. Já BESKOW et al (1991) verificaram que, realmente, após 4 semanas, alguns entrevistados não tinham superado a situação de crise. Então, como

é muito difícil medir com precisão o período necessário para a elaboração do luto, os entrevistadores, segundo esses autores, devem estar preparados para manejar a emergência de sintomas de luto não-resolvido, para interromper a entrevista e adiá-la e/ou para encaminhar o(s) informante(s) para um atendimento especializado.

Em função disto, vários estudos (RUDESTAM, 1979; BESKOW et al, 1990; CLARK et al, 1992; HAWTON, APPLEBY, PLATT, FOSTER, COOPER, MALMBERG, SIMKIN, 1998) apontam para a necessidade de um treinamento especial, para os entrevistadores, além da indispensável qualificação e experiência clínica, considerando que os informantes certamente estão angustiados, culpados, bravos e/ou perplexos a respeito da morte (suicídio), precisando, muitas vezes, explicar o fato à sociedade, representada, no momento, pelo entrevistador. RUDESTAM (1979) aconselha também que entrevistadores iniciantes na atividade de autópsia psicológica devem treinar suas habilidades de entrevistador, acompanhando, num primeiro momento, o trabalho de um profissional *senior* e, posteriormente, sendo acompanhado por este em uma entrevista de campo para identificar erros na condução da atividade e/ou refinar procedimentos. Em termos da preservação da saúde física e psicológica dos informantes e do sigilo sobre a vítima, BESKOW et al (1990) comentam a importância da avaliação e aprovação de projetos de pesquisa por Comitês de Ética, possibilitando fiscalizar a adequação entre os elementos éticos e científicos.

De maneira geral, os autores (SHNEIDMAN, 1981; VANSAN, 1981, SHAFII et al, 1985; BRENT et al, 1988; CLARK et al, 1992; BRENT et al, 1993; KELLY et al, 1996; HAWTON et al, 1998), optaram por realizar as entrevistas no domicílio dos informantes. Por outro lado, mesmo que os autores não considerem necessário delimitar o número máximo de informantes, há concordância quanto à presença mínima de dois informantes (KELLY et al, 1996; BRENT et al, 1993; ISOMETSÄ et al, 1997; HAWTON et al, 1998), no momento da entrevista, certamente, para evitar um possível viés, de uma fonte única para fatos informados.

A respeito da duração das entrevistas, os autores que utilizavam entrevista estruturada mencionam que foram necessários 45 a 120 minutos para realizá-la (CLARK et al, 1992), enquanto outros falam numa duração de 3 a 4 horas (SHAFII et al, 1985) ou, em média, 3 horas (ISOMETSÄ et al, 1997). Ainda, outros, sem mencionar o tipo de entrevista, falam numa duração de até 6 horas (KELLY et al, 1996).

Todavia, não há unanimidade entre os autores quanto à definição de autópsia psicológica, sobre o roteiro básico para realizá-la, nem a respeito de tópicos que inclui (SHNEIDMAN, 1969; SHNEIDMAN, 1981; LITMAN, 1984; SHAFII et al, 1985; LITMAN, 1987; LITMAN, 1989; BESKOW et al, 1991; EBERT, 1991; GOULD et al, 1992; CLARK et al, 1992; YOUNG, 1992; BRENT et al, 1993; JACOBS et al, 1993; BERMAN, 1993; SHNEIDMAN, 1994a; JACOBS & KLEIN-BENHEIM, 1995; KELLY et al, 1996; ISOMETSÄ et al, 1997). Apenas existem algumas listas, que não são totalmente abrangentes, para vários tipos de situações, sugerindo áreas ou tópicos de investigação. O próprio SHNEIDMAN (1981), um dos pais da autópsia psicológica, salienta que não utiliza um roteiro fixo para a condução do método. No entanto, frente à insistência dos pesquisadores, sugeriu categorias que podem ser investigadas numa autópsia psicológica, como consta no Quadro 11.

Quadro 11. Áreas de investigação propostas por SHNEIDMAN para conduzir a autópsia psicológica

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Informações sobre a identidade da vítima (nome, idade, endereço, estado civil, religião praticada, ocupação e outros detalhes) 2. Detalhes da morte (causa ou método e outros detalhes pertinentes) 3. Breve esboço da história da vítima (irmãos, casamento, doenças médicas, tratamento médico, psicoterapia, atentados suicidas) 4. História de morte dos membros da família da vítima (suicídio, câncer, outras doenças fatais e outros detalhes) 5. Descrição da personalidade e estilo de vida da vítima 6. Padrões típicos da vítima de reação para o estresse, incomodações emocionais e períodos de desequilíbrio 7. Aspectos estressantes recentes (dos últimos dias aos últimos 12 meses): incomodações, pressões, tensões ou antecipações de problemas 8. Papel do álcool ou drogas: a) no estilo de vida geral da vítima; b) na sua morte 9. Natureza dos relacionamentos interpessoais da vítima (incluindo aqueles com médicos) 10. Fantasias, sonhos, pensamentos, premonições ou medos da vítima com relação à morte, acidente ou suicídio 11. Mudanças antes da morte (de hábitos, <i>hobbies</i>, alimentação, padrões sexuais ou outras rotinas de vida) 12. Informações relativas a aspectos vitais da vítima (melhoramentos, sucessos, planos) 13. Avaliação da intenção, isto é, papel da vítima em sua própria morte 14. Classificação da letalidade 15. Reação dos informantes à morte da vítima 16. Comentários, características especiais, etc. |
|--|

Fonte: SHNEIDMAN, 1969, p.246-7, e SHNEIDMAN, 1981, p.330-1.

Entendendo o suicídio como um ato de se matar intencionalmente e a autópsia psicológica como uma forma de avaliar, após a morte, o que estava na mente da pessoa, antes da morte, a proposta de Shneidman, no item treze do quadro anterior, é de identificar como o sujeito planejou, preparou e objetivou sua própria morte. Propõe, assim, a classificação da morte como: intencional, subintencional e não-intencional. Uma morte não-intencional é, então, qualquer morte, seja qual for sua causa, devida a um fracasso biológico ou a um trauma físico, mas independente do exterior e do interior psicológico. Entretanto, uma morte intencional é uma morte na qual o morto desempenha um papel direto e consciente em efetivar sua própria morte. Por último, uma morte subintencional é aquela no qual o morto desempenha algum papel parcial, coberto ou inconsciente, para apressar sua própria morte. Objetivamente, isto é observado por várias manifestações comportamentais, tais como abuso do álcool, uso de drogas, negligência consigo mesmo, julgamento fraco, excessivo envolvimento em riscos, estilo de vida autodestrutivo, desconsideração de regime médico, ou seja, o indivíduo alimenta, facilita, aumenta ou apressa o processo de sua morte.

Para LITMAN (1984, 1987, 1988), também a intenção (consciente) é a chave psicológica para definir o suicídio. Ele se apoia tanto no sentido epistemológico do verbo **intender** (do latim *intendere*), que significa “*ter em mente alguma coisa a ser alcançada, contemplar, planejar, ter como objetivo*”, como no do substantivo **intenção**, que indica um “*estiramento, um alongamento da mente, um esforço psicológico para alcançar um propósito, um fim*” (LITMAN, 1988, p.71), para fundamentar o constructo intencionalidade. Explica, assim, que existem estágios no desenvolvimento da intenção, que se iniciam com a imaginação ou contemplação do suicídio se deslocando para um desenvolvimento de um plano ou projeto, que passa a ser implementado através de ensaios realísticos ou imaginários e, até, finalmente, culminar em uma ação autodestrutiva.

A intenção, enfatiza ainda LITMAN (1984, 1987, 1988), é variável em grau, sendo que o indivíduo em questão compreende, em alguma medida, tanto a sua situação de vida como a natureza e a qualidade da sua ação autodestrutiva. Com o ato suicida, o sujeito demonstra ter um propósito, um objetivo em mente, acabar com uma situação de vida que lhe causa sofrimento, colocando fim a sua existência. Assim, de forma análoga à maneira como os homicídios são classificados, este autor descreveu graus de suicídio ao avaliar os objetivos da ação suicida, a seguir nos Quadros 12 e 13.

Quadro 12. Classificação de suicídios, com base na avaliação dos objetivos do sujeito, segundo LITMAN

Graus de suicídio	Características
Suicídio em primeiro grau	Deliberado, planejado, premeditado, auto-assassinato
Suicídio em segundo grau	Impulsivo, não-planejado, sob grande provocação e circunstâncias mitigantes
Suicídio em terceiro grau	Há autodano voluntário, mas a) a intenção de morrer é relativamente fraca; b) o método é relativamente não-prejudicial ou c) são tomadas providências prévias para o socorro.

Fonte: LITMAN, 1984, p.94, e LITMAN, 1988, p.72

Quadro 13. Outros comportamentos que envolvem ação autodestrutiva, segundo LITMAN

Ação autodestrutiva	Características
Suicídios de psicóticos ou por <i>overdose</i>	Ausência de capacidade para avaliar a situação de vida e a qualidade da ação autodestrutiva
Suicídio por autonegligência	Estilo de vida com envolvimento constante com atividades perigosas ou nocivas à saúde
Suicídio justificado	Deliberado, planejado, premeditado, justificado por doença terminal

Fonte: LITMAN, 1984, p.94, e LITMAN, 1988, p.72

Como mostra o Quadro 13, no primeiro caso, não há consciência clara dos objetivos do sujeito; no segundo, há uma negação consciente de impulsos inconscientes, não sendo a ocorrência de morte caracterizada como suicídio; e, no último caso, há consciência clara dos objetivos que são melhor explicados por razões filosóficas, teológicas e/ou sociopsicológicas.

Em função do exposto, LITMAN (1984, 1987, 1988) considera que o essencial para determinar se uma morte foi por suicídio ou não, é clarear a intenção da vítima, identificando (através de autópsia psicológica) se a pessoa compreendia (tinha em mente) que, através de seu ato autodestrutivo, acabaria com sua existência física. Afirma que, quando a própria morte está sendo usada instrumentalmente para resolver problemas de vida (problemas insolúveis por qualquer outro comportamento), estamos frente a um suicídio.

MAYO (1992) também examina cuidadosamente intencionalidade na conceituação e compreensão do suicídio. Assim, analisa várias situações com o propósito de avaliar, com maior clareza e precisão, uma morte por suicídio e discriminá-la de outros tipos de morte. Comenta que, embora os legistas conheçam a distinção entre morte auto-infligida acidental e suicídio, na prática, frequentemente, não é fácil a tarefa de identificar a intenção de acabar com a própria vida. Exemplifica, lembrando casos em que a pessoa se fere com um tiro ao limpar uma arma, em que sofre violenta colisão ao ajustar o dial do rádio do carro ou acaba morrendo por *overdose*, ao tomar uma droga para dormir, após uma noite em que houve abuso de bebida. Embora, para ele, esses casos sejam de morte acidental, envolvem uma dificuldade, pelo fato de que, ocorrida a morte, os elementos relevantes para identificar as intenções do morto deixam de existir e, na melhor das hipóteses, só serão inferidos de forma indireta. Alerta, porém, os técnicos para estarem atentos para várias possibilidades, já que um ato suicida pode ser disfarçado como acidente; a intencionalidade pode parecer inquestionável, mas pode não haver evidências claras quanto à intenção final ou, ainda, pode ocorrer um *gesto suicida*, em que a intenção real é uma manifestação de desespero, um pedido de ajuda ou alguma busca de mudança na situação de vida. Embora o último caso possa resultar em morte auto-infligida, ela não foi intencional ou desejada, mas, meramente acidental.

Com base em sua argumentação, faz uma distinção conceitual quanto a formas de considerar a morte auto-infligida:

- a) morte pretendida como um fim em si (desejada);
- b) morte pretendida como um meio para um fim (intencional);
- c) morte não pretendida, mas admitida, em consequência do que é pretendido (prevista).

O primeiro caso incluem indivíduos que *estão cansados de viver*, sem parecer cientes do que estão fugindo. No segundo caso, as pessoas acham a morte atraente, por ser um modo de escapar da dor, do sofrimento ou por ser uma maneira de manipular os outros ou, ainda, para buscar uma saída para uma situação insustentável (poupar a família, manter a honra, evitar a tortura ou revelar segredos) e/ou ser percebido, assim, de forma altruísta. O terceiro caso se caracteriza essencialmente pela falta de intencionalidade e pela supervalorização de fins, em detrimento da importância da própria vida. Inclui pessoas que se tornam conhecidas por atos de dramático heroísmo para salvar vidas alheias, sendo sua morte um efeito inevitável, mas não desejado. Portanto, parece crucial poder considerar se a morte fez parte integral de um planejamento ou foi incluída como um risco inevitável.

Assim, fica implícito que o autor faz uma distinção clara do terceiro caso, em relação aos dois primeiros, deixando explícito o seu ponto de vista que, no segundo caso, a intenção suicida é realmente indubitável.

Por outro lado, SHNEIDMAN (1981, 1999) sugere, ainda, ser necessário identificar o grau de letalidade (De quê?), que é sinônimo de suicidalidade e que é alimentado por um estado mental perturbado por uma dor psíquica que a vítima considerou intolerável. Através do item quatorze do Quadro 12, poderia se imputar (reconhecendo o seu caráter inferencial) um grau: alto, médio, baixo ou ausente de letalidade. Letalidade seria a possibilidade de um indivíduo específico se matar, isto é, acabar morto num futuro imediato, hoje, amanhã, no próximo dia, mas não no próximo mês. Uma medida de letalidade de qualquer indivíduo pode ser feita em qualquer dado tempo. Quando dizemos que um indivíduo é suicida, queremos transmitir a idéia de que ele está experimentando uma aguda exacerbação ou aumento de sua letalidade.

Mais especificamente, classifica-se letalidade alta quando o morto definitivamente queria morrer (intencionalidade) e quando desempenhou um papel consciente direto em sua própria morte (letalidade). A morte, então, foi devida ao desejo ou vontade abertamente consciente do sujeito de estar morto, concretizado por suas ações de levar adiante aquele desejo. No grau de letalidade média, o morto desempenhou um papel importante em efetuar ou apressar sua própria morte, a morte foi devida em parte a ações do morto, nas quais ele desempenhou algum papel parcial, coberto ou inconsciente, para apressar sua própria morte. As evidências para isto estão no comportamento do morto, tais como: falta de cuidado, estouvamento, negligência consigo mesmo, imprudência, mau julgamento, provocação de outros, descumprimento de regime médico, resignação ante a morte, uso de drogas, abuso de álcool, procura de problemas, etc., onde o próprio sujeito parecia ter alimentado, facilitado ou apressado seu processo de morrer ou a data de sua morte. No grau de letalidade baixa, o sujeito desempenhou um papel pequeno, mas não insignificante, em efetuar ou apressar sua própria morte; de certa forma é o mesmo que a letalidade média, mas num grau muito menor. Já, na letalidade ausente, o sujeito não desempenhou nenhum papel em efetuar a sua própria morte. Esta foi devida inteiramente a um ataque de fora do corpo ou a uma falha dentro do corpo (em um morto que desejava continuar vivo). Neste contexto, fica claro que Shneidman inclui no entendimento da letalidade (método autodestrutivo) também o componente intencionalidade (desejo consciente de morrer), deixando subentendida esta vinculação no ato suicida.

Para DAVIS (1988) também a intencionalidade (Como?) e a letalidade (De quê?) são dois componentes básicos e inter-relacionados num evento suicida. Explica que letalidade implica a seriedade inerente do ato ameaçador da vida, enquanto intencionalidade diz respeito à decisão consciente de acabar com a vida. Comenta, ainda, que é possível encontrar casos de suicídio em que o grau de letalidade é alto, através de um ato (método) muito eficiente, acompanhado de uma decisão letal, ambos baseados nas circunstâncias irreduzíveis. Mas, também, há situações em que o ato realizado foi altamente letal, mas a intenção de morrer foi abrandada devido a um pedido de ajuda. Por outro lado, o ato pode ter sido inerentemente menos letal, realizado por uma pessoa cujo único objetivo era, inequivocadamente, terminar com sua vida, mas que, por pouco conhecimento da maneira mais efetiva para provocar o dano físico, não alcança a morte. De acordo com isso, DAVIS menciona que há dois fatores que qualificam a variabilidade do grau da letalidade e da intencionalidade: as circunstâncias abrandadoras (idade, inteligência, doenças orgânicas ou funcionais que alterem a consciência do sujeito, intoxicação e outras) e o método de dano escolhido.

Ainda com o propósito de auxiliar ao psicólogo, EBERT (1991) desenvolveu também, um guia para conduzir a autópsia psicológica, compilando uma lista de 26 áreas que podem ser úteis ao se formular uma opinião a respeito do modo da morte. Não necessariamente todas as áreas precisam ser investigadas, o importante é que o psicólogo seja cuidadoso ao escolher e definir quais delas usar e quais ignorar. O guia é apresentado no Quadro 14.

Quadro 14. Guia de autópsia psicológica proposta por EBERT

1. História de alcoolismo
2. Bilhetes suicidas
3. Escritos
4. Livros
5. Avaliações de relacionamentos
6. Relacionamento marital
7. Humor
8. Estressores psicossociais
9. Comportamento pré-suicida
10. Linguagem
11. Drogas usadas
12. História médica
13. Estado mental
14. História psicológica
15. Estudos de laboratório
16. Relatório do legista
17. Avaliação do motivo
18. Reconstrução de eventos
19. Sentimentos a respeito da morte, bem como preocupações e fantasias
20. História militar
21. História de morte na família
22. História familiar
23. História de empregos
24. História escolar
25. Familiaridade com métodos de morte
26. Relatório policial.

Fonte: EBERT, 1991, p.253-5 (dados resumidos).

Por outro lado, num trabalho mais específico com suicídios na prisão, SPELLMAN & HEYNE (1989) também desenvolveram um formato de autópsia psicológica, como segue no Quadro 15.

Quadro 15. Formato de autópsia psicológica para suicídio na prisão proposto por SPELLMAN & HEYNE

1. Dados de identificação (nome, idade, estado civil, etnia, etc.)
2. Detalhes da morte (método, data, hora, localização, como foi descoberto e por que)
3. História do morto
 - a) história social (incluindo história legal, ajustamento ao cárcere e relacionamento com a família e com colegas)
 - b) história psiquiátrica (incluindo qualquer história de atentado suicida, qualquer tratamento de saúde mental recente e estado mental anterior à morte, se conhecido)
 - c) história médica relevante, se houver
4. Fatores predisponentes
 - a) fatores demográficos (idade, sexo, história de atentados suicidas)
 - b) história de tratamento psiquiátrico
 - c) estilo de personalidade do morto
 - d) papel do álcool e da droga no estilo de vida e na morte do morto
 - e) tendências de morte na família do morto (suicidas, doenças fatais, idade na época da morte)
5. Precipitadores (mudanças recentes, perdas)
6. Pistas para o suicídio anteriores à morte do preso
 - a) mudanças no comportamento
 - b) mudanças afetivas
 - c) comunicações suicidas diretas e/ou indiretas
 - d) fantasias, sonhos e/ou preocupações relativas à morte
7. Reações do *staff* frente a morte do preso
8. Recomendações para uma triagem maior, um encaminhamento e serviço de tratamento (mudança de procedimento, educação e treinamento do *staff*, aumento da comunicação entre o *staff* correccional e de saúde mental, etc.)

Fonte: SPELLMAN et al, 1988, p.182-3

Examinando mais detalhadamente os Quadros 11, 14 e 15, constata-se que as áreas sugeridas possuem uma abrangência quase idêntica, exceto por itens mais específicos incluídos no final do Quadro 15. Os dois primeiros quadros são apresentados de forma mais assistemática, enquanto o último faz uma tentativa de organização dos tópicos.

Uma vez identificada a vítima, a autópsia psicológica busca retrospectivamente fazer uma reconstrução da história do indivíduo. A história, aqui, parece ser tomada no seu sentido mais amplo, englobando não só história de morte de familiares, como eventos psicossociais, ambientais, médicos, psiquiátricos, psicológicos do sujeito, sua personalidade e estilo de vida, além de conteúdos ou indícios psicodinâmicos que se associam com morte. Informações desta natureza vão dar subsídios para responder à pergunta “Por quê?”, ou seja, quais eram os seus motivos para desejar morrer? EBERT (1991), no seu guia, fala

explicitamente em avaliação do motivo. Também SHNEIDMAN, já em 1969, afirmava que *“a autópsia psicológica não é nada mais que uma reconstrução das motivações, da filosofia, da psicodinâmica e das crises existenciais de um indivíduo”* (p.240). Nesse caso, poderíamos entender motivação como uma *“força que impulsiona a pessoa a agir para satisfazer uma necessidade. Implica um incentivo ou desejo que influencia a vontade e causa da ação da pessoa”* (FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK, 1975, p.2596).

Motivação é um construto, explorado exaustivamente pela escola psicanalítica, ainda que não exclusiva dessa corrente de pensamento. Trata-se de uma força hipotética, que é representada, *“subjetivamente, por pensamentos e sentimentos e, objetivamente, por uma tendência para certos tipos de ação”* (MACKINNON & MICHELS, 1981 p.64). Uma vez que as motivações resultam da interação de vários fatores, tanto intrapsíquicos, como familiares e socioculturais, constituem uma área de difícil avaliação, ainda que de importância fundamental para uma autópsia psicológica.

É realmente possível inferir a motivação do suicida?

Desde o século passado, observou-se um interesse em examinar diferentes métodos para poder chegar a determinar causas do suicídio. Ao analisar diversos enfoques, DURKHEIM (1966), em 1897, chegou a discutir os *“motivos presuntivos de suicídio”* ou *“antecedentes imediatos de diferentes suicídios”* (p.148), como fatores determinantes, focalizando, não obstante, a possível falta de validade dos dados disponíveis. Segundo ele, as informações fornecidas com propósitos estatísticos, em primeiro lugar, não eram reveladoras dos motivos reais dos suicídios, mas, antes, constituíam um registro da interpretação ou da explicação dada por um representante judicial, geralmente, um oficial subalterno, para o suicídio. Na realidade, além de, assim, criticar duramente a fonte de informação, tece restrições do ponto de vista metodológico, demonstrando a dificuldade de definir as causas de um fenômeno, especialmente complexo, já que envolve a vontade humana. Também, independentemente dos motivos serem atribuídos, de modo certo ou errado, não os considerava como verdadeiras causas. De fato, segundo o seu ponto de vista, tais motivos *“dependem de um estado mais geral, que todos refletem de maneira mais ou menos fiel”*. Por certo, *“isto é o que os torna mais ou menos produtivos de suicídio e que é, assim, a causa verdadeiramente determinante do mesmo”* (p.149). Em resumo, é possível que assinalem *“pontos fracos do indivíduo”*, em que pode ter fácil ingresso *“o impulso para a autodestruição”*. Tais motivos, por si, *“constituem usualmente só causas aparentes”* do fenômeno (p.151).

Entretanto, ao falar em motivos, tais como sofrimento físico, remorso, alcoolismo, problema familiar, DURKHEIM (1966) não parece se referir à motivação, tal como é entendida na autópsia psicológica, mas principalmente a fatores que facilitam ou precipitam o evento fatal.

Ao responder à pergunta “Por quê?”, já vimos que se faz necessário levantar toda a história do indivíduo, em suas diferentes áreas, bem como informações demográficas, para permitir reconhecer a presença de fatores predisponentes não-imediatos.

CLINE e WILLCOX (1988) mencionam que, quando há o encargo de provar se uma morte foi por suicídio, além de demonstrar a intenção (consciente) do falecido, é fundamental também analisar as características psicossociais da vítima, para identificar o/s motivo/s que, ao longo da vida, auxiliaram a estrutura a saída suicida. A autópsia psicológica possibilita reconstruir o estilo e a história do falecido, permitindo ao *expert* determinar porque a vítima fez o que fez. Este aspecto (motivação) é de extrema importância para o profissional que precisa emitir um parecer e/ou convencer, especialmente juízes e/ou júris, que o falecido tinha motivo/s para morrer e para fazê-lo intencionalmente.

Assim, estes autores lembram que LITMAN, após amplas experiências com investigações retrospectivas, constatou duas categorias de pessoas que cometem suicídio: as que se caracterizam por uma personalidade e estilo de vida estável e as instáveis. Para LITMAN (apud CLINE et al, 1988), então, as pessoas morrem de maneira muito similar aos seus comportamento habituais de vida, constatando que sujeitos conscienciosos e com estilo de vida (ao longo do tempo) de estabilidade, raramente morrem por acidente sob circunstâncias que sugerem suicídio. Quando estas pessoas morrem, como resultado de consumo de remédios, por ferimento de arma de fogo ou por queda de lugar alto, geralmente é porque o planejaram fazer. Em contrapartida, pessoas com um estilo de vida irresponsável, inconstante, impulsivo, dependente de álcool e drogas, mostrando julgamento e planejamento fraco ou que eram mentalmente doentes. Portanto, parecem ser mais capazes de cometer suicídio, como também morrer de maneira acidental, parecendo suicídio. Em função disto, CLINE et al (1988) afirmam que, sem a identificação do/s motivo/s psicossociais, poucas defesas sobre mortes por suicídio terão sucesso.

Além disso, é necessária a investigação de fatores predisponentes recentes, que vão revelar, certamente, fatores estressantes e precipitantes, que permitirão responder à pergunta “O quê?”.

Há, pois, quatro questões básicas a serem respondidas na autópsia psicológica: “O quê?”, “Por quê?”, “De quê?” e “Como?”. E há quatro constructos subjacentes à estratégia da autópsia psicológica: precipitadores e/ou estressores, motivação letalidade e intencionalidade. A motivação poderá ser compreendida através da identificação das razões psicológicas para morrer, enraizadas na conduta, no pensamento, no estilo de vida e na personalidade como um todo. A avaliação do grau de lucidez, ou seja, do papel consciente do próprio indivíduo, no planejamento, preparação e objetivação da ação autodestrutiva, estabelecerá a intenção do sujeito. O grau de letalidade será medido através da identificação da escolha do método. Os precipitadores e/ou estressores são os fatos ou circunstâncias que acionariam o último empurrão para o suicídio.

Presume-se que as estratégias que possibilitam explorar esses quatro constructos permitem a consecução de um estudo retrospectivo, conhecido como autópsia psicológica. Tal estudo tem sido muito utilizado para delinear as características psicológicas de vítimas de morte violenta, auxiliando na investigação, nas quais não existem elementos suficientes para decidir se se trata de suicídio, homicídio ou acidente, permitindo também esclarecer, retrospectivamente, a capacidade da pessoa já falecida para reger-se a si mesma, administrar seus bens e para tomar decisões como assinar documentos legais (testamentos, seguros de vida, certidões de casamento, renúncia de propriedades, etc.). Desta maneira, a autópsia psicológica auxilia os médicos legistas e os profissionais da área do direito penal e cível, podendo contribuir também para a identificação de fatores de risco e correlatos sócio-demográficos do suicídio.

Assim, a autópsia psicológica tem sido útil em estudos científicos de suicídios de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia (FARBEROW, SHNEIDMAN, LEONARD, 1969; HEILAE, ISOMETSAE, HENRIKSSON, HEIKKINEN, MARTTUNEN, LOENNQVIST, 1997), depressão maior (ISOMETSAE, HENRIKSSON, ARO, HEIKINEN, KUOPPASALMI, LÖNNQVIST, 1994) e alcoolismo (HEIKKINEN, ARO, HENRIKSSON, ISOMETSAE, SARNA, KUOPPOSALMI, LONNQVIST, 1994), assim como em estudos de suicídios de crianças, adolescentes, adultos jovens e idosos (BRENT, 1989; RICH, SHERMAN, FOWLER, 1990; YOUNGER, CLARK, OEHMIG, STEIN, 1990; ALEXOPOULOS, 1991; MARTTUNEN, ARO, LÖNNQVIST, 1993; LAU, 1994; SHAFFER, GOULD, FISCHER, TRAUTMAN, 1996), em sujeitos com morte duvidosa (LITMAN, CURPHEY, SHNEIDMAN, FARBEROW, 1963; SHNEIDMAN & FARBEROW, 1969b; LITMAN, 1984; LITMAN, 1989; BERMAN, 1993; KELLY et al, 1996) em pessoas suicidas de diferentes idades do meio urbano e rural (ÅSGÅRD, 1990; FINKEL & ROSMAN, 1995; ISOMETSAE et al, 1997). Tem sido usada também como

ferramenta em intervenções em crise em equipes psiquiátricas, de hospital geral e de presídio, após suicídios de pacientes ou apenados (KRIEGER, 1968; SPELLMAN et al, 1989; NEILL, BENENSOHN, FARBER, RESNIK, 1974).

Já do ponto de vista clínico, é necessário salientar, também, que pode ter efeitos terapêuticos para os sobreviventes enlutados que têm o papel de informantes. A propósito disso, SANBORN e SANBORN (1976) e WHO (2000a) ressaltam que o legado do suicídio concede a seus herdeiros todas as ramificações de um ato carregado ainda de muito estigma e tabu. Salientam que, ao contrário de outros tipos de morte, os sobreviventes do suicídio recebem menos apoio emocional, de parentes e amigos, tendo menos oportunidade para catarse e reassentamento, o que fortalece sentimentos de vergonha, culpa, raiva e mecanismos de negação e encobrimento, atrapalhando o processo normal de luto. Não é surpreendente, então, que muitos entrevistados necessitem de uma pessoa (fora a família imediata e a polícia) para conversar e para clarear as más percepções do ato suicida, para aliviar sentimentos não-resolvidos e contraditórios e, até, para obter informações práticas que não sabiam como ou onde descobrir. Deste modo, a autópsia psicológica, além de ser usada para a coleta de dados, pode ser útil como ferramenta terapêutica, ou seja, como um veículo através do qual se pode aconselhar, informar ou encaminhar os sobreviventes de suicídio

Sem dúvida, a autópsia psicológica tem sido um método aceito e muito utilizado para delinear as características psicológicas e sociais de vítimas de suicídio por quase três décadas, podendo, de certa forma, se afirmar, como expressa SELKIN (1994), que a autópsia psicológica é para a suicidologia como uma entrevista é para o desenvolvimento da ciência da psicologia. Entretanto, trata-se de uma estratégia de avaliação complexa, para a qual os autores fornecem orientações gerais, esquemas de áreas a serem exploradas. No entanto, não foi aparentemente apresentado ainda um modelo de entrevista estruturada, mesmo porque os tópicos de interesse podem variar conforme a população alvo. Como muito tipos de entrevista comuns, a autópsia psicológica pode ser vista como um recurso subjetivo, não fidedigno, com dificuldades para chegar a ser adequadamente validado. Na literatura, é referida ora como método, processo, técnica, procedimento ou instrumento. Desta maneira, pode-se afirmar, segundo CLARCK et al (1992), que não há uma definição científica consensual para a autópsia psicológica e assim, em função de suas limitações, percebem o *“método de autópsia psicológica mais como um método de pesquisa do que como uma ferramenta clínica”* (p.172).

Além das restrições metodológicas comumente atribuíveis às entrevistas em geral, ainda são apontadas outras desvantagens, que são revisadas por vários autores. Alguns apontam, como já foi mencionado, para a necessidade de definir, previamente, tanto a nomenclatura usada para conceitualizar o suicídio como os critérios específicos dos procedimentos da investigação no que se refere à: forma do contato (carta, telefone, pessoalmente), momento para o primeiro contato (velório, após alguns dias ou meses), momento para a realização da entrevista, duração e número de entrevistas e números de informantes. Outros ressaltam, ainda, principalmente no caso de estudos de pesquisa, a necessidade de incluir grupos de controle (RUDESTAM, 1979; BRENT, 1989; BRENT et al, 1988; BESKOW et al, 1990; HAWTON et al, 1998). Contudo, na maioria das vezes, isto não é possível, seja pelo custo financeiro, seja pela falta de um grupo de controle (casos de morte por homicídio, acidente; sujeitos com o mesmo diagnóstico psiquiátrico; amigos da vítima com a mesma faixa etária) adequado, caracterizando uma assimetria nas fontes de informação.

O principal fator responsabilizado pela dubitável precisão dos dados colhidos é a natureza retrospectiva da autópsia psicológica. Na ausência do objeto em estudo, da vítima, tanto o informante quanto o entrevistador estão potencialmente vulneráveis a tendenciosidades, tendo em vista o fato de ambos pressuporem que o sujeito sob investigação cometeu suicídio. Assim, a quantidade e a qualidade dos dados fornecidos pelo informante podem ser influenciadas, por exemplo, por razões religiosas, para manter a reputação da pessoa após sua morte; para evitar o cancelamento do seguro de vida do falecido, pelos sentimentos de tristeza do entrevistado, pelo seu grau de parentesco com o morto, pelo espaço de tempo maior ou menor transcorrido após a morte, pelo grau de psicopatologia supostamente existente para que um sujeito opte pelo suicídio, etc. Já o entrevistador pode ter determinadas expectativas sobre tipos de transtornos mais prováveis numa vítima de suicídio, pode apegar-se a eventos específicos em razão de sua necessidade de descobrir explicações para o modo como ocorreu a morte, pode influenciar o grau de participação pela forma de estabelecer o primeiro contato com os informantes, ter dificuldades de lidar com discrepâncias entre informantes, ser mais ou menos competente em razão de seu treinamento e experiência, etc.

Todos estes aspectos não constituíram um fator tão complicador em relação à cientificidade dos fatos, se o objetivo da entrevista fosse meramente o de buscar um entendimento psicodinâmico da família. Entretanto, considerando que a autópsia psicológica pretende chegar a uma visão compreensiva dos fatos, questões relacionadas

com fidedignidade* e validade se tornam bastante problemáticas. Em função disso, para avaliar a fidedignidade da informação obtida, muitos estudos propõem a realização de uma segunda entrevista, com um outro informante, ou uma segunda entrevista, com o mesmo informante, mas conduzida por um outro técnico (**precisão****), ou, ainda, de uma outra entrevista com o mesmo informante e o mesmo técnico, após um intervalo de tempo (**estabilidade****), situações todas que nem sempre são possíveis de acontecerem e que, em alguns casos, produzem constrangimento e tensão. Por outro lado, uma maneira de considerar válidos os dados obtidos é confrontá-los com as informações relatadas nos registros de documentos pessoais médicos, policiais, escolares e outros (BESKOW et al, 1990).

Para diminuir, então, os problemas de ordem metodológica, tem sido salientada especialmente a necessidade de utilizar entrevistas estruturadas e grupos de controle, principalmente como proteção contra a tendenciosidade. Por outro lado, torna-se extremamente importante a estimativa da fidedignidade inter-avaliadores, através da avaliação das informações por diferentes juízes. Também, torna-se necessário, na opinião de CLARCK et al (1992), uma amostra numerosa, com pelo menos 60 casos de vítima de suicídio, para que exista suficiente variância para garantir algumas generalizações e base adequada para testar hipóteses do estudo. Tais autores sugerem padrões para a condução de uma autópsia psicológica, que são apresentados no Quadro 16.

* Embora alguns autores dêem preferência ao termo confiabilidade, há quem tenha restrições nesse sentido, por entender que confiabilidade se refere, mais especificamente, à "*confiança que podemos ter em sistemas em geral*" no campo da engenharia (FACHEL & CAMEY, 2000, p.160).

** Termo introduzido pela autora.

Quadro 16. Padrões para constituir uma base para estudo de autópsia psicológica, segundo CLARCK & HORTON-DEUTSCH

1. Delineação das hipóteses primordiais que guiam o estudo.
2. Definição de fronteiras temporais e geográficas da área abrangida.
3. Definição precisa do que constitui um caso de suicídio.
4. Descrição das qualificações clínicas e treinamento dos entrevistadores.
5. Protocolo de entrevista padronizada para a coleta dos dados, incluindo um relatório estatístico da fidedignidade inter-entrevistadores que usam este protocolo.
6. Definição formal do que constitui um “informante com conhecimento” e documentação de número de informantes com conhecimento potencialmente disponíveis.
7. Descrição de como informantes potenciais são introduzidos à natureza do estudo e relatório da proporção que recusam ser entrevistados.
8. Especificação de um esquema referencial de tempo (isto é, o tempo entre o suicídio em questão até a entrevista) que terá que ser respeitado em todos os casos, ou um registro da distribuição dos espaços de tempo da morte até a entrevista para a amostra.
9. Uma detalhada discussão da forma na qual informações discrepantes de fontes diferentes é conciliada, na medida que ela pesa sobre cada caso individual.
10. Um plano formal para como lidar com a validade dos dados em casos em que o número mínimo especificado de informantes, com conhecimento, não possa ser entrevistado ou em que informantes-chaves se recusam em participar.
11. Referência aos critérios de diagnóstico formal aplicados, se julgamentos diagnósticos são apresentados
12. Seleção de um ou mais grupos emparelhados comparativos, acompanhada de uma fundamentação lógica para tais escolhas; a opção de um grupo comparativo apropriado depende da principal hipótese a ser testada.

Fonte: CLARCK et al, 1992, p.172-3.

Os autores apontam que os critérios 1, 5, 11 e 12 possibilitaram tornar claro que questões o investigador colocou e que questões o investigador é capaz de responder ou não. Ainda, os critérios 2 e 3 definem a população de suicídio sob estudo, e os critérios 7 e 10 ajudam a clarear o grau ao qual a amostra do estudo é representativa da população de todos os suicidas sob estudo e, assim, se é justo generalizar a partir das conclusões. Finalmente, os critérios 4, 6, 9 e 10 permitem avaliar a adequação dos dados críticos em um estudo de autópsia psicológica, aqueles fornecidos pelo informante em entrevistas face a face.

Observa-se assim, em muitos, a preocupação, o cuidado e a exigência para conduzir os estudos com a autópsia psicológica. Certamente, a experiência já alcançada na condução competente e séria nas diversas investigações a respeito de indivíduos vivos, serve de modelo e impulsiona para a investigação idônea da morte por suicídio. Mas, sem dúvida, o ponto que ainda requer maior estudo e dedicação diz respeito aos aspectos

metodológicos da autópsia psicológica. Portanto, mais estudos se tornam necessários para poder colocar esta estratégia dentro das exigências científicas necessárias para alcançar o *status* de respeitabilidade de toda ferramenta, tanto clínica como de pesquisa.

3. Justificativa

Pode-se constatar que o suicídio tem sido estudado por vários ângulos e sob múltiplos enfoques. Interpretações sociológicas, religiosas, psiquiátricas e psicológicas têm objetivado compreender as causas que levam um sujeito a terminar com sua vida e, principalmente nas últimas décadas, encontrar subsídios mais efetivos para a prevenção desse complexo problema.

Sem dúvida, o maior esforço tem sido na identificação de fatores de risco. Neste sentido, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação tem possibilitado reconhecer grupos de maior risco, identificar a gravidade do risco e sua associação com diversas variáveis, por exemplo, demográficas, psicossociais e psiquiátricas ligadas ao suicídio.

Contudo, como as vítimas de suicídio consumado, como já foi mencionado, não são passíveis de avaliação direta, a utilidade destes instrumento de medida está limitada a amostras específicas, cujos sujeitos, se bem que vulneráveis a atos autodestrutivos, nem sempre são suicidas.

Assim, a abordagem que tem sido adotada, em estudos clínicos, muitas vezes tem sofrido críticas do ponto de vista metodológico. As amostras utilizadas na maioria das pesquisas não são consideradas representativas do tipo de pessoa que morre por suicídio. Na realidade, é questionável buscar subsídios em amostras de sobreviventes de tentativa de suicídio não-fatais, bem como de pacientes, em acompanhamento terapêutico de longa duração, antes de cometerem suicídio. CLARCK et al (1992) argumentam que, no primeiro caso, os sujeitos se tornam objeto de estudo porque estão vivos. Lembram, ainda, trabalhos de Dahlgreen e de Stengel e Cook, em que foi salientado que há mais diferenças do que semelhanças entre indivíduos que cometem tentativa de suicídio e os que efetivam suicídio. Já, no segundo caso, embora haja registro de observações minuciosas no período anterior ao suicídio, a amostragem não poderia ser considerada adequada, já que não possui representatividade do que teoricamente seria típica de sujeitos suicidas.

Também existem dúvidas quanto a confiabilidade e validade das estatísticas de suicídio, sendo grande o número de óbitos duvidosos (JACOB et al, 1993), o que parece se associar à falta de um esquema classificatório adequado e à imprecisão da própria terminologia utilizada, de forma que os canais de comunicação entre os diversos profissionais são extremamente dificultados (O'CARROL et al, 1996).

BOTEGA (1996) acrescenta que, se bem que o suicídio está nas estatísticas entre as dez principais causas de morte no mundo e entre as três primeiras, no período de 15 a 34 anos de idade, cifras exatas sobre o padrão de distribuição são difíceis de obter, em função da subnotificação do suicídio, pela dificuldade de estabelecer com precisão se a morte foi acidental ou intencional, pelo estigma do assunto e pelos diferentes critérios utilizados para definir suicídio. No Brasil, em geral, isto ainda é prejudicado pela falta de qualidade das estatísticas de mortalidade, podendo-se estimar que o coeficiente real de mortalidade por suicídio pode atingir números até quatro vezes maiores que os registrados oficialmente.

Então, desenvolver e/ou fortalecer formas de investigação retrospectivas, que visem a identificar e compreender a natureza psicológica da intenção e motivação para a morte do sujeito que efetivamente morreu por suicídio, parecem ser, portanto, uma maneira científica de colher dados, com a finalidade de embasar programas de prevenção e de qualificar o modo de morte. A autópsia psicológica em casos de suicídio tem demonstrado ser útil do ponto de vista científico e clínico. Entretanto, a falta de um modelo de procedimento estruturado, numa estratégia de avaliação complexa, deixa muitas vezes o profissional inseguro e sem um grau razoável de certeza para emitir conclusões.

Portanto, considerando que:

- a) as estratégias que têm sido utilizadas na realização da autópsia psicológica em casos de suicídio são extremamente heterogêneas, além de se caracterizarem pela escassez de definições operacionais, e que
- b) o profissional de saúde mental que trabalha em avaliação psicológica precisa contar não só com sua qualificada experiência clínica para saber administrar e avaliar uma determinada técnica, mas também necessita ter a seu alcance instrumentos confiáveis,

justifica-se o presente trabalho pela necessidade de dispor de um instrumento semi-estruturado para a autópsia psicológica em casos de suicídio, cujos dados permitam verificar a presença de um grau razoável de concordância entre avaliadores.

Capítulo III

MÉTODO

1. Delineamento

O estudo baseou-se em uma entrevista semi-estruturada, em que informações sobre casos (vide Anexo F) de morte por suicídio foram colhidas junto a pessoas próximas do falecido.

2. Sujeitos

A amostra foi constituída por 42 sujeitos (informantes), relacionados a 21 casos de suicídio (vide Anexo F), selecionados consecutivamente, desde agosto de 1998 a janeiro de 2000, nos registros de morte do Departamento Médico Legal, com inquérito constante em uma das delegacias de polícia de Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre (vide Anexos F e G). A seleção de casos de suicídio atendeu os seguintes critérios de inclusão e exclusão da amostra, estabelecidos posteriormente ao estudo-piloto (vide p.183).

Critérios de inclusão:

- 1) registros de morte por suicídio;
- 2) óbito do caso verificado até seis semanas antes;
- 3) existência de dados de identificação e registro do último endereço da vítima;
- 4) existência de dados de identificação e registro do último endereço de familiares, amigos e/ou conhecidos;
- 5) acessibilidade a dois informantes sobre o caso ou a um, quando é o único possível e que não entre em contradição com os dados dos autos periciais;
- 6) consentimento informado de participação dos informantes.

Critérios de exclusão:

- 1) último endereço dos informantes fora da área urbana de Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre;
- 2) informantes cuja língua falada não é o português ou impedidos, por outra razão, de comunicação adequada;

- 3) informantes recolhidos em instituições (por motivos legais, psiquiátricos, médicos, menoridade, etc.);
- 4) informantes não localizados até 30 semanas após o suicídio do sujeito, referido como caso;
- 5) informantes não entrevistados até 32 semanas após o suicídio do sujeito, referido como caso.

O detalhamento do processo de seleção dos 21 casos de suicídio encontra-se no Anexo H.

3. Instrumento

3.1. Desenvolvimento do instrumento

No sentido de atender aos objetivos específicos, foram desenvolvidos esforços para sistematizar a revisão bibliográfica fundamentadora. Partiu-se de uma revisão da literatura mais clássica existente para um levantamento do acervo de publicações constante, nos últimos 12 anos (1987-1999), nos bancos de dados computadorizados. Inicialmente, foram cruzadas as palavras-chave autópsia psicológica e suicídio, nos sistemas *Medline*, *Psyclit* e *Lilacs*.

Na totalidade, foram examinados 236 *abstracts* de artigos e 36 *abstracts* de capítulos de livros, mas a maioria deles não atendia ao interesse direto deste trabalho. Procurou-se, então, definir critérios para a escolha de artigos e capítulos. Assim, foram selecionados 54 artigos e seis capítulos de livros com as palavras chaves: autópsia psicológica, procedimento de investigação, procedimento de condução da entrevista, considerações metodológicas, problemas metodológicos, validade e fidedignidade, kappa e aspectos éticos. Este levantamento visou a especificar e operacionalizar os critérios norteadores de uma autópsia psicológica, bem como definir os itens básicos para a entrevista semi-estruturada.

A partir de tais procedimentos, foi possível, então, identificar artigos de interesse. Pela revisão efetuada (vide capítulo II), pode-se afirmar que a autópsia psicológica é uma estratégia complexa, não tendo sido possível, até agora, desenvolver um

modelo único de entrevista para a sua realização. Tanto quanto é do conhecimento desta pesquisadora, encontram-se disponíveis, apenas, listas ou guias de itens (vide Quadros 11, 14 e 15), orientações de cunho muito geral, dependendo a qualidade do trabalho muito mais da habilidade, competência, treinamento e sensibilidade clínica do entrevistador do que dos aspectos metodológicos do instrumento utilizado.

Para efeitos deste trabalho de pesquisa, ficou definido que o tipo mais adequado de entrevista seria a diagnóstica e semi-estruturada: diagnóstica, porque objetiva examinar, analisar, avaliar e descrever uma determinada condição, na tentativa de compreendê-la; semi-estruturada porque, através de questões fechadas, abertas e/ou em eco (no sentido empregado por OTHMER & OTHMER, 1992*), procura cobrir os temas chaves (precipitadores e/ou estressores, motivação, letalidade e intencionalidade), associados ao suicídio (vide capítulo II), analisando, como apontam alguns estudiosos (SHNEIDMAN, 1969, 1981; LITMAN, 1984, 1987; SPELLMAN & HEYNE, 1989; EBERT, 1991; MAYO, 1992), alguns fatores que costumam se relacionar à probabilidade de ocorrência de suicídio.

Assim, a Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica - ESAP está composta por quatro módulos: Precipitadores e/ou estressores, Motivação, Letalidade e Intencionalidade (vide Anexo D). Cada um deles objetiva a avaliação de um dos temas-chaves associados ao suicídio. Os módulos foram organizados seguindo uma sequência lógica de raciocínio clínico, iniciando com uma questão geral aberta (O quê? Por quê? De quê? Como?), destinada a avaliar o tema em foco.

Além da pergunta inicial (O quê?) no primeiro módulo (avaliação dos precipitadores e/ou estressores), há mais dois itens, constituídos por perguntas fechadas com alternativas de resposta definidas em duas opções: sim e não. No segundo módulo (avaliação da motivação), após a pergunta geral (Por quê?), há mais 32 itens com alternativas dicotômicas (sim - não), organizados em quatro seções (problemas psicossociais, ambientais ou acontecimentos de vida não imediatos; sintomas de mau funcionamento; características de personalidade; fatos associados à história familiar).

No terceiro módulo (avaliação da letalidade), após a questão introdutória (O quê?), há mais cinco itens, dos quais três são questões de múltipla escolha, e duas pedem especificação sobre o método da morte. No quarto módulo, além da pergunta inicial

* "O eco repete a parte da resposta do paciente a qual você quer que ele elabore" (OTHMER & OTHMER, 1992, p.74).

(Como?), há mais 26 perguntas fechadas (com alternativas dicotômicas), constituindo duas seções: evidências de intenção ou desejo de morrer e planejamento para a morte.

Quando a resposta à questão inicial e as subseqüentes é afirmativa, essas são seguidas por questões abertas e/ou em eco, que possibilitam, de acordo com critérios associados ao suicídio e da habilidade do entrevistador, alcançar respostas que fundamentam a decisão final. O entrevistador poderá acrescentar, às já existentes, o número de perguntas que julgar necessárias para questionar negativas, afirmações, contradições e/ou para confrontar fatos de seu conhecimento.

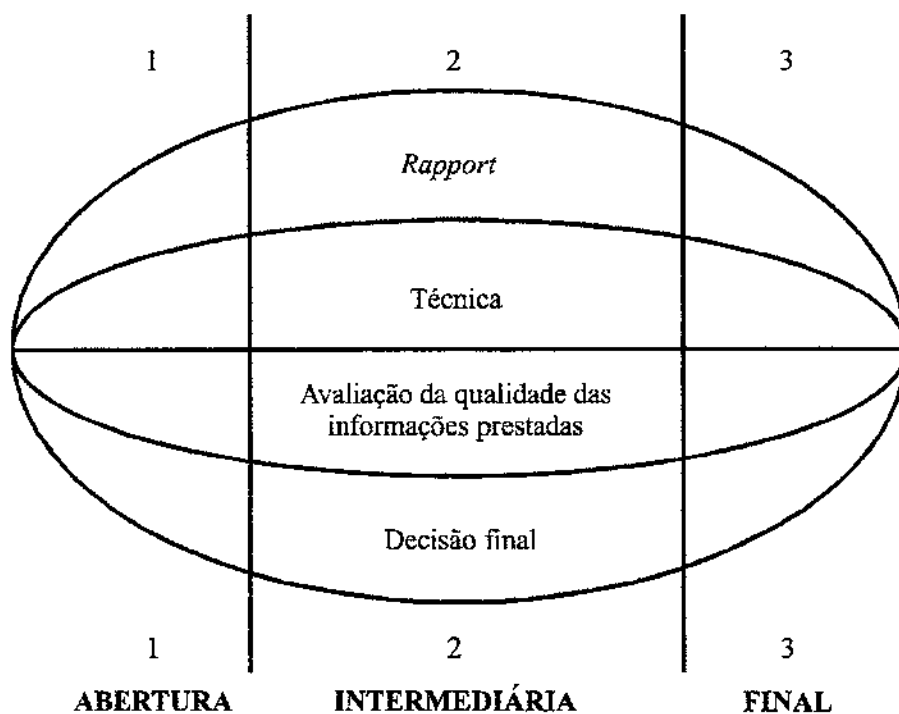
Como toda entrevista, a ESAP tem um formato tri-partite, dividindo-se em três fases (de abertura, intermediária e final) e opera numa abordagem de quatro pontos (*rapport*, técnica, informações prestadas e decisão final).

Na fase da abertura, como salientam OTHMER et al (1992, 1994), o entrevistador faz o “aquecimento” do/s informantes estabelecendo o *rapport* e preparando-o/s para a tarefa principal da entrevista. O *rapport* diz respeito à qualidade da relação que o entrevistador deve estabelecer com o/s entrevistado/s, devendo criar um clima de reciprocidade caracterizado pela sensação de intercomunicação, possibilitando uma troca de informação espontânea, sedimentando, assim, uma situação de confiança.

A fase intermediária é a de maior duração, onde o entrevistador aplica a técnica da entrevista ao/s informante/s. A técnica utilizada pelo entrevistador visa a obter as informações desejadas, através do conjunto de passos práticos, baseados em sua experiência profissional em ouvir, perguntar e responder, que o auxiliam a reunir informações parciais, integrando-as até que, de maneira eficiente, se formulem opiniões. Mas visa também a avaliar a atitude do/s informante/s quanto à precisão das respostas sobre a vida e personalidade do falecido, bem como julgar sua capacidade de discernir de forma lógica e bem orientada na realidade (qualidade das informações prestadas).

A fase final se subdivide em duas seções: a) o momento em que o entrevistador deve preparar o/s informante/s para o fechamento da atividade estabelecendo um *feedback*, aprofundando certamente o *rapport* e confirmando a relação de confiança, e b) a análise de todas as informações colhidas para alcançar a decisão final, através do julgamento da hipótese quanto ao grau probabilístico da ocorrência de suicídio.

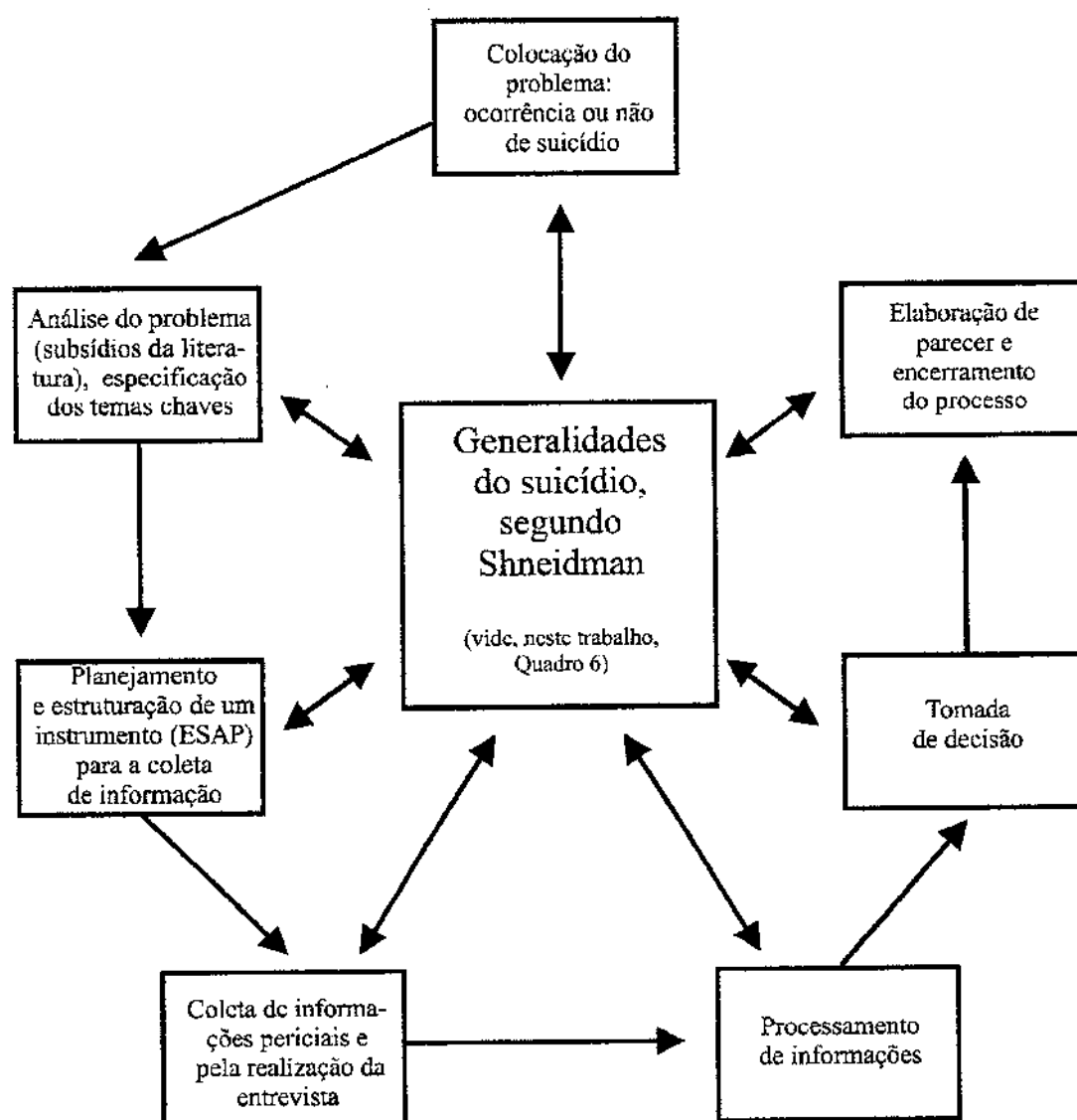
Assim, estas fases e pontos podem ficar mais bem representados na Figura 2.



Fonte: OTHMER & OTHMER, 1992, 1994 (figura adaptada)

Figura 2
Fases da ESAP

Certamente, o requisito fundamental para a organização da ESAP foi a sua sustentação em bases de conhecimento científico que auxiliassem na operacionalização das variáveis a serem investigados. Estas bases de conhecimento, como núcleo regulador desta entrevista semi-estruturada, encontram-se representadas, graficamente, no centro da Figura 3.



Fonte: WESTMEYER & HAGEBÖCH, 1992 (figura adaptada)

Figura 3

Representação gráfica do núcleo regulador da entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica e do fluxo correspondente

A partir do núcleo regulador, dispuseram-se as fases ou etapas para a construção e desenvolvimento desse instrumento. Em cada fase foi necessário fazer uso desta base de conhecimento, como o alimentador do saber clínico da avaliação do suicídio.

Foi possível, assim, definir critérios para avaliação dos temas-chaves, referentes aos módulos do instrumento, com instruções para que os juízes possam analisar e qualificar, comparando as informações obtidas pela entrevista com os dados básicos e periciais, a probabilidade de ocorrência ou não de suicídio.

Posteriormente, foi construído o Formulário para a Tomada de Decisão - FTD (vide Anexo E) quanto à probabilidade de ocorrência de suicídio para acompanhamento dos quatro módulos da entrevista semi-estruturada e seguindo um esquema de decisão similar ao processo de algoritmo, que representa o raciocínio clínico.

O processo de decisão passa, então, sempre por três estágios (estabelecimento do problema, questão, decisão), chegando ao fim, quando o problema inicial é resolvido através de uma tomada de decisão que se desenvolve no curso do processo de investigação. Através desse processo, os juízes percorrem diferentes passos, que serão considerados pontos chaves na medida da concordância inter-avaliadores, tendo em mente também informações obtidas através do inquérito policial.

A ESAP foi testada em um estudo-piloto, descrito a seguir.

4. Estudo-piloto

Seguindo os passos estabelecidos no projeto inicial, foram obtidos os registros completos de morte por suicídio de 138 sujeitos, no Departamento Médico Legal da cidade de Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre, no período de agosto até dezembro de 1998. Foi possível acompanhar, examinar e registrar, no mencionado período, o inquérito policial de 40 desses casos, distribuídos em 13 delegacias policiais de quatro cidades: Porto Alegre, Viamão, São Leopoldo e Canoas.

Depois de serem colhidos e registrados todos os dados do inquérito policial (comunicação de ocorrência, registros de depoimentos, auto da necropsia, perícia de dosagem de álcool etílico, psicotrópicos e do Departamento de Criminalística, relatório final do inquérito) dos quarenta casos foram encaminhadas cartas para familiares de vinte e quatro falecidos (procurando seguir os critérios de inclusão e exclusão da amostra), tendo sido excluídos dezesseis casos, porque, apesar do prazo legal para conclusão do inquérito

ser de trinta dias, estes foram ainda encontrados com o inquérito em andamento na investigação policial.

Das 24 cartas encaminhadas, duas foram devolvidas pelo Correio, por não existir a numeração indicada no endereço que constava no inquérito policial.

Uma semana após o encaminhamento das cartas, foram realizados os contatos telefônicos com o objetivo de definir a aceitação ou não da entrevista pelos informantes. Os resultados destes telefonemas foram os seguintes:

- em seis casos, foi tentado contato nos mais diversos horários e em todos os dias da semana, sendo que o telefone não foi atendido, indicando ausência de pessoas em casa. Os números, no entanto, constavam no guia telefônico como sendo correspondente ao endereço para onde foi enviada a correspondência;
- em um caso, o telefone não era o da pessoa indicada no inquérito policial e não correspondia ao endereço para onde a carta foi enviada;
- em dois casos, foram tentados os contatos telefônicos, não sendo encontrada a pessoa para a qual a correspondência foi enviada; por três vezes foram deixados recados, solicitando o retorno da ligação, sem sucesso;
- em um caso, o telefonema foi atendido por secretária eletrônica, tendo sido deixado recado, solicitando o retorno da ligação, sem sucesso;
- em seis casos, foi feito o contato telefônico, mas não houve aceitação da participação na pesquisa;
- em quatro casos, foi feito contato telefônico, havendo aceitação da participação na pesquisa;
- em dois casos, os informantes contataram telefonicamente com a entrevistadora, havendo aceitação da participação na pesquisa.

Foram, então, realizadas seis entrevistas com familiares e conhecidos dos falecidos, obtendo-se, em todos os casos, permissão para gravar e tendo sido assinado o consentimento de participação.

Das seis entrevistas realizadas, as duas primeiras foram consideradas impróprias para a inclusão na amostra, tanto pela forma como a entrevista foi conduzida,

como por problemas ocorridos na gravação, o que prejudicou grande parte da transcrição das informações colhidas.

As outras quatro entrevistas e a respectiva documentação policial foram transcritas e digitadas, para instrumentalizar este estudo-piloto.

Então, a versão prévia da ESAP foi analisada em quatro casos, onde se procurou:

- a) avaliar a compreensibilidade e a adequação dos termos e expressões utilizados;
- b) identificar a necessidade ou não de reformulação de itens e do acréscimo de itens;
- c) obter uma estimativa aproximada da duração de entrevista;
- d) relacionar o tipo de informação sobre as manifestações não-verbais a ser registrado pela auxiliar de pesquisa;
- e) determinar formalmente o que constitui um informante com conhecimento e definir o número de informantes potencialmente disponíveis, assim como lidar com a validade dos dados em caso em que o número mínimo de informantes não pudesse ser entrevistado;
- f) especificar o tempo máximo entre o suicídio e a entrevista, que deveria ser respeitado em todos os casos;
- g) determinar como informações discrepantes ou de fontes diferentes deveriam ser conciliadas;
- h) referenciar os critérios diagnósticos aplicados.

Tal tarefa foi realizada através do uso do protocolo da entrevista (vide Anexo E), das respostas obtidas registradas com gravador (transcritas posteriormente) e das anotações adicionais da auxiliar de pesquisa (observadora), assim como dos dados básicos de identificação e dos dados periciais obtidos anteriormente.

A partir disto, foi possível constatar que:

- a) os termos e as expressões utilizados foram adequados e compreendidos sem maiores dificuldades;

- b) não houve necessidade de reformulação e nem de acréscimo de itens;
- c) a duração da entrevista ficou, em média, em torno de uma hora e cinquenta e cinco minutos, distribuídos em média de: 15 minutos para o *rappport*, 1 hora e 20 minutos para a entrevista semi-estruturada e mais 15 minutos para o *feedback*;
- d) as manifestações não-verbais dos informantes, registradas pela auxiliar de pesquisa (observadora), foram: expressões faciais e gestuais, expressões de emoções, tanto positivas como negativas, e movimentações dos presentes no ambiente da entrevista;
- e) um informante com conhecimento refere-se a familiares, amigos, conhecidos ou outros com conhecimento da ocorrência da morte, de antecedentes da mesma e/ou da vida e personalidade do falecido (vide Anexo F); o número mínimo de informantes a serem entrevistados ficou definido como dois, mas, no caso de impossibilidade de estabelecer contato ou de obter aceitação de participação com mais de um informante, poder-se-ia considerar aceitável a atividade de entrevista (só com um informante), desde que não houvesse contradições apreciáveis entre as informações fornecidas e os dados obtidos nos autos periciais;
- f) o espaço de tempo entre a morte da vítima e a entrevista com informantes não deveria ultrapassar trinta e duas semanas, de acordo com o item 5 dos critérios de exclusão;
- g) em situações nas quais as informações dos informantes fossem discrepantes, seria aconselhável realizar outra entrevista com os mesmos e/ou outros informantes;
- h) foram aplicados os critérios diagnósticos sugeridos por SHNEIDMAN (1992) (vide Quadro 6).

5. Procedimentos

Para o desenvolvimento deste estudo, foram obtidas as autorizações necessárias, tanto para conseguir a lista com os registros de morte por suicídio no Departamento Médico Legal, como para acompanhar e registrar os dados do inquérito policial nas delegacias de polícia de Porto Alegre e da Grande Porto Alegre.

O primeiro passo, em seguida, foi identificar casos que preenchessem os itens 1 e 2 dos critérios de inclusão da amostra, para, a seguir, examinar o inquérito correspondente na delegacia de polícia onde houve a comunicação de ocorrência do fato. Nesses locais, foram obtidos alguns dos dados básicos de identificação, bem como dados periciais (vide Anexo C), próprios dos autos policiais.

Com um conhecimento preliminar sobre os fatos, procedeu-se ao encaminhamento, pelo correio, de uma carta (vide modelos no Anexo A), no período máximo de 30 semanas após a morte, aos futuros informantes (familiares, amigos e/ou conhecidos), completada por uma chamada telefônica, quando possível, uma semana após, com o objetivo de obter consentimento de participação dos sobreviventes na pesquisa. Nos casos de aceitação, foram definidos dia, hora e local da entrevista.

Em princípio, foi prevista a realização de uma entrevista com pelo menos dois informantes, para cada caso (item 5 dos critérios de inclusão).

A entrevista foi conduzida pela pesquisadora, que já possuía experiência, e foi observada por uma auxiliar de pesquisa. Foram duas auxiliares, uma psicóloga e uma aluna de Curso de Graduação em Psicologia. Foram especialmente treinadas para registrar dados significativos da dinâmica da entrevista, principalmente aspectos de comunicação não-verbal.

As auxiliares de pesquisa foram selecionadas com base no seu histórico escolar, informações sobre sua qualidade de trabalho e desempenho ético, bem como pela sua disponibilidade. Previamente, foram familiarizadas com noções essenciais sobre suicidologia, conceitos básicos de pesquisa, de entrevista e com o projeto que seria desenvolvido. Foram introduzidas à natureza das tarefas, através de atividades de *role-playing*, e, posteriormente, através do estudo-piloto.

A exemplo dos procedimentos usados por vários autores (vide capítulo II), optou-se por realizar a entrevista no domicílio dos informantes. Entretanto, foi oferecida também a possibilidade de desenvolver a atividade no consultório particular da entrevistadora. O tempo de duração não foi rigidamente definido (vide item c do estudo-piloto). As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

A seguir, os dados básicos, os periciais e o registro (transcrição da gravação) da entrevista, bem como o registro de comportamentos não-verbais dos entrevistados, foram

avaliados, utilizando o formulário para a tomada de decisão (vide Anexo E), pela entrevistadora e pela auxiliar de pesquisa (de forma independente), e submetidos ainda a juízes*, que também fizeram avaliações independentes sobre cada caso.

Posteriormente, foi verificado o grau de concordância entre os avaliadores.

6. Processamento e análise dos dados

Os dados foram examinados com base nas avaliações independentes da entrevistadora e da auxiliar de pesquisa, com o uso do Formulário para a Tomada de Decisão (FTD). A seguir, foram processados utilizando-se a estatística kappa do programa STATA (1992).

Os mesmos passos foram seguidos a partir das avaliações independentes dos juízes, através da estatística kappa, para avaliar também o grau de concordância entre os mesmos e a entrevistadora e entre eles.

Tais comparações, feitas através da estatística kappa, foram as seguintes:

E-A
E-J1
E-J2
J1-J2
E-J1-J2,

em que: E = entrevistadora,
A = auxiliar de pesquisa;
J1 = primeiro juiz;
J2 = segundo juiz.

Já para avaliar os resultados de um modo geral, levou-se em conta que a medida de concordância (estatística kappa) pode adquirir valores escalares de 0 (zero) a 1. Para medidas intermediárias, foi utilizada a interpretação seguida por Landis & Koch, no manual STATA (1992, p.352):

* Vide, no Anexo I, a qualificação dos juízes.

Valor	Interpretação
abaixo de 0,0	mau
0,00 – 0,20	leve
0,21 – 0,40	regular
0,41 – 0,60	moderado
0,61 – 0,80	substancial
0,81 – 1,00	quase perfeito

7. Aspectos éticos

A natureza do trabalho desenvolvido foi explicitada em carta (vide Anexo A) enviada a possíveis informantes, sendo que foi garantido o sigilo sobre os dados obtidos.

No contato telefônico posterior, toda dúvida procurou ser resolvida, reiterando-se que qualquer informação obtida teria caráter confidencial. Tais informações foram reforçadas no início da entrevista, quando, então, se solicitou o consentimento informado, com a assinatura dos presentes, conforme modelo do Anexo B.

Previamente, decidiu-se que, caso fossem observados, no decorrer da entrevista, sintomas (no/s informante/s) sugestivos de mobilização afetiva excessiva, que pudesse comprometer o andamento científico da coleta de dados e o bem-estar dos sobreviventes, o trabalho seria suspenso, e o/s informante/s receberia/m a orientação adequada e/ou a indicação do local onde deveria/m comparecer para receber assistência apropriada.

Esforço especial foi desenvolvido no sentido de que as auxiliares de pesquisa mantivessem, no local de coleta de dados e fora dele, uma atitude ética adequada.

Este projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Capítulo IV

RESULTADOS

1. Características demográficas dos casos de suicídio em estudo

Quanto às características demográficas dos casos de suicídio, pode-se observar, no Quadro 17 (vide Quadro A-8, para informações mais detalhadas), que a predominância foi de sujeitos do sexo masculino, com idade média de 39,7 anos (DP = 16,7), sendo a maioria dos sujeitos de cor branca, solteiros, com 1º grau incompleto, declarando-se católicos, em geral não-praticantes. Em relação à ocupação, nota-se que, embora trabalho especializado seja mais freqüente que o não-especializado, se equipara à soma de desempregados e aposentados.

Quadro 17. Sumário das características demográficas dos casos de suicídio (N = 21)

Sexo		Escolaridade	
Masculino	15	1º grau incompleto	11
Feminino	6	1º grau completo	2
Idade (anos)		2º grau incompleto	3
Mínima	16	2º grau completo	3
Máxima	77	3º grau completo	1
Média	39,7	Sem escolaridade (alfabetizado)	1
Desvio padrão	16,7	Situação ocupacional	
Cor		Trabalho especializado	8
Branca	18	Desemprego	6
Parda	3	Trabalho não especializado	5
Estado civil		Aposentadoria	2
Solteiro	13*	Religião	
Casado	4**	Católica	13****
Separado	2***	Sem religião	3
Viúvo	2***	Umbanda	2
		Assembléia de Deus	1*****
		Espírita	1
		Não especificada	1

* Cinco com parceiro estável.

** Dois sem vínculo marital.

*** Um com parceiro estável.

**** Doze não praticantes.

***** Não praticante.

2. Características das ocorrências de morte dos casos de suicídio em estudo

Quanto às características da ocorrência de morte dos casos de suicídio (vide Quadro 18 e Quadro A-8, para informações mais detalhadas), a maioria dos casos foi registrada em Porto Alegre, acontecendo mais freqüentemente na própria residência, por enforcamento. A estação do ano em que predominaram as mortes deste estudo foi a primavera, e o dia da semana em que mais freqüentemente se verificou o fato foi na segunda-feira, principalmente à noite.

Quadro 18. Sumário das características da ocorrência de morte dos casos de suicídio (N = 21)

Localização geográfica da ocorrência do fato	Nº de casos	Dia da semana	Nº de casos
Porto Alegre	9	Segunda-feira	6
São Leopoldo	6	Sexta-feira	4
Viamão	5	Sábado	3
Sapucaia do Sul	1	Terça-feira	2
		Quinta-feira	2
		Quarta-feira	2
		Domingo	1
		Ignorado	1
Método		Local de ocorrência do fato	
Enforcamento	10*	Residência	15
Arma de fogo	9**	Local de trabalho	2
Queda	2***	Prédio diferente da própria moradia	2
		Rua	2
Época do ano		Horário	
Primavera	7	Principio da noite ou madrugada	11
Inverno	5	Pela manhã	5
Verão	4	Pela tarde	4
Outono	4	Ignorado	1

* Três do sexo feminino.

** Um do sexo feminino.

***Dois do sexo feminino.

3. Características clínicas dos casos de suicídio em estudo

Quanto às características clínicas dos casos de suicídio, pode-se observar, no Quadro 19, que a predominância foi traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade de humor, problemas no relacionameto familiar, história familiar de doença psiquiátrica, traços ou sintomas de depressão, história familiar de suicídio e dependência do álcool.

Quadro 19. Características clínicas dos casos estudados, usualmente consideradas na avaliação de fatores de risco de suicídio

Fatores de risco de suicídio	Nº de casos
Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade de humor	21
Problemas no relacionamento familiar	21
História familiar de doença psiquiátrica	17
Traços ou sintomas de depressão	16*
História familiar de suicídio	11
Dependência do álcool	10**
Sintomas psicóticos	6**
Comportamento suicida anterior	4
Doença física	4
Dependências de outras substâncias	2**
Sintomas de transtorno de personalidade anti-social	2**
Sintomas de transtorno de conduta	1

* Dez com possível co-morbidade.

** Com possível co-morbidade.

4. Informações gerais sobre as entrevistas

Para os 21 casos em estudo, conforme Quadro 20, foi possível entrevistar 42 pessoas, num total de 25 entrevistas. A maioria das entrevistas, por escolha dos informantes, foi realizada na residência dos entrevistados, participando, predominantemente, um só informante, adulto e com vínculo marital. A duração das entrevistas variou de 53 minutos a 1 hora e 50 minutos.

Quadro 20. Informações gerais sobre as entrevistas

Número de entrevistas	Número de casos
1	17
2	4
Número de entrevistas	Número de informantes
1	5
3	3
7	2
14	1
Período etário dos informantes	Número de informantes
Idade adulta	39
Infância	2
Adolescência	1
Tipo de vínculo dos informantes	Número de informantes
Cônjuge ou companheiro	10
Progenitor/a	7
Irmão/ã	7
Filho/a	7
Amigo/a	5
Sobrinha	2
Genro/nora	2
Chefe	1
Médico psiquiatra	1
Local da entrevista	Número de entrevistas
Residência do informante	21
Consultório da entrevistadora	4
Duração da entrevista	Tempo (em minutos)
Tempo mínimo	53
Tempo máximo	110
Tempo médio	81

5. Resultados da avaliação dos juízes* com base no Formulário para a Tomada de Decisão (FTD)

Para calcular a medida de concordância inter-avaliadores, foi utilizada a estatística kappa, conforme esquema constante na página 188. Quando não foi possível utilizar a estatística kappa, foi examinado o percentual de concordância. Os resultados da medida de concordância, em cada um dos passos constituintes dos quatro módulos da ESAP, podem ser observados na Tabela 51, no final deste capítulo.

5.1. Primeiro módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação dos precipitadores e/ou estressores

5.1.1. Passo 1 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores

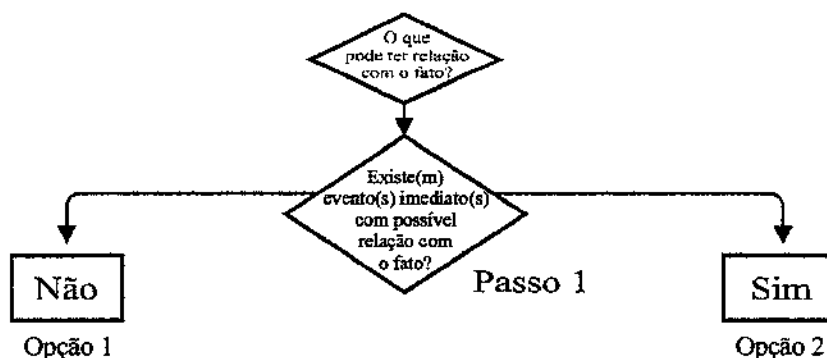


Figura 4
Representação do Passo 1 do primeiro módulo da ESAP

* Entenda-se por juízes a entrevistadora, a auxiliar de pesquisa na função de observadora, o primeiro e o segundo juiz.

Quadro 21. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do primeiro módulo da ESAP

Caso n ^{o*}	E ^{**}	A ^{***}	J1 ^{****}	J2 ^{*****}
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

O **Passo 1** consiste na pergunta - “existe(m) evento(s) imediato(s) com possível relação com o fato?” -, com opção dicotômica de resposta. Para este passo, todos os avaliadores registraram, conforme o Quadro 21, a resposta “sim”. Portanto, poderia se dizer que há concordância total entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1), a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2), o primeiro e o segundo juiz (J1-J2), bem como entre a entrevistadora, o primeiro e o segundo juiz (E-J1-J2). Contudo, o programa STATA utilizado para o processamento dos dados, em casos como esse (em que não há variabilidade nos julgamentos), não processa a estatística kappa. Entretanto, pode-se pressupor que essa concordância total (100,0%) corresponderia a um valor máximo de kappa ($Kappa = 1$) que pode ser interpretado, como foi sugerido por Landis & Koch, citados no manual STATA (1992), como uma concordância “*quase perfeita*” (p.352).

* Número pelo qual os casos foram identificados nas entrevistas e no inquérito policial respectivo.

** Entende-se por E = entrevistadora.

*** Entende-se por A = auxiliar de pesquisa.

**** Entende-se por J1 = primeiro juiz.

***** Entende-se por J2 = segundo juiz.

5.1.2. Passo 2 do primeiro módulo da ESAP

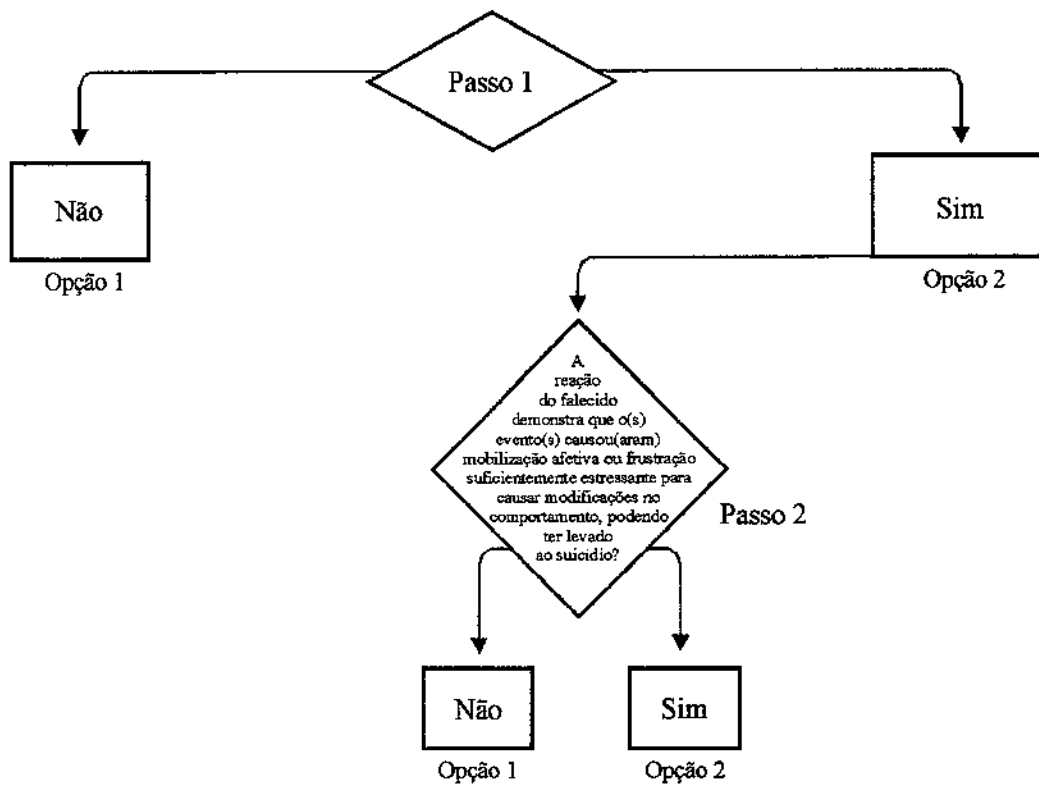


Figura 5
Representação do Passo 2 do primeiro módulo da ESAP

Quadro 22. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do primeiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

O Passo 2 do primeiro módulo da ESAP consiste na pergunta - “a reação do falecido demonstra que o(s) evento(s) causou(aram) mobilização afetiva ou frustração suficientemente estressante para causar modificações no comportamento, podendo ter levado ao suicídio?” -, com opção dicotômica de resposta. Exatamente como no Passo 1, verificou-se concordância total entre todos os avaliadores (vide Quadro 22), novamente podendo-se interpretar tal achado, segundo os autores anteriormente citados, como uma concordância “*quase perfeita*”, ou seja, Kappa = 1.

5.1.3. Passo 3 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores

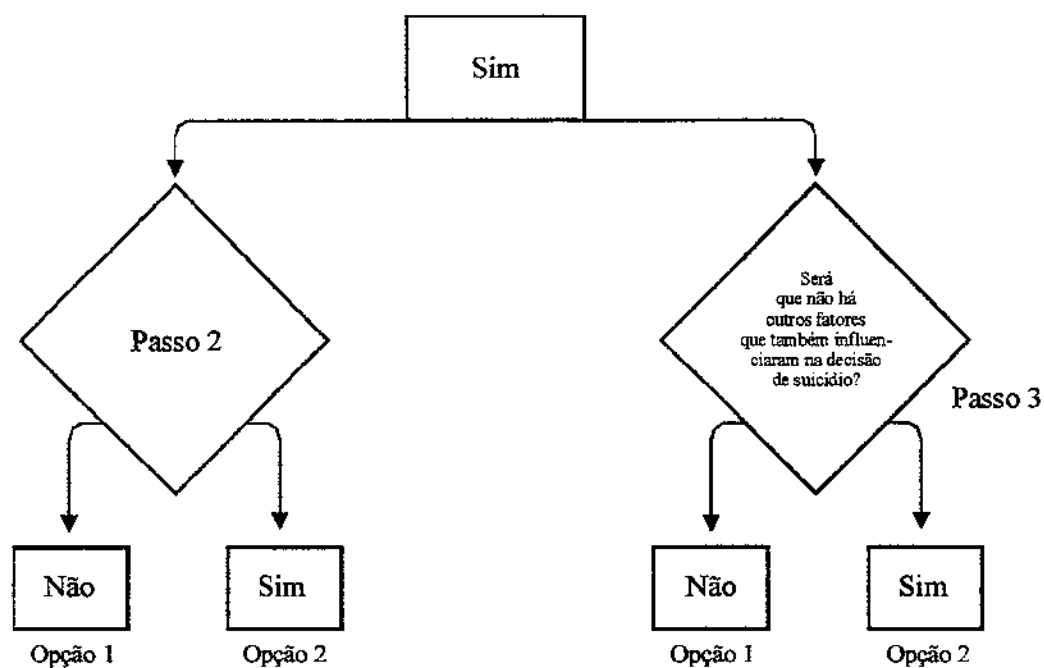


Figura 6
Representação do Passo 3 do primeiro módulo da ESAP

Quadro 23. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do primeiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	1	1	1	2
2	1	1	1	2
3	1	1	1	2
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	2
7	1	1	1	1
8	1	1	1	1
9	1	1	1	2
10	1	1	1	2
11	1	1	1	2
12	1	1	1	2
13	1	1	1	2
14	1	1	1	2
15	1	1	1	2
16	1	1	1	2
17	1	1	2	2
18	1	1	1	1
19	1	1	1	2
20	1	1	1	1
21	1	1	1	2

Continuando o desdobramento do esquema de decisão, o **Passo 3** consiste na pergunta - “será que não há outros fatores que também influenciaram na decisão de suicídio?” -, também com duas alternativas de resposta (“sim” e “não”). Para este passo verificou-se que, entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1) e entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2), como já foi mencionado, o programa STATA utilizado para o processamento dos dados como esses, em que não há variabilidade nos julgamentos (vide Quadro 23), não processa a estatística kappa. Contudo, é possível verificar, em relação ao julgamento da entrevistadora e da auxiliar, que houve concordância total como nos Passos 1 e 2, podendo se interpretar tal achado como uma concordância “quase perfeita”. Em relação ao julgamento da entrevistadora e o primeiro juiz (vide Tabela 23), houve 95,2% de concordância, mas, entre a entrevistadora e o segundo juiz (vide Tabela 24), a concordância nos julgamentos foi de apenas 28,6%.

Tabela 23. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 3 do primeiro módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora				Total
		1	%	2	%	
Juiz 1	1	20	95,2			20
	2	1	4,8			1
	Total	21	100,0			21

Tabela 24. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 3 do primeiro módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora				Total
		1	%	2	%	
Juiz 2	1	6	28,6			6
	2	15	71,4			15
	Total	21	100,0			21

Por outro lado, utilizando-se a estatística kappa para os julgamentos entre o primeiro juiz e o segundo juiz (J1-J2) e entre a entrevistadora e o primeiro e segundo juiz (E-J1-J2), os resultados foram (vide Tabela 25):

Tabela 25. Sumário do resultado da medida de concordância entre J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 3 do primeiro módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
J1-J2	0,039	0,5170
E-J1-J2	-0,2466	0,9792

Tais valores de kappa podem ser interpretados como não satisfatórios, pois não foram estatisticamente significantes.

5.1.4. Passo 4 do primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores

O Passo 4 do esquema de decisão consiste na determinação da conclusão final da avaliação do módulo precipitadores e/ou estressores com duas alternativas, como se vê a seguir:

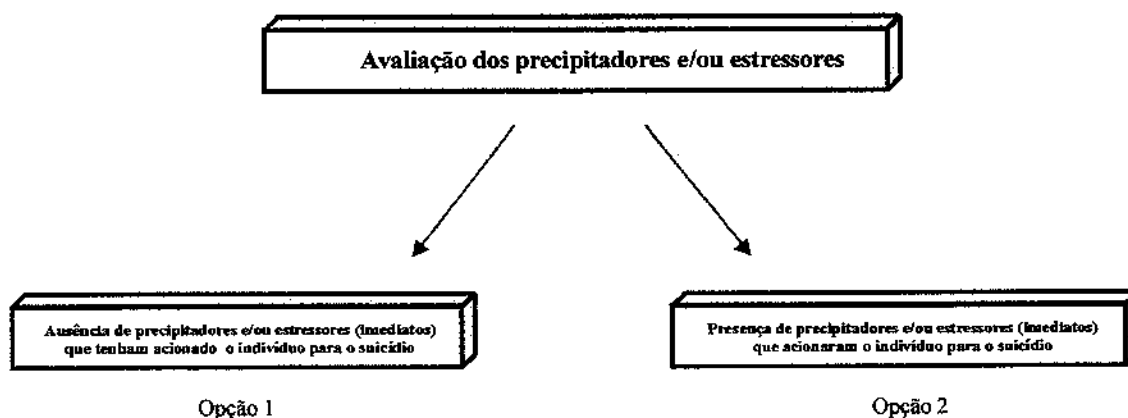


Figura 7
Representação do Passo 4 do primeiro módulo da ESAP

Quadro 24. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do primeiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

Constatou-se, neste passo, concordância total (100,0%) entre todos os avaliadores (vide Quadro 24). Cabe lembrar, como já foi mencionado, que, em casos como esses (em que não há variabilidade nos julgamentos), o programa STATA utilizado para o processamento dos dados não processa a estatística kappa. Entretanto, pode-se pressupor que essa concordância total entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 corresponderia a um valor máximo de kappa ($Kappa = 1$), podendo ser interpretado como uma concordância “quase perfeita”, no que se refere à **avaliação dos precipitadores e/ou estressores** da ESAP.

5.2. Segundo módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação da motivação

5.2.1. Passo 1 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

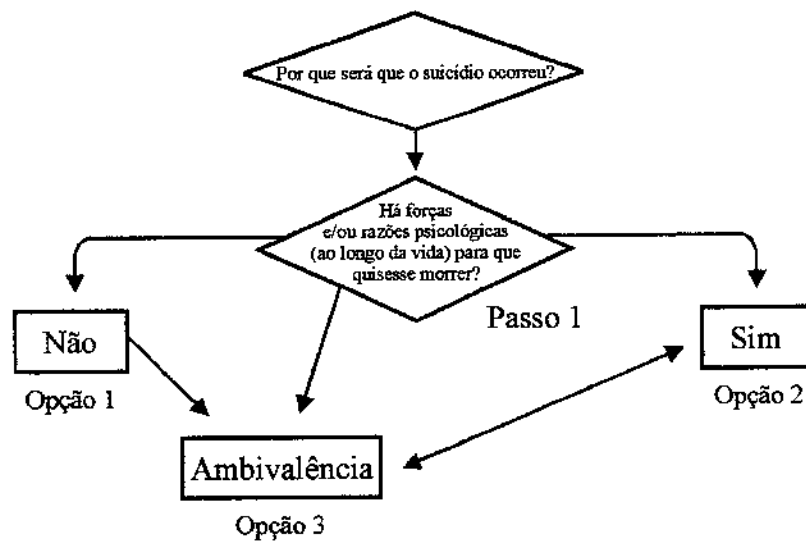


Figura 8
Representação do Passo 1 do segundo módulo da ESAP

Quadro 25. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do segundo módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	3
2	2	2	3	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	3
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	3	3	3	1
9	3	2	2	3
10	2	2	2	1
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	3	3	3	2
14	2	2	2	3
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	1	1	1	1
19	2	2	2	2
20	1	1	1	1
21	2	2	2	2

O Passo 1 deste segundo módulo consiste na pergunta - “há forças e/ou razões psicológicas (ao longo da vida) para que quisesse morrer?” -, com três opções de resposta (“não”, “sim” e “ambivalência”). Para este passo, utilizando a estatística kappa, o resultado da avaliação pode ser observado na Tabela 26.

Tabela 26. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 1 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	0,868	<0,001
E-J1	0,868	<0,001
E-J2	0,279	0,061
J1-J2	0,211	0,175
E-J1-J2	0,409	<0,0001

Considerando que a medida de concordância pode variar entre 0 (zero), “quando a concordância é aquela que se esperaria que fosse observada por acaso, e 1, quando existe uma concordância perfeita” (STATA, 1992, p.352), aqui – Passo 1 do segundo módulo da ESAP –, foram encontrados valores intermediários. Assim, os valores de kappa encontrados entre a entrevistadora e a auxiliar ($Kappa = 0,87$; $p < 0,001$) e entre a entrevistadora e o primeiro juiz ($Kappa = 0,87$; $p < 0,001$) podem ser interpretados, conforme Landis & Koch, citados no manual STATA (1992), como um grau de concordância “quase perfeito”. Ainda, entre a entrevistadora e o primeiro e o segundo juiz, o valor encontrado ($Kappa = 0,41$; $p < 0,0001$) pode ser interpretado como um grau de concordância “moderado”, todos estatisticamente significantes. Entretanto, para os julgamentos entre a entrevistadora e o segundo juiz ($Kappa = 0,28$; $p = 0,061$) e entre o primeiro e o segundo juiz ($Kappa = 0,21$; $p = 0,175$), os valores podem ser interpretados como não satisfatórios, pois não foram estatisticamente significantes.

5.2.2. Passo 2 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

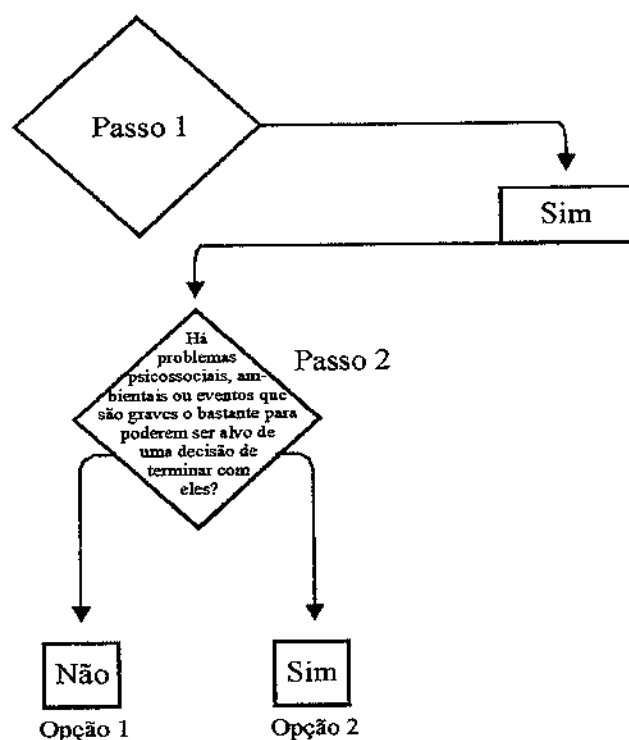


Figura 9
Representação do Passo 2 segundo módulo da ESAP

Quadro 26. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do segundo módulo da ESAP

Caso n°	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	2	2	2	2
10	2	2	2	0
11	2	2	2	2
12	2	2	1	1
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	2	2	2	2
20	0	0	0	0
21	2	2	2	2

O **Passo 2** do segundo módulo da ESAP consiste na pergunta - “há problemas psicossociais, ambientais ou eventos que são graves o bastante para poderem ser alvo de uma decisão de terminar com eles?” -, com três opções de resposta: “não”, “sim” e “não se aplica”. A resposta “não se aplica”, identificada como 0 (zero) foi utilizada quando o avaliador, respondendo “não” no Passo 1, não chegou a atingir o Passo 2 (que seria um desdobramento da resposta “sim”).

Para este passo, verificou-se que, entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), entre a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1) e entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2), o programa STATA utilizado para o processamento dos dados, em casos como esses (vide Quadro 26), em que os dados não se distribuem numa tabela simétrica de 2x2, a estatística kappa não pode ser calculada. Contudo, pode-se observar que, entre a entrevistadora e a auxiliar (vide Quadro 26), houve concordância total de 100,0% novamente, podendo tal achado ser interpretado como uma concordância “*quase perfeita*”. Em relação ao julgamento entre a entrevistadora e o primeiro juiz, houve 95,2% ($9,5\% = 85,7\%$) de

concordância (vide Tabela 27), e, entre a entrevistadora e o segundo juiz, 81,7% (9,5% + 72,2%) de concordância (vide Tabela 28).

Tabela 27. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 2 do segundo módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora				Total
		0	%	1	%	
Juiz 1	0	2	9,5			2
	1				4,8	1
	2				85,7	18
	Total	2	9,5		90,5	21

Tabela 28. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 2 do segundo módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora				Total
		0	%	1	%	
Juiz 2	0	2	9,5		9,5	4
	1				4,5	1
	2				72,2	16
	Total	2	9,5		86,2	21

Por outro lado, utilizando-se a estatística kappa para os julgamentos entre o primeiro e o segundo juiz e entre a entrevistadora e o primeiro e o segundo juiz, os resultados foram (vide Tabela 29):

Tabela 29. Sumário do resultado da medida de concordância entre J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 2 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
J1-J2	0,708	<0,001
E-J1-J2	0,6538	<0,0001

Tais valores de kappa podem ser considerados significativos, podendo ser interpretados, conforme sugestão dos autores anteriormente citados, como um grau de concordância “*substancial*” (Kappa = 0,71; $p < 0,001$ e Kappa = 0,65; $p < 0,0001$).

5.2.3. Passo 3 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

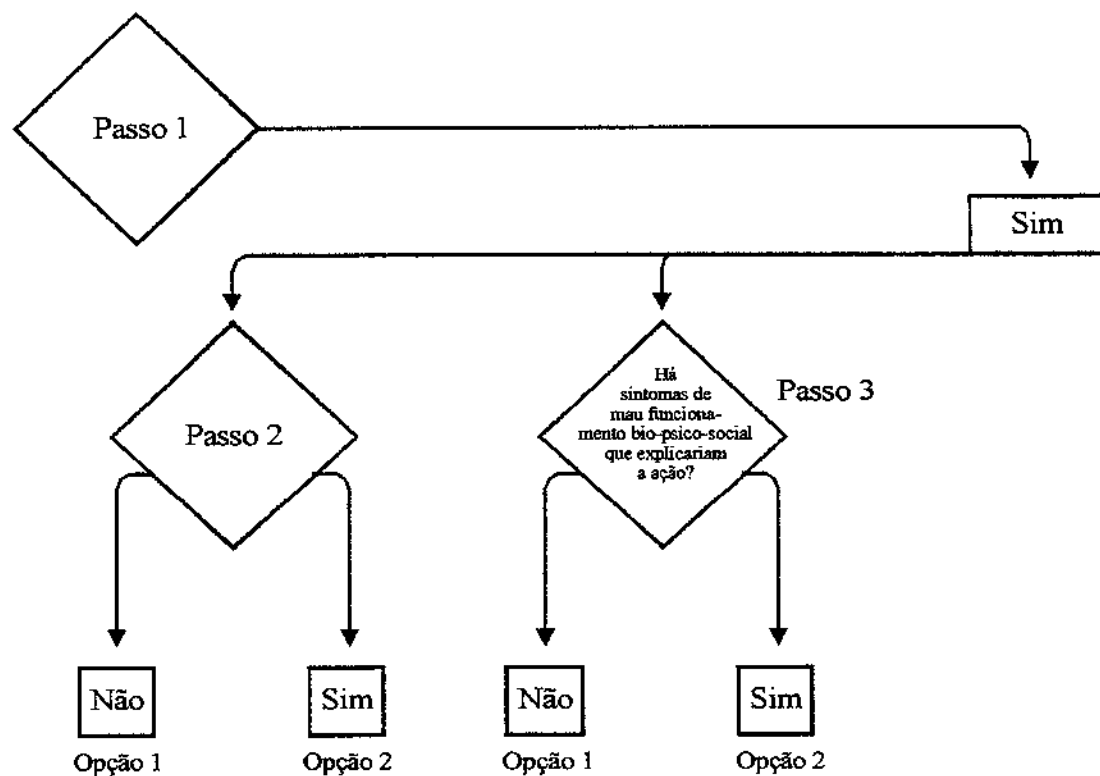


Figura 10
Representação do Passo 3 do segundo módulo da ESAP

Quadro 27. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do segundo módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	1
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	2	2	2	1
10	2	2	2	0
11	2	2	2	2
12	1	1	1	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	2	2	2	2
20	0	0	0	0
21	2	2	2	2

O **Passo 3** do segundo módulo da ESAP consiste na pergunta - “há sintomas de mau funcionamento bio-psico-social que explicariam a ação?” -, com três opções de resposta: “não”, “sim” e “não se aplica”. Como no caso anterior, a alternativa “não se aplica” foi utilizada quando o avaliador respondeu “não” no passo 1.

Neste Passo 3, utilizando a estatística kappa, o resultado da avaliação inter-avaliadores pode ser observada na Tabela 30.

Tabela 30. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 3 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,348	0,028
J1-J2	0,348	0,028
E-J1-J2	0,5109	<0,0001

Como pode se observar, os valores do kappa encontrados são estatisticamente significantes. Podem ser interpretados, conforme os autores anteriormente citados, como alcançando um grau de concordância “*quase perfeita*” (Kappa = 1; $p < 0,001$), “*regular*” (Kappa = 0,35; $p < 0,028$) e “*moderada*” (Kappa = 0,51; $p < 0,0001$).

5.2.4. Passo 4 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

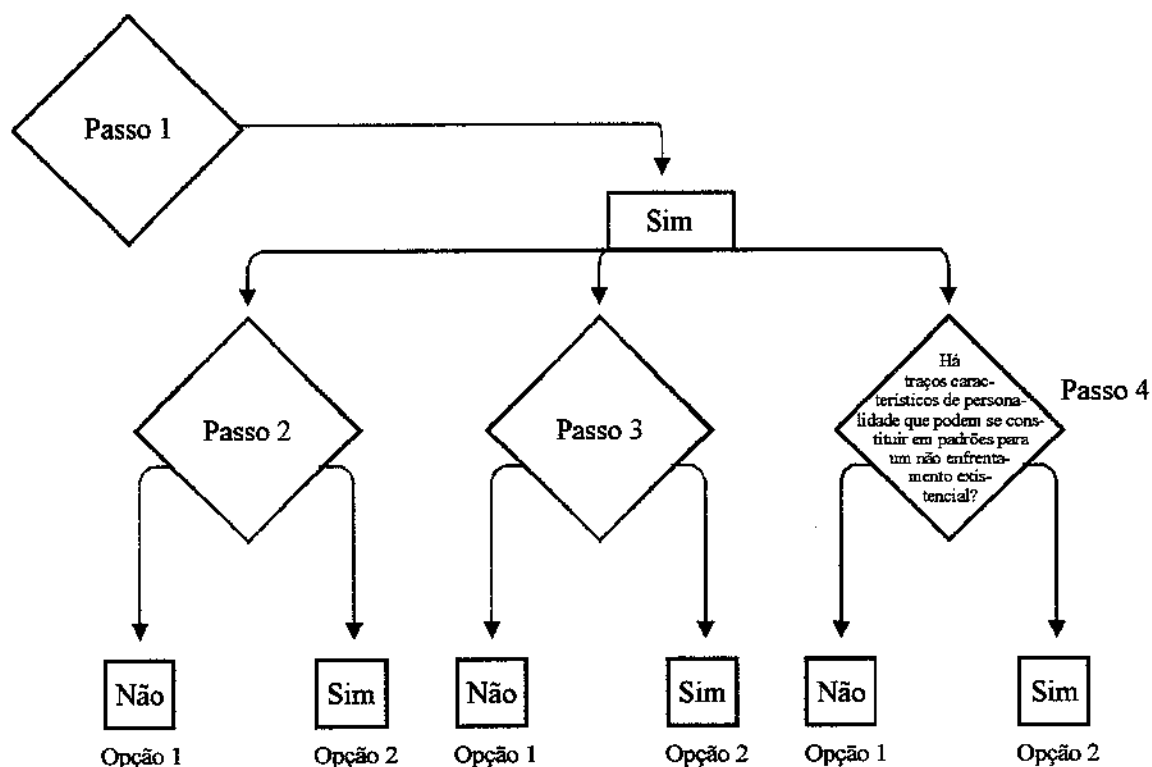


Figura 11
Representação do Passo 4 do segundo módulo da ESAP

Quadro 28. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do segundo módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	1	1	2	1
10	2	2	2	0
11	2	2	2	2
12	2	2	2	1
13	2	2	2	2
14	2	2	2	1
15	2	2	2	1
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	2	2	2	1
20	0	0	0	0
21	2	2	2	2

O **Passo 4** do segundo módulo da ESAP consiste na pergunta - “há traços característicos de personalidade que podem se constituir em padrões para um não-enfrentamento existencial?” -, com três opções de resposta: “não”, “sim” e “não se aplica”. Como nos dois casos anteriores, a alternativa “não se aplica” foi utilizada quando o avaliador respondeu “não” no Passo 1.

Neste Passo 4, constatou-se que, entre a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1) e entre o primeiro e o segundo juiz (J1-J2), o programa STATA utilizado para o processamento dos dados em casos como esses, em que os dados não se distribuem numa tabela simétrica de 2x2, a estatística kappa não pode ser calculada. Contudo, pode-se observar que, entre os julgamentos da entrevistadora e o primeiro juiz (vide Tabela 31), houve concordância de 95,2% e, entre o primeiro e o segundo juiz, 66,6% de concordância (vide Tabela 32).

Tabela 31. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 4 do segundo módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora						Total
		0	%	1	%	2	%	
Juiz 1	0	2	9,5					2
	1							
	2			1	4,8	18	85,7	19
	Total	2	9,5		4,8	18	85,7	21

Tabela 32. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (J1-J2) para o Passo 4 do segundo módulo da ESAP

	Opção e %	Juiz 1						Total
		0	%	1	%	2	%	
Juiz 2	0	2	9,5					2
	1							
	2	2	9,5	5	23,8	12	57,1	19
	Total	4	19,0	5	23,8	12	57,1	21

Ainda para este passo, utilizando a estatística kappa, o resultado da avaliação entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2) e entre a entrevistadora e o primeiro e segundo juiz (E-J1-J2), foi o seguinte:

Tabela 33. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J2 e E-J1-J2 no Passo 4 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J2	0,406	0,002
E-J1-J2	0,3992	<0,0001

Tais valores de kappa são estatisticamente significantes e podem ser interpretados, conforme os autores citados anteriormente, como um grau de concordância “moderado” (Kappa = 0,41; p = 0,002) e “regular” (Kappa = 0,40; p < 0,0001).

5.2.5. Passo 5 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

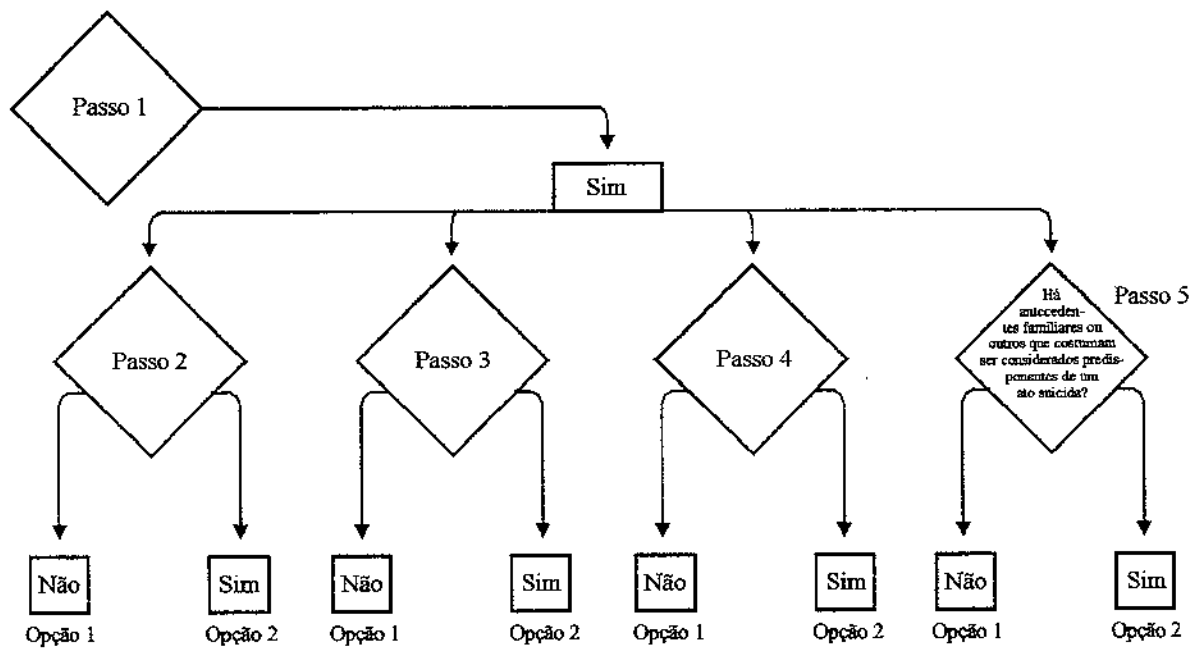


Figura 12
Representação do Passo 5 do segundo módulo da ESAP

Quadro 29. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 5 do segundo módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	1
3	2	2	2	2
4	2	2	2	1
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	2	2	2	2
10	2	2	2	0
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	1	1	1	1
20	0	0	0	0
21	2	2	2	2

O **Passo 5** do segundo módulo da ESAP consiste na pergunta - “há antecedentes familiares ou outros que costumam ser considerados predisponentes de um ato suicida?” -, com três opções de resposta: “não”, “sim” e “não se aplica”. Neste passo, utilizando a estatística kappa, o resultado da avaliação inter-avaliadores pode ser observada na Tabela 34.

Tabela 34. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 5 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,5280	<0,001
J1-J2	0,5280	<0,001
E-J1-J2	0,6348	<0,0001

Como pode se observar, os valores do kappa encontrados são estatisticamente significantes. Podem ser interpretados, conforme os autores anteriormente citados, como alcançando um grau de concordância “quase perfeita” ($Kappa = 1$; $p < 0,001$), “moderada” ($Kappa = 0,53$; $p < 0,001$) e “substancial” ($Kappa = 0,63$; $p < 0,0001$).

5.2.6. Passo 6 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

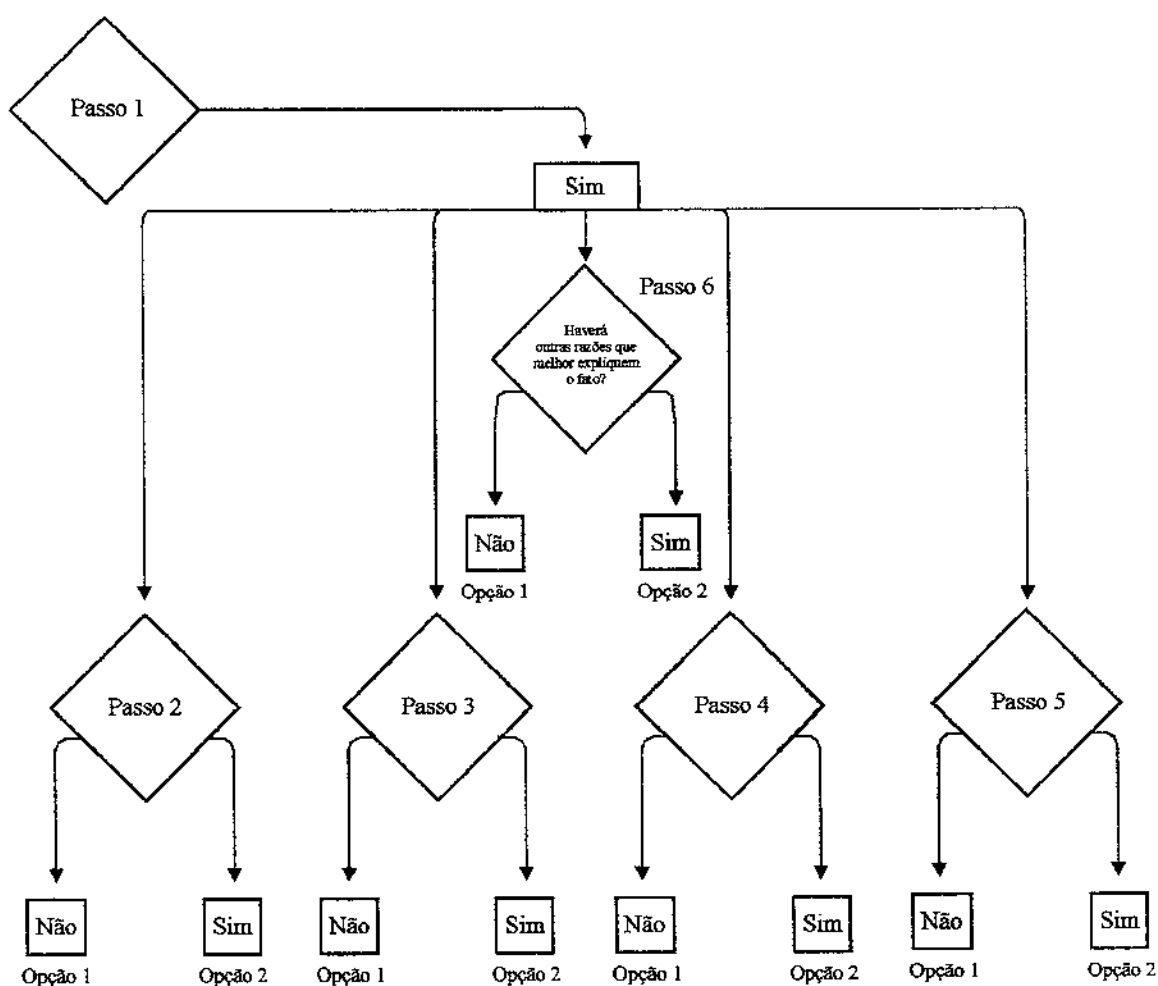


Figura 13
Representação do Passo 6 do segundo módulo da ESAP

Quadro 30. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 6 do segundo módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	1	1	0
9	1	1	1	1
10	1	1	1	0
11	1	1	1	1
12	1	1	1	1
13	1	1	1	1
14	1	1	1	1
15	1	1	1	1
16	1	1	1	1
17	1	1	1	1
18	0	0	0	0
19	1	1	1	1
20	0	0	0	0
21	1	1	1	1

O Passo 6 do segundo módulo da ESAP consiste na pergunta - “haverá outras razões que melhor expliquem o fato?” -, com duas opções de respostas: “não” e “não se aplica” (vide explicação do uso da categoria “não se aplica” na p.209 deste capítulo). A outra opção possível, “sim”, não foi assinalada por qualquer avaliador, não sendo, portanto, considerada no processamento de dados.

Para este Passo 6, foi verificado um julgamento inter-avaliadores, conforme se vê a seguir (Tabela 35):

Tabela 35. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 6 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,618	0,002
J1-J2	0,618	0,002
E-J1-J2	0,7136	<0,0001

Como se pode observar, os valores do kappa encontrados são estatisticamente significativos. Podem ser interpretados, segundo os autores anteriormente citados, como um grau de concordância “*quase perfeita*” ($Kappa = 1$; $p < 0,001$) e “*substantial*” ($Kappa = 0,62$; $p = 0,002$ e $Kappa = 0,71$; $p < 0,0001$).

5.2.7. Passo 7 do segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

O Passo 7 do esquema de decisão deste segundo módulo consiste na determinação da conclusão final da avaliação da motivação, com duas alternativas, como se vê a seguir:

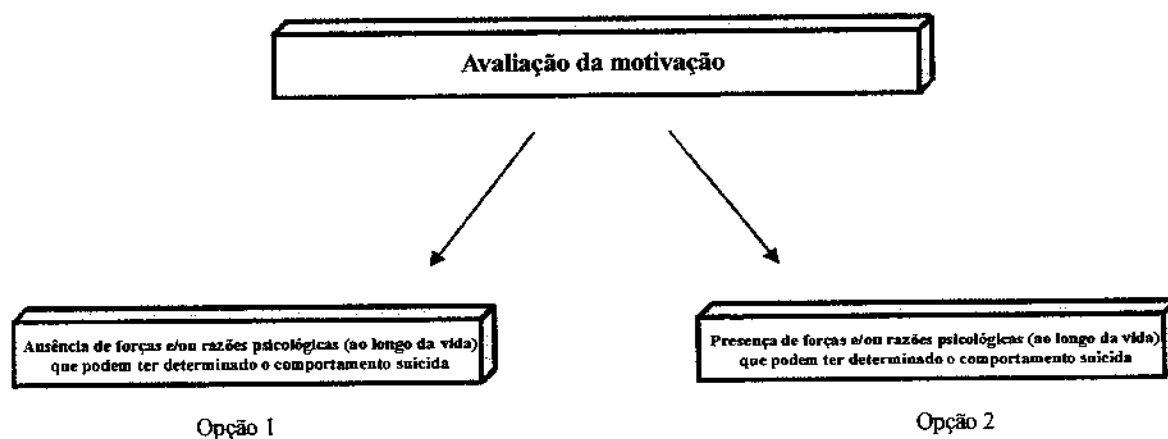


Figura 14
Representação do Passo 7 do segundo módulo da ESAP

Quadro 31. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 7 do segundo módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	1
9	2	2	2	2
10	2	2	2	1
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	1	1	1	1
19	2	2	2	2
20	1	1	1	1
21	2	2	2	2

Para este passo, utilizando a estatística kappa entre os avaliadores, o resultado foi o seguinte (vide Tabela 36):

Tabela 36. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 7 do segundo módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,618	0,002
J1-J2	0,618	0,002
E-J1-J2	0,7136	<0,0001

Esses valores alcançaram um nível de significância estatística e podem ser interpretados como um grau de concordância “*quase perfeita*” (Kappa = 1; $p < 0,001$) e “*substancial*” (Kappa = 0,62; $p = 0,002$ e Kappa = 0,71; $p < 0,0001$), no que se refere à avaliação da motivação na ESAP.

5.3. Terceiro módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação da letalidade

5.3.1. Passo 1 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

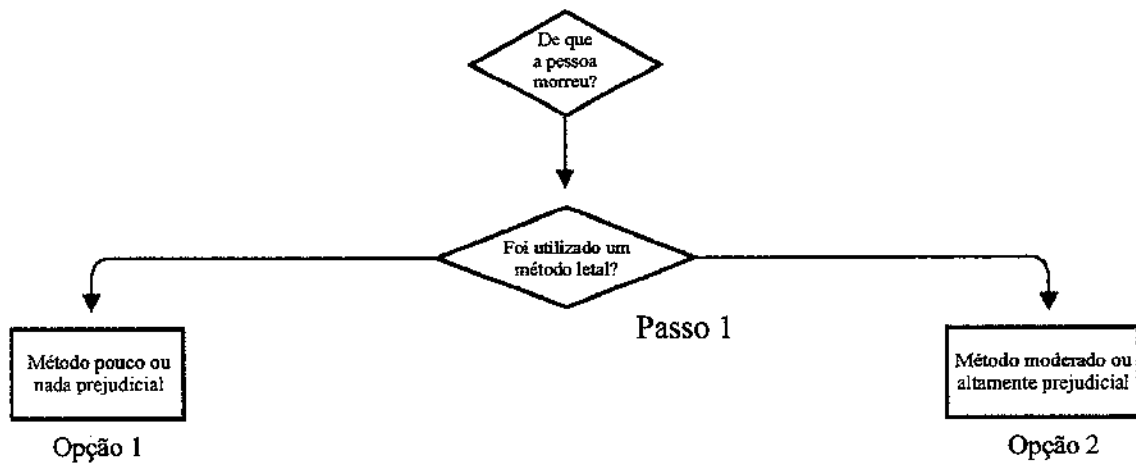


Figura 15
Representação do Passo 1 do terceiro módulo da ESAP

Quadro 32. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do terceiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

O **Passo 1** do terceiro módulo da ESAP consiste na pergunta - “foi utilizado um método letal?” -, com duas opções de respostas sobre a severidade do método.

Os resultados do processamento de dados, relativos a este passo, são apresentados no final deste item 5.3.

5.3.2. Passo 2 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

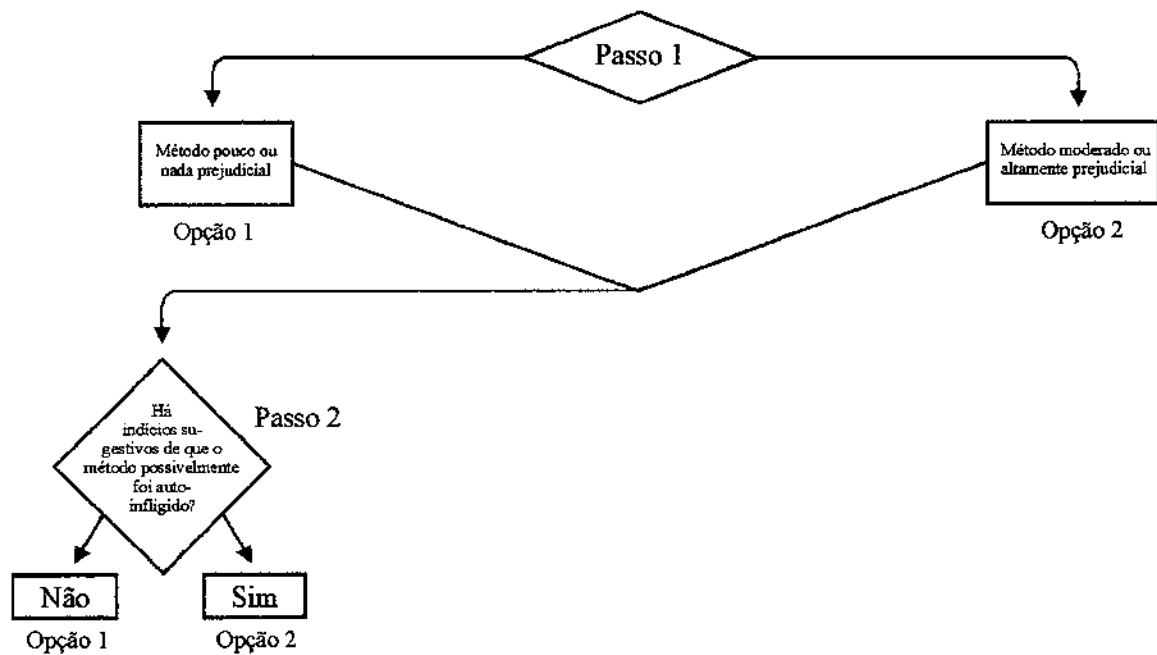


Figura 16
Representação do Passo 2 do terceiro módulo da ESAP

Quadro 33. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do terceiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

Continuando o desdobramento do esquema de decisão, o **Passo 2** consiste na pergunta - “há indícios sugestivos de que o método possivelmente foi auto-infligido?” -, com duas alternativas de resposta, categorizadas como “não” e “sim”. Os resultados do processamento de dados, relativos a este passo, são apresentados no final deste item 5.3.

5.3.2.1. Passo 2a do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

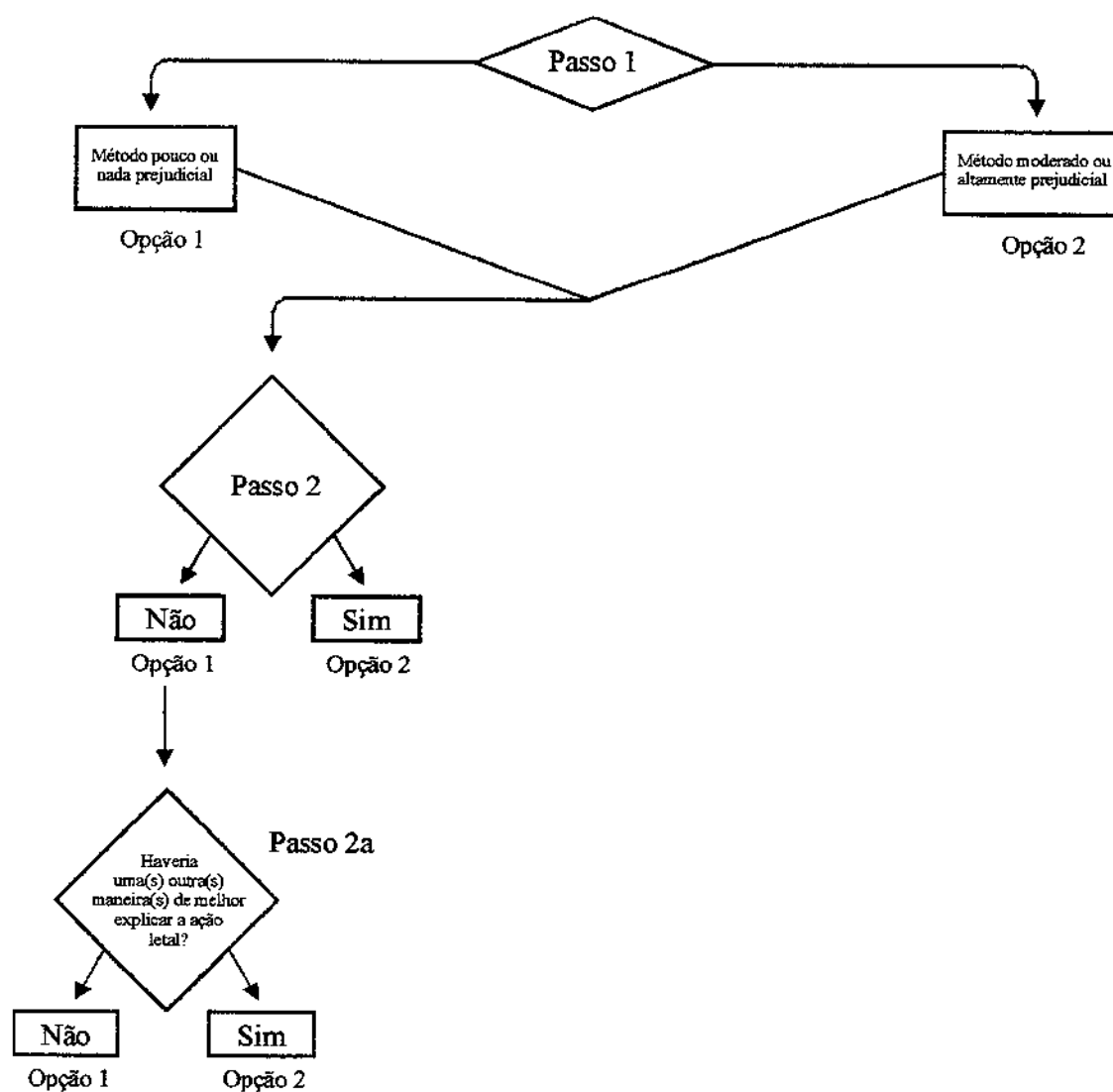


Figura 17
Representação do Passo 2a do terceiro módulo da ESAP

O **Passo 2a** do terceiro módulo da ESAP consiste na pergunta - “haveria uma(s) outras(s) maneira(s) de melhor explicar a ação letal?” -, pressupostamente com duas opções possíveis de respostas, que seriam categorizadas como “não” e “sim”. Este passo não chegou a ser considerado, porque seria um desdobramento da resposta “não” ao Passo 2, que não foi assinalada por qualquer dos avaliadores.

5.3.3. Passo 3 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

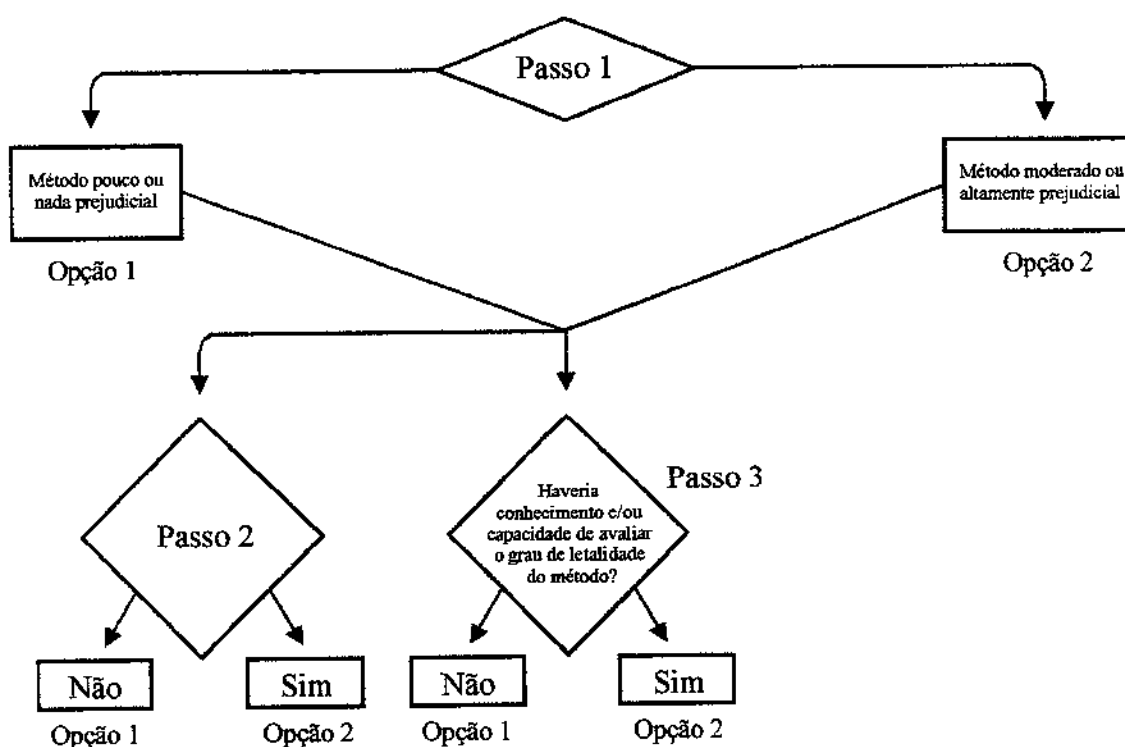


Figura 18
Representação do Passo 3 do terceiro módulo da ESAP

Quadro 34. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do terceiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

O **Passo 3** do terceiro módulo da ESAP consiste na pergunta - “haveria conhecimento e/ou capacidade de avaliar o grau de letalidade do método?” -, com duas opções de resposta, categorizadas como “não” e “sim”. Os resultados do processamento de dados, relativos a este passo, são apresentados no final deste item 5.3.

5.3.4. Passo 4 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

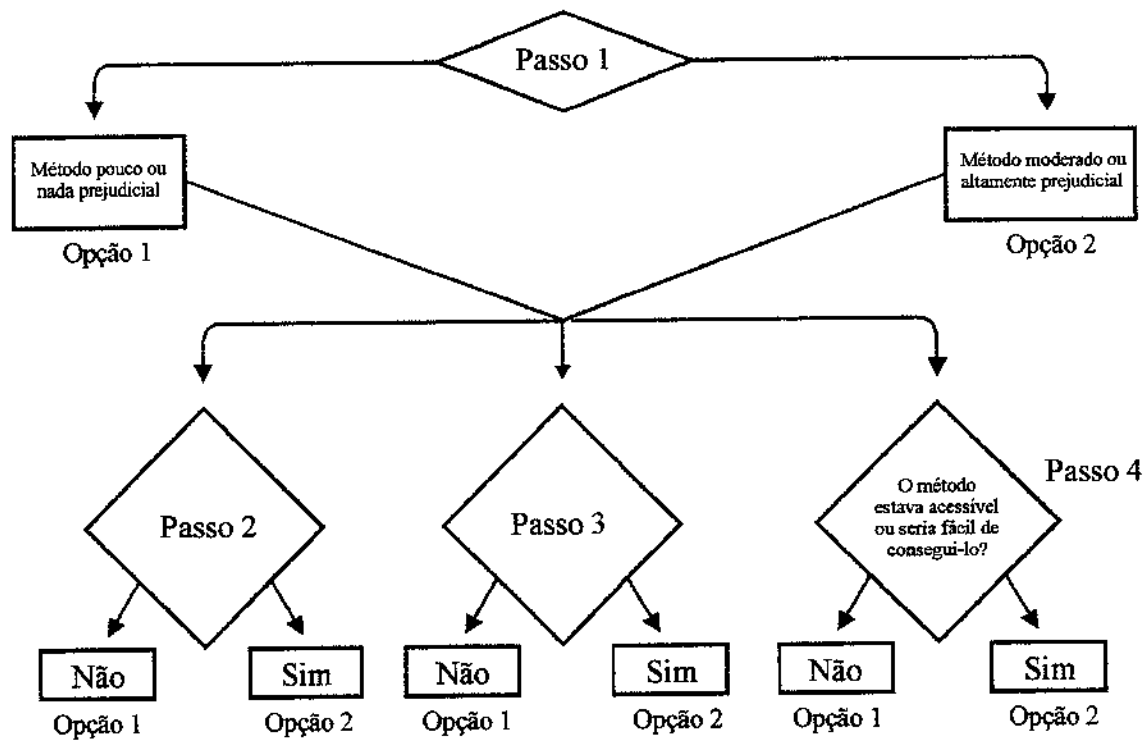


Figura 19
Representação do Passo 4 do terceiro módulo da ESAP

Quadro 35. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do terceiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

O **Passo 4** do terceiro módulo da ESAP consiste na pergunta “o método estava acessível ou seria fácil de consegui-lo?” -, com duas opções de resposta: “não” e “sim”. Como nos passos anteriores, os resultados do processamento de dados são apresentados no final deste item 5.3.

5.3.5. Passo 5 do terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

O **Passo 5** do esquema de decisão consiste na determinação da conclusão final da avaliação do módulo letalidade, com duas alternativas, como se vê a seguir:

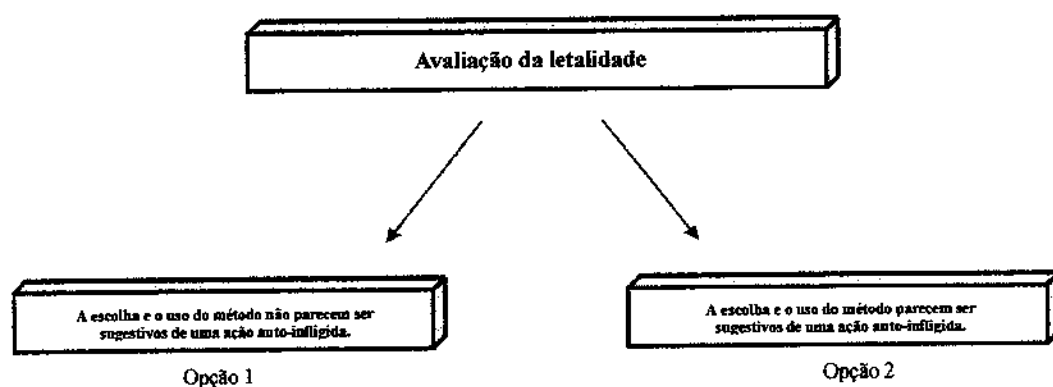


Figura 20
Representação do Passo 5 do terceiro módulo da ESAP

Quadro 36. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 5 do terceiro módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	2
16	2	2	2	2
17	2	2	2	2
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	2

Constatou-se, neste terceiro módulo - avaliação da letalidade -, que, nos Passos 1, 2, 3, 4 e 5, houve concordância total (100,0%) entre todos os avaliadores (vide Quadros 32, 33, 34, 25 e 36), o que corresponde a um valor máximo do kappa, podendo ser interpretado como concordância “*quase perfeita*”, no que se refere à **avaliação da letalidade** na ESAP.

5.4. Quarto módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP): avaliação da intencionalidade

5.4.1. Passo 1 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

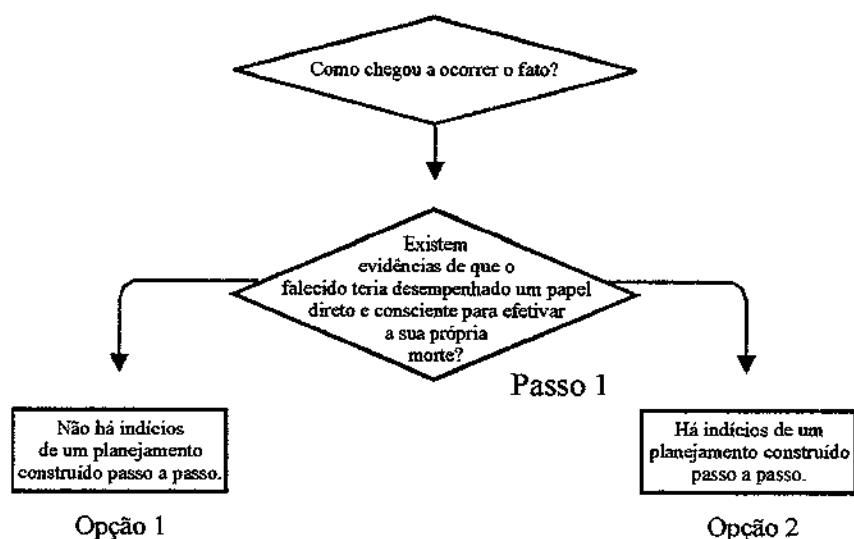


Figura 21
Representação do Passo 1 do quarto módulo da ESAP

Quadro 37. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 1 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	1
4	1	1	1	1
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	1
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	1
16	1	1	1	1
17	2	2	2	2
18	1	1	1	1
19	2	2	2	2
20	2	2	2	1
21	2	2	2	2

O **Passo 1** do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “existem evidências de que o falecido teria desempenhado um papel direto e consciente para efetivar a sua própria morte?” -, com duas opções de respostas sobre a evidência ou não de um planejamento construído passo a passo.

Para este Passo 1, foi verificado o julgamento entre os avaliadores e o grau de concordância através da estatística kappa, conforme a Tabela 37.

Tabela 37. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 1 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,500	0,008
J1-J2	0,500	0,008
E-J1-J2	0,6123	<0,0001

Tais valores do kappa podem ser interpretados como valores “quase perfeito” (Kappa = 1; $p < 0,001$), “substancial” (Kappa = 0,61; $p < 0,0001$) e “moderado” (Kappa = 0,50; $p = 0,008$), sendo todos estatisticamente significantes.

5.4.2. Passo 2 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

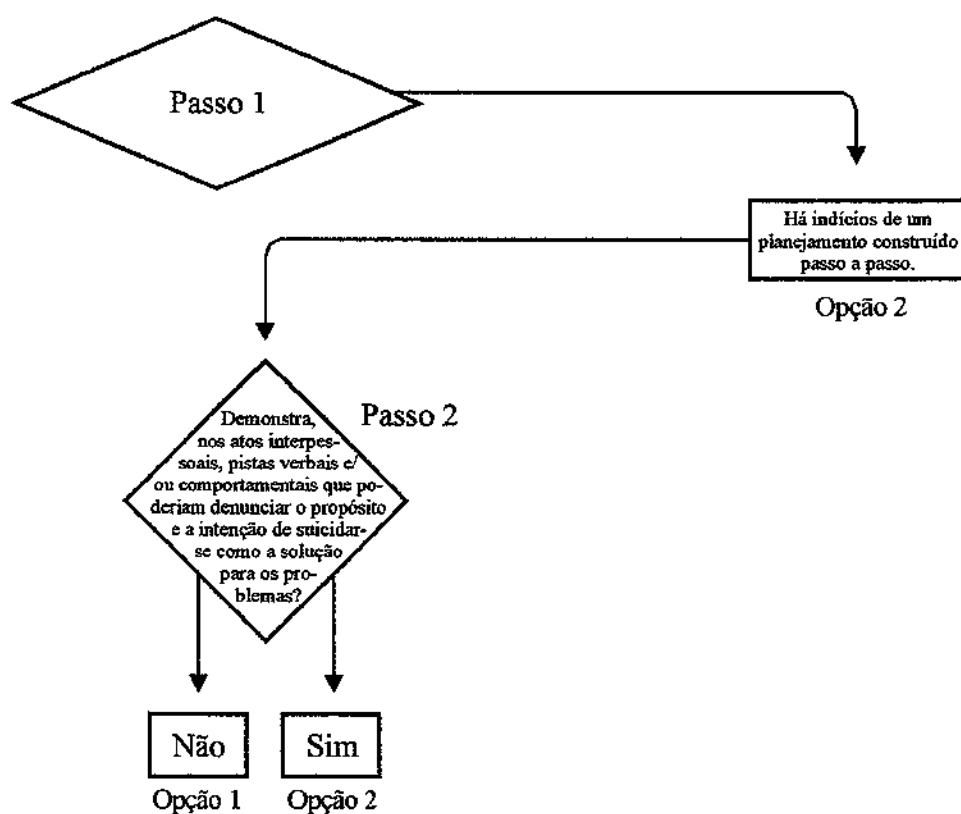


Figura 22
Representação do Passo 2 do quarto módulo da ESAP

Quadro 38. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 2 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	1
2	2	2	2	2
3	2	2	2	0
4	0	0	0	0
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	2	2	2	1
10	2	2	2	1
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	1
15	1	1	1	0
16	0	0	0	0
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	2	2	2	2
20	2	2	2	0
21	2	2	2	2

O Passo 2 do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “demonstra nos atos interpessoais, pistas verbais e/ou comportamentais, que poderiam denunciar o propósito e a intenção de suicidar-se como a solução para os problemas?” -, com três opções de respostas: “não”, “sim” e “não se aplica” (vide explicação da categoria “não se aplica” na p.209 deste capítulo). Neste passo, utilizando a estatística kappa, o resultado da avaliação inter-avaliadores pode ser observada na Tabela 38.

Tabela 38. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 2 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,317	0,018
J1-J2	0,317	0,018
E-J1-J2	0,5711	<0,0001

Como pode se observar, os valores do kappa encontrados são estatisticamente significantes. Podem ser interpretados, conforme os autores anteriormente citados, como alcançando um grau de concordância “*quase perfeito*” ($Kappa = 1$; $p < 0,001$), “*regular*” ($Kappa = 0,32$; $p = 0,018$) e “*moderado*” ($Kappa = 0,57$; $p < 0,0001$).

5.4.3. Passo 3 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

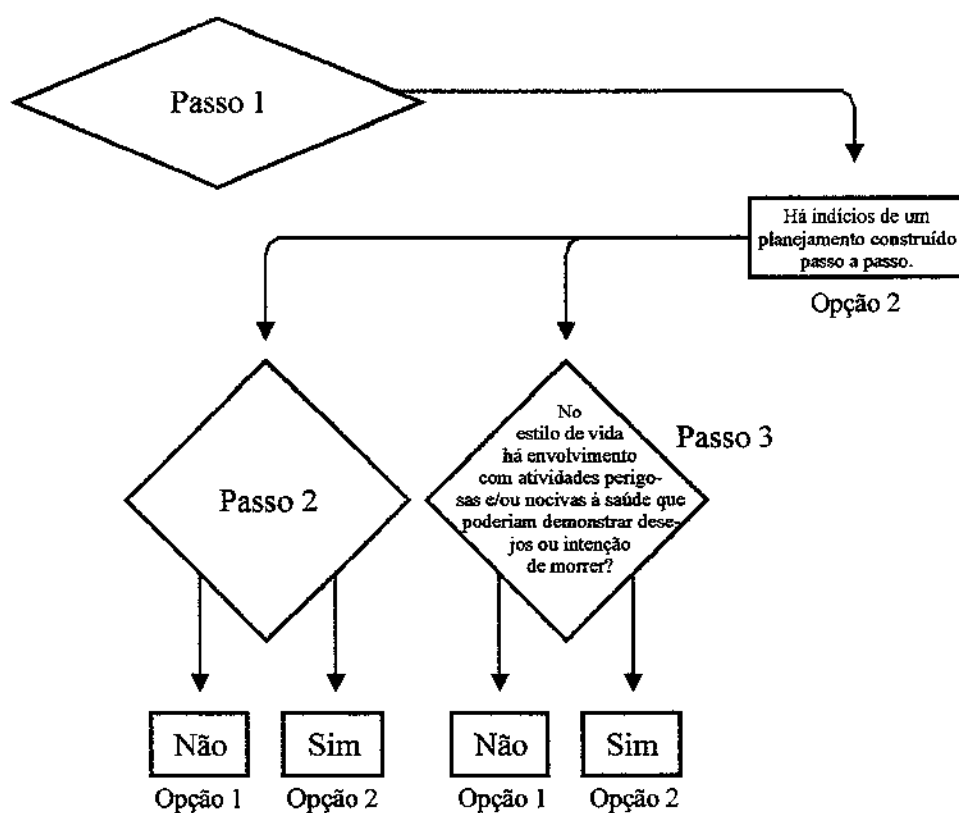


Figura 23
Representação do Passo 3 do quarto módulo da ESAP

Quadro 39. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 3 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	1	1	1	1
3	2	2	2	0
4	0	0	0	0
5	2	2	2	2
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	2	2	2	0
9	1	1	1	1
10	2	2	2	2
11	2	2	2	1
12	1	1	1	1
13	1	1	1	1
14	1	1	1	1
15	2	2	1	0
16	0	0	0	0
17	2	2	2	1
18	0	0	0	0
19	2	2	2	2
20	1	1	1	0
21	2	2	2	1

O Passo 3 do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “no estilo de vida há envolvimento com atividades perigosas e/ou nocivas à saúde que poderiam demonstrar desejos ou intenção de morrer?” -, com três alternativas de resposta: “não”, “sim” e “não se aplica” (vide explicação da categoria “não se aplica” na p.209 deste capítulo).

Para este Passo 3, foi verificado o grau de concordância entre os avaliadores, utilizando a estatística kappa, conforme a Tabela 39.

Tabela 39. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 3 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	0,922	<0,0001
E-J2	0,510	<0,0001
J1-J2	0,500	<0,0001
E-J1-J2	0,6262	<0,0001

Tais valores do kappa são estatisticamente significantes. Podem ser interpretados, conforme os autores anteriormente citados, como existindo: uma concordância “quase perfeita” tanto entre a entrevistadora e a auxiliar como entre a entrevistadora e o primeiro juiz (Kappa = 1; $p < 0,001$; Kappa = 0,92; $p < 0,0001$), uma concordância “moderada” entre a entrevistadora e o segundo juiz e entre o primeiro e o segundo juiz (Kappa = 0,51; $p < 0,0001$; Kappa = 0,50; $p < 0,0001$) e uma concordância “substancial” entre a entrevistadora, o primeiro juiz e o segundo juiz (Kappa = 0,63; $p < 0,0001$).

5.4.4. Passo 4 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

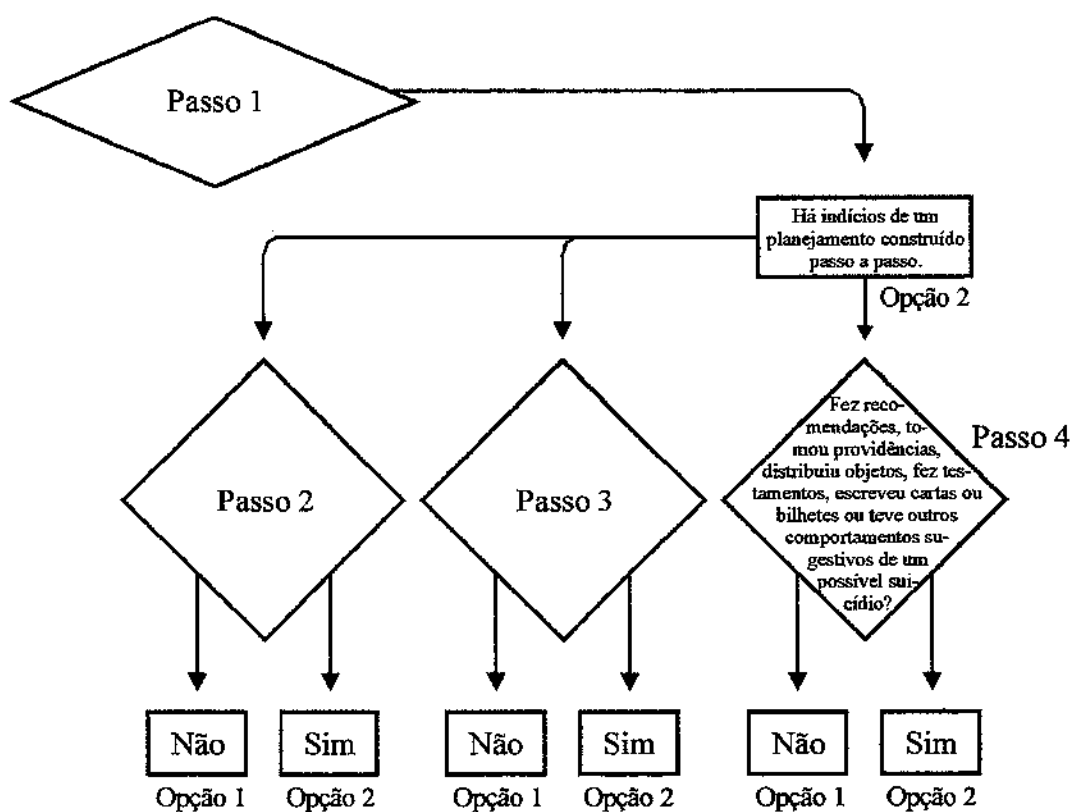


Figura 24
Representação do Passo 4 do quarto módulo da ESAP

Quadro 40. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 4 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	2	2	2	0
4	0	0	0	0
5	1	1	1	1
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	1	1	1	1
13	2	2	2	2
14	2	2	2	1
15	2	2	2	0
16	0	0	0	0
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	1	1	1	2
20	2	2	2	0
21	2	2	2	1

O **Passo 4** do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “fez recomendações, tomou providências, distribuiu objetos, fez testamentos, escreveu cartas ou bilhetes ou teve outros comportamentos sugestivos de um possível suicídio?” -, com três alternativas de respostas: “não”, “sim” e “não se aplica” (vide explicação da categoria “não se aplica” na p.209 deste capítulo).

Para este passo, o grau de concordância verificado entre os avaliadores, utilizando a estatística kappa, foi a seguinte (Tabela 40):

Tabela 40. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 4 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,430	0,0030
J1-J2	0,430	0,0030
E-J1-J2	0,7013	<0,0001

Tais valores do kappa são estatisticamente significantes, podendo ser interpretados, conforme os autores anteriormente citados, como um valor “quase perfeito” ($Kappa = 1$; $p < 0,001$) e “moderado” ($Kappa = 0,43$; $p = 0,003$ e $Kappa = 0,60$ e $p < 0,0001$).

5.4.5. Passo 5 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

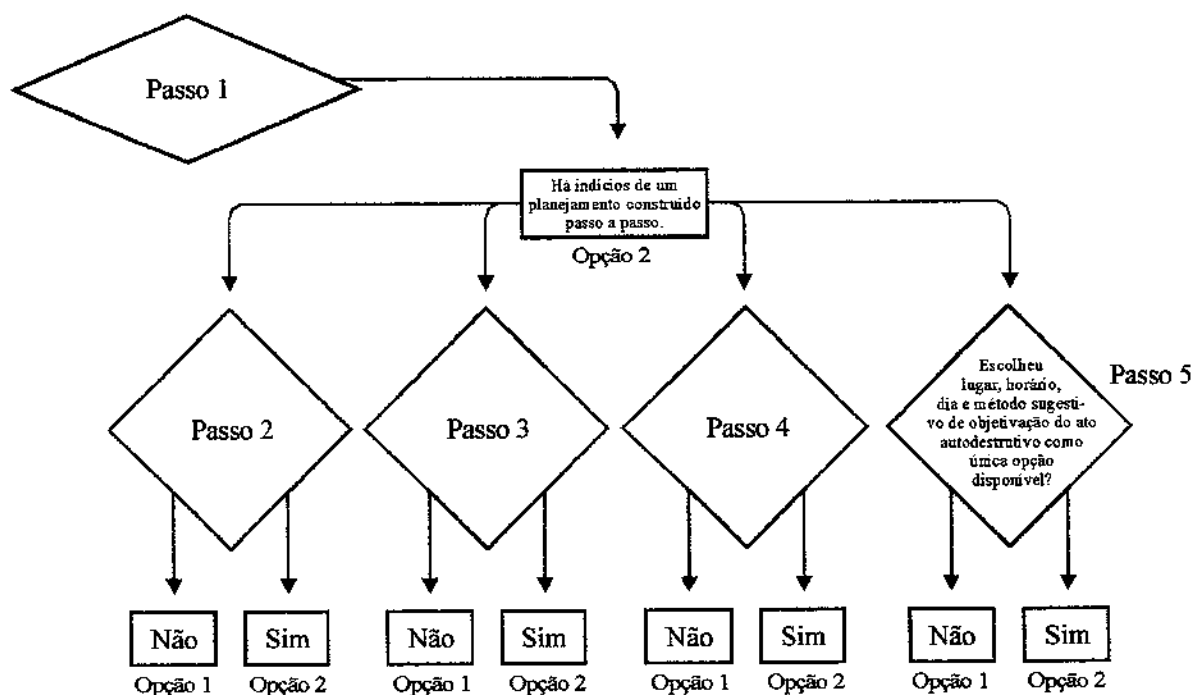


Figura 25
Representação do Passo 5 do quarto módulo da ESAP

Quadro 41. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 5 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	2	2	2	2
2	2	2	2	1
3	2	2	2	0
4	0	0	0	0
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	2
8	2	2	2	0
9	2	2	2	2
10	2	2	2	2
11	2	2	2	2
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	2	2	2	2
15	2	2	2	0
16	0	0	0	0
17	2	2	2	2
18	0	0	0	0
19	2	2	2	2
20	2	2	2	0
21	2	2	2	2

O Passo 5 do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “escolheu lugar, horário, dia e método sugestivo de objetivação do ato autodestrutivo como única opção disponível?” -, com três alternativas de respostas: “sim”, “não” e “não se aplica” (vide explicação da categoria “não se aplica” na p.209 deste capítulo).

Neste Passo 5, constatou-se que, entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), entre a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1), entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2) e entre o primeiro e o segundo juiz (J1-J2), o programa STATA utilizado para o processamento dos dados em casos como esses, em que os dados não se distribuem numa tabela simétrica de 2x2, a estatística kappa não pode ser calculada. Contudo, pode-se observar que, entre o julgamento da entrevistadora e a auxiliar e entre a entrevistadora e o primeiro juiz, houve concordância total (100,0%). Já entre a entrevistadora e o segundo juiz (vide Tabela 41) e entre o primeiro e o segundo juiz (vide Tabela 42), a concordância foi de 81%.

Tabela 41. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 5 do quarto módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora						Total
		0	%	1	%	2	%	
Juiz 2	0	3	14,3			4	19,0	7
	1			1	4,8			1
	2					13	61,9	13
	Total	3	14,3	1	4,8	13	61,9	21

Tabela 42. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (J1-J2) para o Passo 5 do quarto módulo da ESAP

	Opção e %	Juiz 1						Total
		0	%	1	%	2	%	
Juiz 2	0	3	14,3			4	19,0	7
	1			1	4,8			1
	2					13	61,9	13
	Total	3	14,3	1	4,8	13	61,9	21

Ainda neste passo, verifica-se que, entre a entrevistadora e o primeiro e segundo juiz, o grau de concordância, utilizando a estatística kappa, foi o seguinte (Tabela 43):

Tabela 43. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-J1-J2 no Passo 5 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-J1-J2	0,5494	<0,0001

Tal valor de kappa alcançou um nível de significância estatística, podendo ser interpretado como “moderado” (Kappa = 0,55; $p < 0,0001$).

5.4.6. Passo 6 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

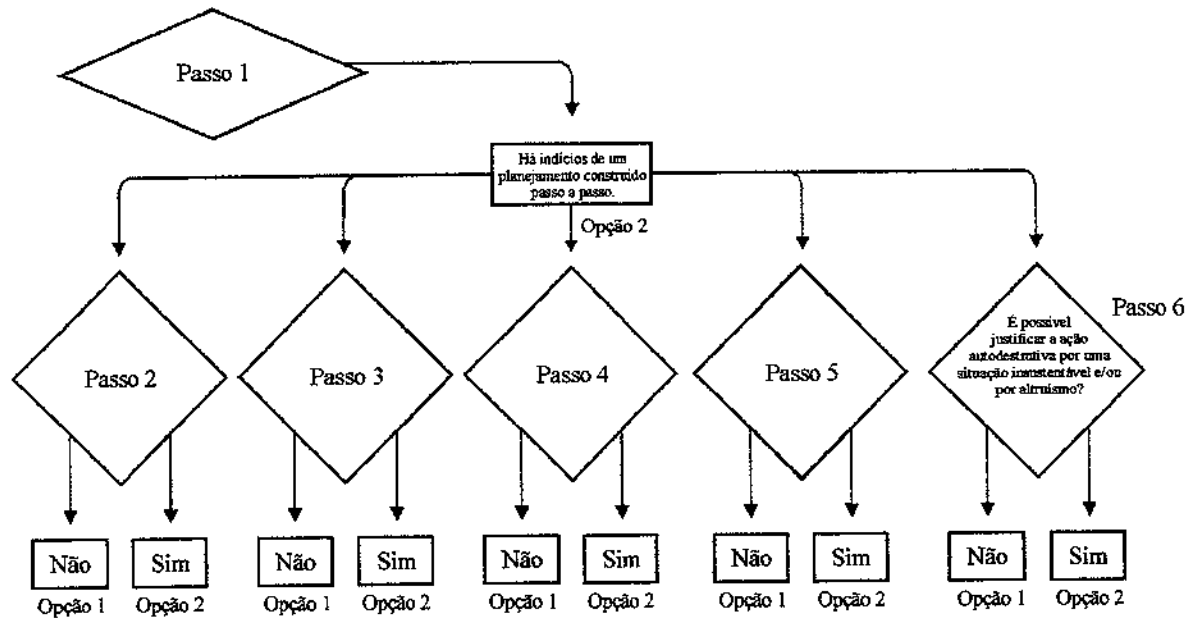


Figura 26
Representação do Passo 6 do quarto módulo da ESAP

Quadro 42. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 6 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	1	1	1	1
2	1	1	2	1
3	1	1	1	0
4	0	0	0	0
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	1	1	0
9	1	1	1	1
10	1	1	1	2
11	1	1	1	2
12	1	1	1	1
13	1	1	1	2
14	1	1	1	1
15	1	1	1	0
16	0	0	0	0
17	1	1	1	2
18	0	0	0	0
19	1	1	1	2
20	1	1	1	0
21	1	1	1	2

O Passo 6 do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “é possível justificar a ação autodestrutiva por uma situação insustentável e/ou por altruísmo?”, com três alternativas de respostas: “sim”, “não” e “não se aplica”.

Para esse passo, verificou-se que, entre a entrevistadora e a auxiliar, a entrevistadora e o primeiro juiz e entre a entrevistadora e o segundo juiz, o programa STATA utilizado para o processamento dos dados em casos como esses, em que os dados não se distribuem numa tabela simétrica de 2x2, a estatística kappa não pode ser calculada. Contudo, pode-se observar que, entre os julgamentos da entrevistadora e a auxiliar (vide Quadro 42), houve concordância total (100,0%), entre a entrevistadora e o primeiro juiz, de 95% (vide Tabela 44), e entre a entrevistadora e o segundo juiz, de 52,4% (vide Tabela 45).

Tabela 44. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J1) para o Passo 6 do quarto módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora						Total
		0	%	1	%	2	%	
Juiz 1	0	3	14,3					3
	1			17	81,0			17
	2			1	4,8			1
	Total	3	14,3	18	85,7			21

Tabela 45. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 6 do quarto módulo da ESAP

	Opção e %	Entrevistadora						Total
		0	%	1	%	2	%	
Juiz 2	0	3	14,3	4	19,0			7
	1			8	38,1			8
	2			6	28,6			6
	Total	3	14,3	18	85,7			21

Ainda para este passo, utilizando a estatística kappa, o resultado entre a avaliação do primeiro e do segundo juiz (J1-J2) e entre a entrevistadora e o primeiro e o segundo juiz (E-J1-J2) foi o seguinte (Tabela 46):

Tabela 46. Sumário do resultado da medida de concordância entre J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 6 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
J1-J2	0,1690	0,1440
E-J1-J2	0,2713	0,0025

Como pode se observar, o valor do kappa encontrado para o julgamento entre a entrevistadora, o primeiro e o segundo juiz (Kappa = 0,27; p = 0,0025) pode ser considerado estatisticamente significativo, podendo ser interpretado, conforme sugestão dos autores anteriormente citados, como um grau de concordância “regular”. Entretanto, para o julgamento entre o primeiro e o segundo juiz (Kappa = 0,1690; p = 0,1440), o valor do

kappa pode ser interpretado como indicando um grau de concordância “leve”, porém não estatisticamente significante.

5.4.7. Passo 7 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

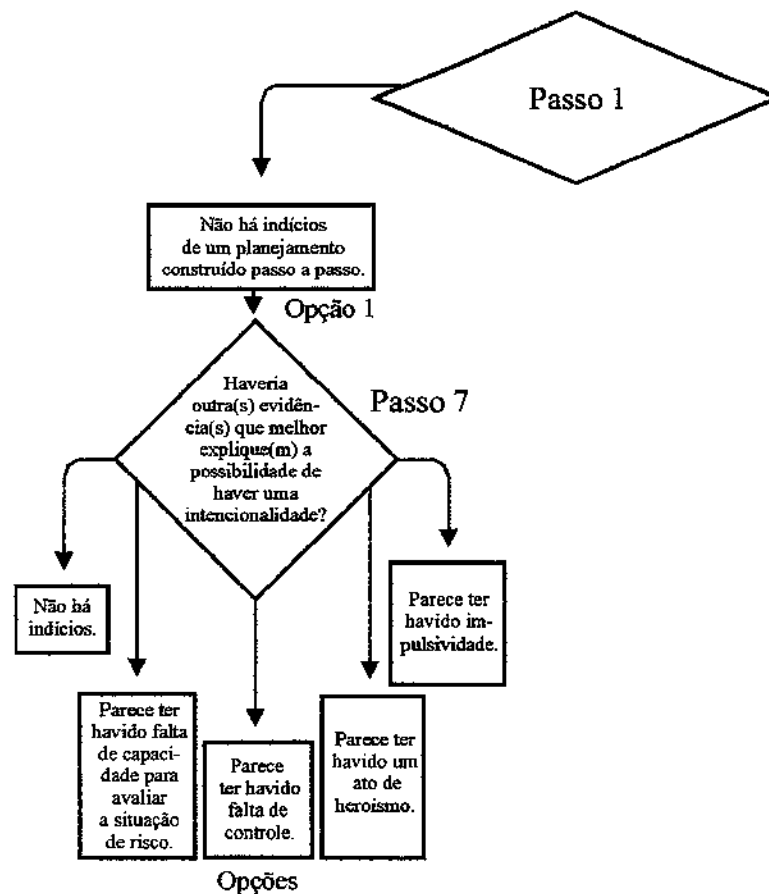


Figura 27
Representação do Passo 7 do quarto módulo da ESAP

Quadro 43. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 7 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	2
4	1	1	1	1
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	1
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	0	0	0	0
14	0	0	0	0
15	0	0	0	1
16	2	2	2	2
17	0	0	0	0
18	2	2	2	2
19	0	0	0	0
20	0	0	0	2
21	0	0	0	0

O **Passo 7** do quarto módulo da ESAP consiste na pergunta - “haveria outra(s) evidência(s) que melhor explique(m) a possibilidade de haver uma intencionalidade?” -, com alternativas de respostas que podem ser categorizadas de 0 a 4, em que 0 corresponde a “não se aplica” (alternativa utilizada conforme critério explicitado na p.209 ou à ausência de indícios, sendo as alternativas de 1 a 4 escolhidas conforme o número do tipo de indícios assinalados.

Para este Passo 7, o resultado da avaliação entre os avaliadores, utilizando a estatística kappa, foi o seguinte (Tabela 47):

Tabela 47. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1-J2 no Passo 7 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-A	1	<0,001
E-J1	1	<0,001
E-J2	0,5280	<0,001
J1-J2	0,5280	<0,001
E-J1-J2	0,6348	<0,0001

Tais valores do kappa são estatisticamente significantes, podendo ser interpretados, segundo anteriormente citado, como um valor “*quase perfeito*” (Kappa = 1; $p < 0,001$), um valor “*moderado*” (Kappa = 0,53; $p < 0,001$) e um valor “*substancial*” (Kappa = 0,63; $p < 0,0001$).

5.4.8. Passo 8 do quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

O Passo 8 do esquema de decisão consiste na determinação da conclusão final da avaliação do módulo intencionalidade, como se vê a seguir:

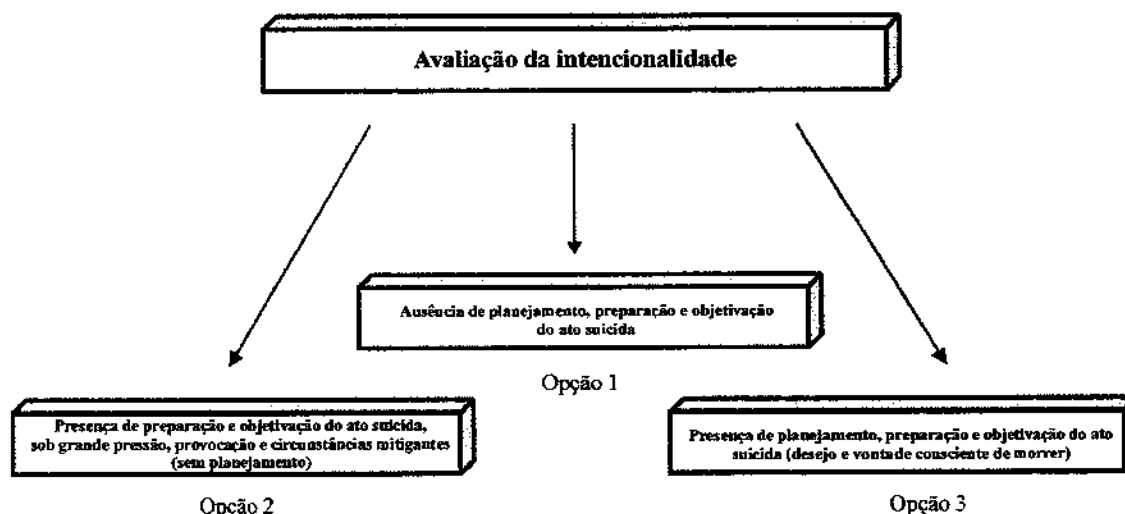


Figura 28
Representação do Passo 8 do quarto módulo da ESAP

Quadro 44. Distribuição dos escores da avaliação do Passo 8 do quarto módulo da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	3	3	3	3
2	3	3	3	3
3	3	3	3	1
4	2	2	2	2
5	3	3	3	3
6	3	3	3	3
7	3	3	3	3
8	3	3	3	2
9	3	3	3	3
10	3	3	3	3
11	3	3	3	3
12	3	3	3	3
13	3	3	3	3
14	3	3	3	3
15	3	3	3	2
16	2	2	2	2
17	3	3	3	3
18	2	2	2	2
19	3	3	3	3
20	3	3	3	2
21	3	3	3	3

Para este passo, verificou-se que, entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), entre a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1), entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2) e entre o primeiro e o segundo juiz (J1-J2), o programa STATA utilizado para o processamento dos dados em casos como esses, em que os dados não se distribuem numa tabela simétrica de 2x2, a estatística kappa não pode ser calculada. Contudo, pode-se observar que, entre a entrevistadora e a auxiliar e entre a entrevistadora e o primeiro juiz (vide Quadro 44), houve concordância total (100,0%), podendo tal achado ser interpretado como uma concordância “*quase perfeita*”. Entre a entrevistadora e o segundo juiz (vide Tabela 48) e entre o primeiro e o segundo juiz (vide Tabela 49), a concordância foi de 81%.

Tabela 48. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (J1-J2) para o Passo 8 do quarto módulo da ESAP

		Entrevistadora						
Opção e %		1	%	2	%	3	%	Total
Juiz 2	1					1	4,8	1
	2			3	14,3	3	14,3	6
	3					14	66,7	14
	Total			3	14,3	18	85,7	21

Tabela 49. Distribuição percentual das opções dos avaliadores (E-J2) para o Passo 8 do quarto módulo da ESAP

		Juiz 1						
Opção e %		1	%	2	%	3	%	Total
Juiz 2	1					1	4,8	1
	2			3	14,3	3	14,3	6
	3					14	66,7	14
	Total			3	14,3	18	85,7	21

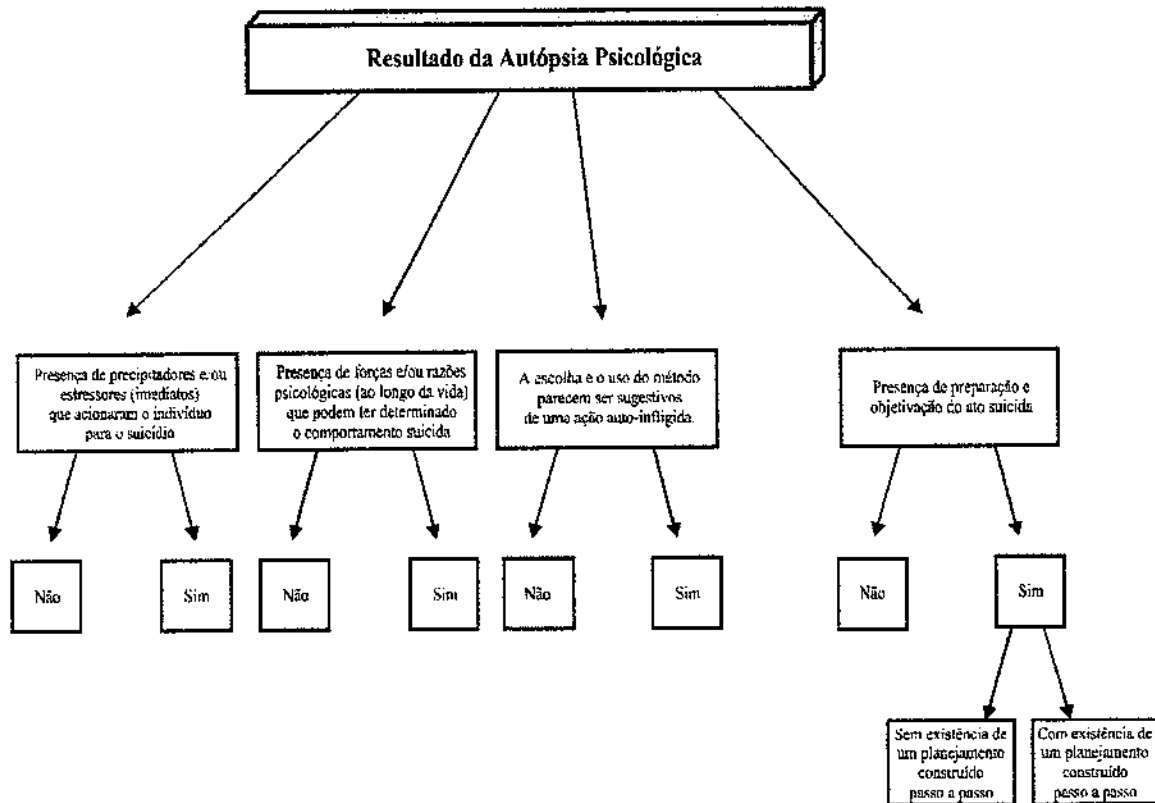
Ainda neste Passo 8, verifica-se que, entre a entrevistadora, o primeiro juiz e o segundo juiz, o grau de concordância, utilizando a estatística kappa, foi o seguinte (Tabela 50):

Tabela 50. Sumário do resultado da medida de concordância entre E-J1-J2 no Passo 8 do quarto módulo da ESAP

Avaliadores	Kappa	p
E-J1-J2	0,6193	<0,0001

Tal valor de kappa é estatisticamente significante, podendo ser interpretado como indicando um grau de concordância “*substancial*”, no que se refere à **avaliação da intencionalidade** na ESAP.

5.5. Qualificação final das informações da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP)



Assinale a alternativa mais adequada:

1. () As informações obtidas não são sugestivas de suicídio.
2. () As informações obtidas permitem levantar alguma hipótese nesse sentido.
3. () As informações obtidas são bastante sugestivas da ocorrência de suicídio.
4. () As informações obtidas são altamente suspeitas quanto às probabilidades de suicídio.

6

Figura 29
Representação da qualificação final da ESAP

Quadro 45. Distribuição dos escores da qualificação final da ESAP

Caso nº	E	A	J1	J2
1	4	4	4	3
2	4	4	4	3
3	4	4	4	3
4	4	4	4	3
5	4	4	4	3
6	3	3	3	3
7	4	4	4	3
8	3	3	3	3
9	4	4	4	3
10	4	4	4	3
11	4	4	4	3
12	4	4	4	3
13	4	4	4	3
14	4	4	4	3
15	4	4	4	3
16	4	4	4	3
17	4	4	4	3
18	3	3	3	3
19	4	4	4	3
20	4	4	4	3
21	4	4	4	3

Na parte final do Formulário para a Tomada de Decisão (FTD), apresenta-se um resumo dos quatro módulos (vide Figura 29), com a intenção de facilitar a obtenção de uma impressão final sobre o caso. Tal impressão teria um caráter qualitativo, uma vez que não foi proposto um esquema de passos, para facilitar a opção por uma alternativa. Embora tenham sido propostas quatro alternativas, na realidade, há apenas uma opção substancialmente negativa, sendo as restantes positivas, ainda que as alternativas 3 e 4 fossem marcadamente positivas para a determinação de probabilidade de ocorrência de suicídio.

Considerando que todos os avaliadores assinalaram as alternativas 3 ou 4 (vide Quadro 45), concordando que as informações obtidas são “bastante negativas” ou “altamente suspeitas”, quanto a suicídio, como *causa mortis*, encontra-se, apesar de não se pretender dados quantificáveis, um grau de concordância marcante entre avaliadores, no que se refere à **decisão final** sobre cada caso.

Tabela 51. Sumário dos resultados da medida de concordância entre E-A, E-J1, E-J2, J1-J2 e E-J1 e J2*, em cada um dos passos constituintes dos quatro módulos da ESAP

Módulos	Passos	E-A	E-J1	E-J2	J1-J2	E-J1-J2
Primeiro módulo	Passo 1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Passo 2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Passo 3	100,0%	95,2%	28,6%	K = 0,039; p = 0,5170	K = -24,66; p = 0,9792
	Passo 4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Segundo módulo	Passo 1	K = 0,87; p < 0,001	K = 0,87; p < 0,001	K = 0,28; p = 0,061	K = 0,21; p = 0,175	K = 0,41; p < 0,0001
	Passo 2	100,0%	95,2%	81,7%	K = 0,71; p = 0,001	K = 0,65; p < 0,0001
	Passo 3	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,35; p = 0,028	K = 0,35; p = 0,0028	K = 0,51; p < 0,0001
	Passo 4	K = 1; p < 0,001	95,2%	K = 0,41; p = 0,002	66,6%	K = 0,40; p < 0,0001
	Passo 5	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,53; p < 0,001	K = 0,53; p < 0,001	K = 0,63; p < 0,0001
	Passo 6	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,62; p = 0,002	K = 0,62; p = 0,002	K = 0,71; p < 0,0001
	Passo 7	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,62; p = 0,002	K = 0,62; p = 0,002	K = 0,71; p < 0,0001
Terceiro módulo	Passo 1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Passo 2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Passo 3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Passo 4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Passo 5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Quarto módulo	Passo 1	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,50; p = 0,008	K = 0,50; p = 0,008	K = 0,61; p < 0,0001
	Passo 2	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,32; p = 0,018	K = 0,32; p = 0,018	K = 0,57; p < 0,0001
	Passo 3	K = 1; p < 0,001	K = 0,92; p < 0,0001	K = 0,51; p < 0,0001	K = 0,50; p < 0,0001	K = 0,63; p < 0,0001
	Passo 4	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,43; p = 0,003	K = 0,43; p = 0,003	K = 0,70; p < 0,0001
	Passo 5	100,0%	100,0%	81,0%	81,0%	K = 0,55; p < 0,0001
	Passo 6	100,0%	95,0%	52,4%	K = 0,17; p = 0,1440	K = 0,27; p = 0,0025
	Passo 7	K = 1; p < 0,001	K = 1; p < 0,001	K = 0,53; p < 0,001	K = 0,53; p < 0,001	K = 0,63; p < 0,0001
	Passo 8	100,0%	100,0%	81,0%	81,0%	K = 0,62; p < 0,0001

*E = entrevistadora; A = auxiliar de pesquisa; J1 = primeiro juiz; J2 = segundo juiz.

Capítulo V

DISCUSSÃO

Considerando o grau de carência da literatura sobre aspectos metodológicos a respeito de estratégias para a realização de autópsia psicológica para casos de suicídio, os resultados alcançados por este estudo podem ser considerados como uma contribuição científica importante na área. Justifica-se tal afirmação porque, ainda que tenham sido levantadas muitas críticas sobre perigos na subjetividade numa avaliação retrospectiva, tanto quanto se conhece da literatura mais divulgada, não houve qualquer tentativa de mensurar o grau de concordância entre avaliadores a respeito de informações fornecidas por um instrumento original, proposto para a realização de autópsia psicológica. No caso deste estudo, tal grau de concordância foi verificado por nada menos que 120 mensurações de julgamentos em quatro situações diversas, comparando avaliações de diferentes juízes. Note-se que, em 61 casos, tendo sido possível utilizar a estatística kappa, os resultados, em geral, ficaram num nível estatisticamente significativo (exceto em menos de 9,0% dos casos). Em outros 59 casos, não foi possível calcular o kappa, sendo que, em 47 casos, houve 100,0% de concordância entre juízes, enquanto situações com grau de concordância menor que 80,0% ocorreram em apenas 5,0% dos casos. Além disso, ainda que pesem leves divergências parciais, chama a atenção o fato de que estas não comprometeram a concordância final sobre a avaliação de precipitadores e/ou estressores, motivação e intencionalidade nem na tomada de decisão final quanto ao modo de morte como suicídio.

1. Características dos casos de suicídio

É interessante observar que muitas das características demográficas dos casos de suicídio deste estudo (vide Quadros 17 e A-8) são similares às dos dados encontrados na literatura, principalmente no que se refere às variáveis sexo, cor e idade. Assim, vários estudiosos relatam que sujeitos do sexo masculino cometem suicídio numa frequência maior (até três vezes mais) do que as mulheres, sendo que, entre indivíduos brancos, a taxa é também maior do que entre não-brancos. Registra-se, ainda (mesmo que se saiba que o suicídio aumenta com a idade, em ambos os sexos), a constatação alarmante do aumento dos índices de suicídio entre os jovens, especificamente em indivíduos entre 15 e 44 anos. Nos casos deste estudo, a média de idade foi de 39,7 anos (mínima de 16, máxima de 77), localizada ainda num período considerado teoricamente produtivo para a economia de uma nação.

Levando em conta as variáveis estado civil, escolaridade, situação ocupacional e religião, constata-se que mais da metade dos 21 casos em estudo era caracterizada por sujeitos sem parceiro estável ou sem vínculo marital, com escassa educação formal e com situação ocupacional tida como precária em termos de produtividade econômica. Ainda se observa que, em geral, tais sujeitos ou não tinham religião ou não eram praticantes, denunciando uma ausência de vínculo como uma instituição social-religiosa.

Por outro lado, é citado na literatura que, em muitos países ocidentais, os coeficientes de suicídio são mais elevados em regiões com maior densidade populacional. Assim, ainda que o presente trabalho só tenha sido desenvolvido na área urbana de alguns dos municípios da região metropolitana de Porto Alegre, cabe mencionar que os casos, selecionados acidentalmente, de certa maneira retratam a densidade populacional das cidades de sua ocorrência.

Quanto ao método utilizado, vários estudos salientam que sua escolha varia, no que se refere à ordem de preferência, de acordo com o país, região do país, época, poder aquisitivo, profissão, raça e até estado mental do sujeito. Entretanto, em geral, existe uma tendência para que homens – ao contrário das mulheres – utilizem métodos mais violentos, desfigurantes, rápidos e que deixam pequena probabilidade de erro. Especificamente no Rio Grande do Sul e na região metropolitana da Grande Porto Alegre, o método mais utilizado é o enforcamento, seguido por arma de fogo e queda de lugar alto. Tal ordem foi observada nos casos em estudo.

A respeito da época do ano, apenas alguns estudos registram variações sazonais nas taxas de suicídio, mas todos mencionam o período da primavera e, eventualmente, o início do verão. Apesar do pequeno número de casos, no presente estudo, cerca de um terço das ocorrências foi registrada na primavera.

Todavia, não há consenso a respeito da maior incidência do dia da semana, horário e local de ocorrência do fato. Contudo, apenas há referência de que o lugar escolhido seja um lugar familiar e isolado. Realmente, a marcante opção da residência para o suicídio, no presente estudo, reforça tal referência, já que 15, entre 21 casos, fizeram tal escolha. Quanto ao dia da semana, houve certa concentração em torno do domingo (mas não no domingo), já que a maioria dos casos optou por segunda-feira, sexta-feira e sábado. No que se refere ao horário preferido, o maior número de casos optou pela noite (início ou madrugada), possivelmente por uma escolha em razão de evitar ser socorrido. Presume-se,

portanto, que o dia da semana e horário também devam ter que ver com exigências de privacidade.

A título de curiosidade, pode-se observar, também, que foi possível identificar, nas informações colhidas nas entrevistas, a presença de fatores predisponentes e potencializadores – classificados pela literatura como fatores de risco para o suicídio (Quadro 19) – ,em muitos dos casos em estudo.

O fato de, num pequeno número de casos, selecionados acidentalmente para estudo, servirem como exemplo para premissas levantadas, na literatura suicidológica, mostra-se deveras curioso e digno de nota.

2. Informações gerais sobre as entrevistas

Definido o objetivo geral deste estudo – verificar a aplicabilidade de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica – , ficou determinado que a população-alvo, na qual o levantamento de dados se realizaria, estaria constituída pelos sobreviventes enlutados (aqui chamados de informantes), em razão do suicídio de um familiar, amigo e/ou conhecido.

Sem dúvida, este tipo de população-alvo é de certa maneira peculiar, tanto porque a obtenção dos dados desejados pelo pesquisador é feita por vias indiretas (informações de terceiros), como pelo fato do informante ter sofrido ou se encontra em processo de luto diferenciado.

Se bem que o luto, em geral, seja um processo psicológico normal, a morte de um ente querido por suicídio não é experienciada como um fato “normal” e/ou “comum”. Nesse caso, como a literatura aponta, a elaboração do luto parece ser mais dolorosa e traumática em função do impacto emocional provocado pelo inesperado do acontecimento, pela mudança brusca do real cotidiano, posteriormente complicado por tabus socioculturais da rede de apoio social e da sociedade mais ampla. E, mesmo que alguns suicídios tenham sido, de algum modo, “anunciados” por pistas reconhecidas e freqüentemente negadas, a morte impõe sua presença violenta, drástica, provocando choque e “descrença”, gradualmente substituídas por sentimentos de culpa, raiva, rejeição, confusão, entre outros, que aparecem em graus variados. Tal mobilização emocional nem sempre permite que

esses sobreviventes se mostrem prontamente disponíveis a uma solicitação para prestar informações sobre o infausto acontecimento.

Em função disso, não pareceu importante estabelecer rigidamente, neste estudo, o número de informantes, nem o número de entrevistas a serem realizadas. Contudo, não havia necessidade de uma amostra numerosa, já que o objetivo principal não era garantir generalizações, nem testar hipóteses sobre a autópsia psicológica (vide CLARCK & HORTON-DEUSTCH, 1992), mas, sim, verificar a existência de concordância ou não interavaliadores em relação às informações obtidas na entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica. O importante, então, foi ter informantes (familiares, amigos e/ou conhecidos) com conhecimento da ocorrência do fato ou de antecedentes da mesma ou que testemunharam fatos anteriores com ela associados e/ou que eram familiarizados com o comportamento ou personalidade do falecido e, principalmente, que aceitassem fornecer esses dados.

Assim sendo, o número de casos de suicídio foi de 21, e 42 foram as pessoas que aceitaram participar de uma ou duas entrevistas. O número de informantes, por entrevistas, foi variado (mínimo de 1, máximo de 5), não parecendo necessário, na presente etapa deste estudo, incluir um grupo de controle. Tais entrevistas demonstraram, corroborando dados da literatura, que o impacto da ocorrência do suicídio pode ser diversificado, dependendo do grau de relacionamento existente (WHO, 2000a), do vínculo estabelecido e – pode-se acrescentar – com o grau de maturidade que, de certa forma, se relaciona com período etário. Em consequência, também é variável a disponibilidade de poder falar sobre a morte, bem como a permissibilidade psicológica para expor suas lembranças e seus sentimentos. Em decorrência desse fato, parece que a escolha do local da entrevista também é resultado de razões psicológicas. Ainda que, na maioria dos estudos, o local de opção para a entrevista seja a residência, pode ser possível pressupor, no caso específico dos casos deste estudo, pensar que tal escolha tem a ver com a necessidade de um ambiente familiar e continente de suas emoções. Da mesma forma, a duração da entrevista parece se relacionar com facilidade ou não de comunicação de aspectos muito sofridos.

3. Avaliação dos juízes

3.1. Primeiro módulo da ESAP: avaliação dos precipitadores e/ou estressores

Ao examinar os resultados da avaliação do primeiro módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP), observa-se que, em todos os passos, exceto um (Passo 3), houve concordância marcante, em grau estatisticamente significativo entre avaliadores.

É de ressaltar que, mesmo se registrando discordância em determinado passo, houve uma concordância “quase perfeita”, no que se refere à avaliação final dos precipitadores e/ou estressores.

Especialmente sobre o Passo 3, cabe lembrar que, entre a entrevistadora e a auxiliar de pesquisa (E-A), houve concordância de 100,0% nos julgamentos e, entre a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1), de 95,2%. Contudo, entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2), entre o primeiro e o segundo juiz (J1-J2) e entre a entrevistadora e o primeiro e o segundo juiz (E-J1-J2), na medida de concordância, os valores alcançados não foram estatisticamente significativos. Tal ocorrência parece se dever a uma questão de interpretação.

A ênfase em todo o módulo é sobre os “eventos imediatos” (nos último anos, meses, semanas e/ou dias), questão essa crucial para a compreensão e avaliação. Assim sendo, a formulação da pergunta no Passo 3 – “Será que não há outros fatores que também influenciaram na decisão de suicídio?” –, por não envolver uma repetição da expressão “eventos imediatos” (considerado ponto crítico da avaliação), parece ter provocado uma ambigüidade na interpretação.

Em princípio, a entrevistadora, a auxiliar de pesquisa e o primeiro juiz, em geral, emitiram seus julgamentos, também nesse passo, em continuidade à questão chave do módulo, como se pode ver no Quadro 23 (com apenas uma opção diferente, do juiz 1), enquanto o segundo juiz parece ter interpretado a pergunta do Passo 3, com desconsideração da idéia implícita por “eventos imediatos”. Estaria a pergunta proposta mal formulada? Sim – pode-se dizer –, talvez pudesse ser melhor formulada para ressaltar a continuidade no esquema de decisões, mas o fato é que não influenciou na avaliação final e,

portanto, não pesou fundamentalmente no julgamento de um dos temas básicos da entrevista.

3.2. Segundo módulo da ESAP: avaliação da motivação

Examinando os resultados da avaliação do segundo módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP), observa-se também, exatamente como no primeiro módulo, que em todos os passos, menos em um, houve concordância nos julgamentos, entre os avaliadores, em grau estatisticamente significativa. Cabe destacar que, mesmo se verificando discordância no Passo 1 desse módulo, houve uma concordância final “quase perfeita” e/ou “substancial” interavaliadores, sobre a avaliação da motivação.

Observa-se no Passo 1 que, entre a entrevistadora e a auxiliar (E-A), entre a entrevistadora e o primeiro juiz (E-J1) e entre a entrevistadora o primeiro e o segundo juiz (E-J1-J2), houve concordância nos julgamentos. Contudo, entre a entrevistadora e o segundo juiz (E-J2) e entre o primeiro e o segundo juiz (J1-J2), não houve resultados satisfatórios (vide Tabela 26).

Torna-se importante, portanto, analisar o desdobramento do raciocínio implícito nos julgamentos do esquema decisório. Especificamente, o Passo 1 introduz os avaliadores numa situação com características clínicas, examinando a existência ou não, ao longo da vida, de forças ou razões psicológicas determinantes do comportamento suicida, apresentando ainda a opção de ambivalência, num julgamento mais sutil sobre a definição da influência de motivos predisponentes não imediatos. Tal questão pode parecer ter uma resposta fácil, mas, na verdade, exige sensibilidade clínica.

Em princípio, apontar problemas ou mau funcionamento psicológico nas pessoas, usando como referência o bom senso e alguns conhecimentos adquiridos pela experiência pessoal e profissional, é de certa forma uma ação comum. Entretanto, identificar através de uma técnica de investigação científica, com propósitos clínicos, motivações resultantes da interação de vários fatores (intrapsíquicos, familiares, ambientais, físicos, etc.) requer um profissional com formação na área da saúde mental.

Pressupõe-se, portanto, que talvez a diversidade na formação e experiência profissional dos juizes, possa ser responsável pela discordância parcial, observada entre a entrevistadora e segundo juiz, bem como entre o primeiro e o segundo juiz.

3.3. Terceiro módulo da ESAP: avaliação da letalidade

Os resultados da avaliação do terceiro módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) mostram que, em todos os passos, houve concordância de 100,0% nos julgamentos entre os avaliadores.

Isto sugere uma concordância final “quase perfeita” sobre a avaliação da letalidade, ou seja, quanto à determinação de que a escolha e o uso do método letal, por parte do falecido, foi sugestivo de uma ação auto-infligida.

3.4. Quarto módulo da ESAP: avaliação da intencionalidade

Ao examinar os resultados da avaliação do quarto módulo da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP), constata-se que, em todos os passos, exceto em um (Passo 6), houve concordância nos julgamentos entre todos os avaliadores, em grau estatisticamente significativa. Então, mesmo se registrando discordância em determinado passo, houve uma concordância final, marcante, sobre a avaliação da intencionalidade.

Especificamente sobre o Passo 6, observa-se que a discordância nos julgamentos se concentra mais naqueles entre a entrevistadora e o segundo juiz (vide Tabela 45) e em especial, entre o primeiro e o segundo juiz (vide Tabela 46).

É importante examinar em que se diferenciam os passos deste módulo, que busca verificar se o sujeito demonstrou ter consciência e voluntariedade, no planejamento, preparação e objetivação do ato. Os primeiros passos investigam a presença ou não de pistas verbais e/ou comportamentais, de atividades perigosas e/ou nocivas à saúde, de recomendações, providências a serem tomadas em razão da morte, de cartas e/ou bilhetes, além da escolha do lugar, horário e método. Esses passos, pois, envolvem dados observáveis e, nestes, houve explícita concordância entre avaliadores, na maior parte das vezes (classificada como moderada, substancial e quase perfeita), e concordância classificada como regular, apenas três vezes de oito passos, sendo todos os valores estatisticamente significantes.

Entretanto, quando o julgamento, no Passo 6, envolveu dados subentendidos, isto é, intrapsíquicos, verificou-se a presença de discordância. Em função disso, presume-

se, como no segundo módulo, que a diversidade na formação e/ou experiência profissional dos juízes possa ser responsável por tal ocorrência.

3.5. Qualificação final das informações da ESAP

Examinado o julgamento final dos avaliadores para a Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica, observa-se que todos optam por alternativas que permitam sustentar, pelo menos, de forma bastante sugestiva e/ou altamente suspeita, que o modo de morte nos 21 casos em estudo foi suicídio.

Certamente, as conclusões parciais, em cada um dos módulos da entrevista, emprestaram mais segurança aos avaliadores para emitir e/ou qualificar a decisão final no esquema decisório.

Todavia, através das concordâncias marcantes, verificadas em cada um dos quatro módulos, pode-se pressupor que o protocolo da entrevista semi-estruturada, para a coleta dos dados, permitiu aos avaliadores extrair informações suficientes, para poder julgar os temas-chaves, representados pelas perguntas: “O quê?”, “Por quê?”, “De quê?” e “Como (o sujeito morreu)?”. Em outras palavras, o protocolo da entrevista forneceu subsídios para a avaliação dos quatro constructos inerentes à autópsia psicológica e, certamente, permitiu fundamentar a decisão final quanto ao possível modo de morte.

Cabe ainda ressaltar que as discordâncias encontradas – seja, supostamente, porque a formulação da pergunta provocou uma ambigüidade na interpretação, seja, pressupostamente, pela diversidade na formação e experiência profissional, dos juízes –, não foram suficientemente prejudiciais para o desdobramento do raciocínio dos juízes, em relação a cada caso em si, já que houve concordância marcante na avaliação final de cada módulo e, conseqüentemente, na tomada de decisão final.

4. Considerações finais

Certamente, para o profissional da área da saúde mental um dos principais desafios é realizar julgamentos clínicos, de forma segura e profunda, a respeito do sujeito que está avaliando. Entretanto, a verdade absoluta é algo inatingível, principalmente

quando se trata da compreensão do ser humano. Pode-se dizer, então, que o julgamento clínico é compatível com uma probabilidade alicerçada em parâmetros científicos. Desta maneira, se a avaliação de um objeto direto de estudo já é uma atividade complexa, o que dizer da avaliação baseada na análise de dados e fatos circunstanciais (emitidos por terceiros) relacionados a um determinado indivíduo, que não pode se submeter ao exame direto, por falecimento.

Talvez seja oportuno lembrar algumas considerações de Freud (1969a), em um artigo de 1937 –“Construções em análise” –, em que discutiu a técnica analítica quanto às vicissitudes para alcançar uma “verdade” ou para a transformação de uma conjectura em convicção. Para isso, comparou o trabalho do arqueólogo nas suas escavações com a do analista, interpretando o paciente em tratamento. De certa forma, o raciocínio implícito pareceria poder se aplicar também as diferenças observadas entre as avaliações diretas e as retrospectivas.

Segundo Freud (1969a), o processo de reconstrução do analista é parecido à escavação do arqueólogo. Ambos reconstróem por meio da *“suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram”*, e os dois *“estão sujeitos a muitas das mesmas dificuldades e fontes de erro”* (p.293). Contudo, a diferença fundamental é de que o material à disposição do analista *“não é algo destruído, mas algo que ainda está vivo”* (p.293). Neste sentido, o arqueólogo trabalha na reconstrução de objetos, dos quais, salvo circunstâncias especiais, grandes e importantes partes se perderam. Entretanto, o “objeto psíquico”, que o analista busca recuperar, está com os *“elementos essenciais preservados; mesmo coisas que aparentemente estão esquecidas estão presentes, de alguma maneira em algum lugar, e simplesmente foram enterradas e tornadas inacessíveis ao indivíduo”* (p.294). Em outras palavras, enquanto a reconstrução, para o arqueólogo, é o objetivo final de seus esforços, para o analista é apenas um trabalho preliminar.

Mas, no trabalho retrospectivo, a abordagem é um pouco diversa, porque o interesse é de reorganizar aquilo que é lembrado quanto à vida do objeto de estudo. Da mesma maneira que no caso do arqueólogo e do analista, existe uma margem de erro tanto na avaliação direta como na retrospectiva. Então, no caso da avaliação retrospectiva, a precisão dos dados ainda é mais duvidosa pela vulnerabilidade à tendenciosidade tanto do/s informante/s quanto do entrevistador. Neste último caso, essa vulnerabilidade será tanto maior, quanto menor for a sua familiaridade com o funcionamento psicológico normal e patológico e a sua sensibilidade a situações clínicas.

Por certo, a avaliação *a posteriori* dos dados da entrevista pelos juízes ainda se torna mais delicada. Perguntar-se-ia então, no estudo realizado, se os julgamentos seriam diversos, se os juízes tivessem tido acesso à gravação das entrevistas ou se essas fossem gravadas em videoteipe? Ou, ainda, surge a dúvida se a fase de treinamento teria levado a resultados diversos, se fosse mais sistemático, com a assistência direta da entrevistadora para todos os juízes?

Nas situações em que o julgamento diverso pareceu ser consequência de uma variedade na formação acadêmica ou diferenças na experiência profissional, estava implícito que a avaliação dependeria mais da existência prévia de uma sensibilidade clínica para fenômenos do funcionamento psicológico, não se relacionando fundamentalmente com recursos de apresentação das informações. Já, na situação em que, provavelmente, houve ambigüidade de interpretação subjetiva, é evidente que melhores estratégias de treinamento não só melhorariam o entendimento, como, também, possivelmente levariam à melhor redação da pergunta em foco. Entretanto, se a entrevistadora tivesse conduzido ela mesma o treinamento de todos os juízes, não poderia surgir a dúvida se os achados obtidos, relativos a um grau de concordância marcante, não seriam devidos a um viés na avaliação por influência pessoal da interessada?

A literatura não fornece subsídios a respeito.

Muitas das publicações sobre autópsia psicológica têm como foco principal a caracterização da estratégia, o destaque da habilidade do *expert* para conduzi-la e a utilidade de tal análise (exemplificado com vinhetas de casos), tanto em processos de investigação (policial, judicial, institucional) como em casos de suicídio e/ou de morte duvidosa, ou, ainda, com fins terapêuticos para os sobreviventes enlutados.

Outras publicações retratam pesquisas de campo que permitiram identificar, em diferentes faixas etárias, contextos culturais e regionais, dados demográficos, psicopatológicos e psicodinâmicos a respeito do suicídio. Todavia, outras fontes descrevem pesquisas utilizando grupos de controle (na maior parte das vezes, de sujeitos vivos) e estudos de análise retrospectiva, incluindo outros instrumentos ou critérios diagnósticos (já consagrados), pretendendo comprovar que a obtenção das informações indiretas na autópsia psicológica parece confiável.

Desta maneira, muitos estudiosos salientam que a autópsia psicológica, para casos de suicídio, demonstra ser útil como um tipo tanto de avaliação clínica, como de

pesquisa. Contudo, são muitas as críticas quanto ao *status* científico desta estratégia. Em função disto, é possível afirmar que a revisão da literatura, embora ofereça fartos subsídios teóricos para fundamentar uma abordagem para a realização de uma autopsia psicológica, também se caracteriza pela carência de uma orientação metodológica para o desenvolvimento de uma estratégia processual para executá-la.

Neste sentido, cabe ressaltar a importância científica deste estudo, dado seu caráter pioneiro.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstraram que:

1. É possível usar um instrumento semi-estruturado para autópsia psicológica, em casos de suicídio.
2. A Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) para casos de suicídio, elaborada com base teórica de quatro temas chaves, é aplicável, porque fornece informações que permitem um grau marcante de concordância entre avaliadores, verificado em 120 mensurações de julgamentos de quatro juízes, isto é:
 - 2.1. em três módulos do esquema decisório, houve concordância entre os juízes, em grau estatisticamente significativa, em todos os passos, exceto em um em cada módulo, mas que não comprometeu a concordância final sobre a avaliação de precipitadores e/ou estressores, motivação e intencionalidade;
 - 2.2. no módulo relativo à avaliação da letalidade, houve 100,0% de concordância entre juízes;
 - 2.3. os julgamentos dos quatro avaliadores, nos quatro módulos, permitiu chegar à concordância final quanto ao modo de morte como suicídio.
3. Para que a avaliação retrospectiva seja eficiente, nos casos de suicídio, é necessário não só administrar adequadamente um instrumento que reduza a avaliação subjetiva, mas também que o entrevistador seja capaz de interpretar cientificamente os dados obtidos e manejar as consequências clínicas da entrevista, pela mobilização afetiva produzida.

SUGESTÕES

1. Os usuários de um instrumento semi-estruturado para autópsia psicológica em casos de suicídio devem, preferencialmente, ter um tipo de formação acadêmica e/ou experiência profissional que os torne adequadamente familiarizados com o funcionamento psicológico normal e patológico.
2. Parece aconselhável desenvolver uma pesquisa subsidiária com um instrumento semi estruturado para autópsia psicológica em casos de suicídio, utilizando um grupo de controle, de sujeitos com modo de morte, considerado pela polícia como duvidoso

SUMMARY

From the literature, it is well known the retrospective evaluation seems to be a scientific way to collect data. In cases that require mode of death investigation, the retrospective evaluation is usually called psychological autopsy. Data collection has been done through interviews with people who knew the victim. The key items to a psychological autopsy for suicide cases are: precipitants and/or stressors, motivation, lethality, and intentionality. Although the authors point out the importance of the clinic experience for psychological autopsy, they do not mention definite strategies, but just some lists, suggesting areas or topics of investigation. An instrument to evaluate psychological autopsy should provide enough, and suitable information in order to allow a reasonable degree of agreement among evaluators. The Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy proposed in this paper consists of four evaluation modules to evaluate key topics associated to suicide. Criteria for choosing the subjects for the research have been identified through a pilot study. In order to evaluate the instrument applicability, a sample formed by 42 subjects related to 21 suicide cases has been used. Twenty-five (25) interviews have been tape recorded first, and then transcribed. The related material as well as the police inquiry data investigation have been presented to four judges. Evaluation of information has been carried out with the help of a four-module formulary for decision taken: precipitants and/or stressors, motivation, lethality, and intentionality. Data processing, whenever possible, has been done through kappa statistics, from STATA soft-ware. Every time when kappa statistics was not possible to be utilized, agreement percentage has been used. The results of this study have shown that: a) it is possible to use a semi-structured instrument for psychological autopsy, in suicide cases; b) the Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) in suicide cases, theoretically based on four key topics, is applicable because it provides information containing a significant degree of agreement among evaluators, found in one hundred twenty measurements of judgements made by four judges. That is to say: a) there has been significant statistics agreement among the judges three modules of the model for decision, except in one step from each module, which did not interfere in the final agreement on the present evaluation; b) in the lethality evaluation module, there has been a 100.% agreement among judges; c) the judgements made by four evaluators on the four modules have allowed to reach a final agreement related to suicide mode.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, N.W. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- ALEXOPOULOS, G.S. Psychological autopsy of an elderly suicide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v.6, n.1, p.45-50, 1991.
- AMARAL AZEVEDO, A.C. *Dicionário de nomes, termos e conceitos históricos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- AMARAL, M. Suicídio, depressão e atividade neurohumoral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.38, n.1, p.31-35, 1989.
- ANDOLFI, M., ANGELS, C., MENGHI, P., NICOLO-CORIGLIANO, A.M. *Por trás da máscara familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ANGERAMI, V.A. *Suicídio, uma alternativa à vida: uma visão clínica existencial*. São Paulo: Traço, 1986.
- ANNON, J.S. The Psychological Autopsy. *American Journal of Forensic Psychology*, v.13, n.2, p.39-48, 1995.
- AÑÓN, F.A. Aproximación teológico-ética y filosófica a la problemática del suicidio. *La Problemática del Suicidio en el Uruguay de Hoy*, v.1, p.71-92, 1992.
- ANSBACHER, H.L. Suicidio: el punto de vista adleriano. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.219-237.
- APA (American Psychiatric Association). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ARGIMON, I. de L. Um estudo de fases da vida mais vulneráveis à depressão com o Inventário de Depressão de Beck. In: VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica. Porto Alegre, 1997. *Anais*. Porto Alegre, 1997. p.140-142.
- ÅSGÅRD, U. A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.82, n.2, p.115-124, 1990.
- AULETE, C. *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Delta, 1958.
- BASTOS, O. Aspectos médico-sociais da prevenção do suicídio. *Documed*, v.1, n.1, p.11-20, 1991.
- BECK, A T., STEER, R.A. *Beck Hopelessness Scale: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1993b.

- BECK, A.T., STEER, R.A. *Beck Scale for Suicidal Ideation: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1993a.
- BECK, A.T., BROWN, G., BERCHIEK, R., STEWART, B., STEER, R.A. Relation between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, v.147, p.190-195, 1990.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- BECK, A.T., SCHUYLER, D., HERMAN, I. Development of suicidal intents scales. In: BECK, A.T., RESNICK, H.P., LETTIARI, D.J. (Ed.). *The prediction of suicide*. Philadelphia: Charles Press, 1974. p.45-56.
- BECK, A.T., STEER, R.A., BECK, J.S., NEWMAN, C.F. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.32, n.2, p.139-145, 1993.
- BECK, A.T., STEER, R.A., SANDERSON, W., SKEIE, T. Panic disorders and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, v.148, n.8, p.1195-1199, 1991.
- BERMAN, A.L. Forensic suicidology and the psychological autopsy. In: LEENAARS, A.A. (Org.). *Suicidology essays in honor of Edwin S. Shneidman*. Northvale: Jason Aronson, 1993. p.248-266.
- BERRIOS, G.E., MOHANNA, M. Durkheim and French psychiatric views on suicide during the 19th century. A conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, v.156, p.1-9, 1990.
- BESKOW, J., RUNESON, B., ÅSGÅRD, U. Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.84, p.482-487, 1991.
- BESKOW, J., RUNESON, B., ÅSGÅRD, U. Psychological Autopsies: methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.20, n.4, p.307-323, 1990.
- BÍBLIA SAGRADA. *Antigo e Novo Testamento*. São Paulo: Martim Francisco, 1978.
- BOTEGA, N.J. Suicídio e tentativa de suicídio. In: ALMEIDA, P.P. de, DRATEU, L., LARANJEIRA, R. (Org.). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.221-227.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- BRENT, D.A. The Psychological Autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.19, n.1, p.43-57, 1989.
- BRENT, D.A., KOLKO, D.J. Suicídio e comportamento suicida em crianças e adolescentes. In: GARFINKEL, B.D., CARLSON, G.A., WELLER, E.B. (Org.). *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.317-332.
- BRENT, D.A., PERPER, J.A., KOLKO, D.J., ZELENACK, J.P. The Psychological Autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, v.27, n.3, p.262-266, 1988.

- BRENT, D.A., PERPER, J.A., MORITZ, G., ALLMAN, C.J., ROTH, C., SCHWEERS, J., BALACH, L. The validity of diagnosis obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.87, p.118-122, 1993.
- BROOKS-GUN, J., PETERSEN, A. Studying the emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, v.20, n.2, p.115-119, 1991.
- BROWN, P. Ásia tem os maiores índices de suicídio. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 6 abr. 1997. p.27-28.
- BRUM, E., NASCIMENTO, S. O mistério do Vale do Rio Pardo. *Zero Hora*. Porto Alegre, 3 mar. 1996a.
- BRUM, E., NASCIMENTO, S. Venâncio Aires tem alto índice de suicídios. *Zero Hora*. Porto Alegre, 29 fev. 1996b.
- BUCHER, J.S.N.F. Mitos, segredos e ritos na família. *Psicologia, Teoria, Pesquisa*, v.1, n.2, p.110-117, 1985.
- CANTOR, C., BURNETT, P., QUINN, J., NIZETTE, D., BROOK, C. Suicide and psychiatry care: a preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.85, p.229-233, 1992.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARLSON, G., CANTWELL, D.P. Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, v.21, n.4, p.361-368, 1982.
- CASSORLA, R.M.S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R.M.S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. São Paulo: Papyrus, 1991. p.17-26.
- CASSORLA, R.M.S. *O que é suicídio*. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- CHAUI, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1995.
- CLARCK, D.C., HORTON-DEUTSCH, S.L. Assessment in absentia: the value of the Psychological Autopsy Method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In: MARIS, R.W., BERMAN, A.L., MALTSBERGER, J.J., YUFIT, R.I. (Ed.). *Assessment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press, 1992. p.144-182.
- CLINE, J.S., WILLCOX, J.R. Defense of a suicide case. In: NOLAN, J.L. (Ed.). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims*. Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1988. p.13-31.
- CORREIO DO POVO Agrotóxicos causam suicídios. *Correio do Povo*. Porto Alegre, 29 fev. 1996. p.19.
- CROCE, D., CROCE, D.J. *Manual de medicina legal*. São Paulo: Saraiva, 1994.
- CUNHA, J.A., CHIOQUETA, A.P. Indícios sugestivos de potencial suicida na adolescência. In: Congresso Internacional de Saúde Mental. Canela, RS, 1997. *Tema livre*. Canela, RS, 1997.

- CUNHA, J.A., OLIVEIRA, M.S. Um estudo com o Inventário de Depressão de Beck em dependentes do álcool. In: II Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: ensino, pesquisa e aplicações. São Paulo, 1996. *Tema livre*. São Paulo, 1996.
- CURPHEY, T.J. El especialista en ciencias sociales en la configuración médico legal de la muerte por suicidio. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.128-135.
- DAVIS, J.H.. Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. In: NOLAN, J.L. (Ed.). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims*. Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1988. p.33-49.
- DEWALD, P.A. *Psicoterapia: uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- DIAS, M.L. *Suicídio: testemunhas de adeus*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DIEKSTRA, R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Archives of Suicide Research*, v.2, p.1-29, 1996.
- DIGGORY, J.C. Suicide and value. In: RESNIK, H.L.P. (Org.). *Suicidal behaviors*. Boston: Little Brown, 1968. p.3-18.
- DML (Departamento Médico Legal). *Estatísticas dos óbitos*. Porto Alegre: Controle de Perícias, 2000. (inédito)
- DURKHEIM, E. *Suicide*. New York: The Free Press, 1966.
- EADS, B. Licença para matar. *Seleções*, p.12-17, nov. 1997.
- EBERT, B. Guide to conducting a psychological autopsy. In: ANCHOR, K.N. (Ed.). *The handbook of medical psychotherapy cost: effective strategies in mental health*. Lewiston: Hohrefe & Huber, 1991. p.249-256.
- ENCICLOPÉDIA BARSA. Rio de Janeiro: Encyclopédia Britânica, 1965.
- FACHEL, J.M.G., CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: CUNHA, J.A. et al. *Psicodiagnóstico-V*. 5.ed.rev.ampl. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.158-170.
- FALK, J.W., CARVALHO, L.A. de, SILVA, L.R. de, PINHEIRO, S. Suicídio e doença mental em Venâncio Aires RS: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados? *Relatório Preliminar de Pesquisa*, 1996.
- FALK, J.W., CARVALHO, L.A. de, SILVA, L.R. de, PINHEIRO, S. Suicídio e uso de agrotóxicos: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados? *Relatório Azul*, Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, v.1, p.244-262, 1995.
- FARBEROW, N.L.; SHNEIDMAN, E.S. Prefacio. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.X-XIV.

- FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S., LEONARD, C.V. Suicidio entre los pacientes esquizofrénicos. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.90-127.
- FAWCETT, J., SHAUGHNESSY, R. O paciente suicida. In: FLAHERTY, J.A., CHANNON, R.A., DAVIS, J.M. (Org.). *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.66-74.
- FAWCETT, J.A.N., CLARCK, D.C., BUCK, K. Assessing and treating the patients at risk of suicide. *Psychiatric Annals*, v.23, n.5, p.244-255, 1993.
- FENICHEL, O. *Teoria psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- FINKEL, S.I., ROSMAN, M. Six elderly suicides in a 1 year period in a rural midwestern community. *International Psychogeriatrics*, v.7, n.2, p.221-230, 1995.
- FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Comprehensive textbook of psychiatry - II*. Baltimore: The Williams & Wilkins, 1975.
- FREUD, S. A psicanálise e as neuroses de guerra. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v.XVII, p.259-263.
- FREUD, S. A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. v.XVIII, p.183-212.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. v.XVIII, p.13-85.
- FREUD, S. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v.XI, p.217-218.
- FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v.VII, p.16-106.
- FREUD, S. Luto e melancolia. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974a. v.XIV, p.271-291.
- FREUD, S. Memorandum sobre o tratamento elétrico dos neuróticos de guerra. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976d. v.XVII, p.265-270.
- FREUD, S. Construções em análise. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. v.XXIII, p.290-304.
- FREUD, S. Nota sobre um caso de neurose obsessiva. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. v.X, p.159-317.

- FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoide). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. v.XII, p.23-108.
- FREUD, S. O ego e o id. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976e. v.XIX, p.13-76.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. v.XXI, p.75-171.
- FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976f. v.XVIII, p.91-179.
- FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974c. v.XIV, p.311-341.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974d. v.XIV, p.85-119.
- FROTA-PESSOA, O. Genética da depressão e profilaxia do suicídio. *Documed*, v.1, n.1, p.5-9, 1991.
- FUTTERMAN, S. Suicídio: el punto de vista psicoanalítico. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.175-190.
- GALLI, E. Neurobiologia del suicidio. Neuroquímica del suicidio: em busca de un predictor. *Psiquiatria Biológica*, v.3, n.2, p.29-32, 1995.
- GAMEIRO, J. *Voando sobre a psiquiatria*. Porto; Afrontamento, 1992.
- GARFINKEL, B.D., FROESE, A., HOOD, J. Suicide attempts in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, v.139, p.1257-1261, 1982.
- GARMA, A. *Sadismo y masoquismo en la conducta*. Buenos Aires: Nova, 1960.
- GAY, P. *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- GÓMEZ, G.B. La familia: una red de relaciones. Bogotá: *Encuentro Nacional sobre la Familia*, 1983.
- GOULD, M.S., SHAFFER, D., FISHER, P., KLEINMAN, M., MORISHIMA, A. The clinical prediction of adolescent suicide. In: MARIS, R.W., BERMAN, A.L., MALTSBERGER, J.T., YUFIT, R.I. (Ed.). *Assessment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press, 1992. p.130-143.
- GREEN, M.R. Suicidio: el punto de vista de Sullivan. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.239-256.
- GUIRAL, J.C. Los filósofos ante el suicidio. *La Problemática del Suicidio en el Uruguay de Hoy*, v.1, p.93-104, 1992.

- HALL, C.S., LINDZEY, G. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Herder, 1996.
- HAWTON, K., APPLEBY, L., PLATT, S., FOSTER, T., COOPER, J., MALMBERG, A., SIMKIN, S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, v.50, p.269-276, 1998.
- HEIKKINEN, M.E., ARO, H.M., HENRIKSSON, M., ISOMETSÄ, E.T., SARNA, S.J., KUOPPOSALMI, K., LONNQVIST, J.K. Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, v.18, n.5, p.1143-1149, 1994.
- HEILAE, H., ISOMETSAE, E.T., HENRIKSSON, M., HEIKKINEN, M.E.; MARTTUNEN, M., LOENNQVIST, J.K. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, v.154, n.9, p.1235-1242, 1997.
- HENDIM, H. Suicidio: el punto de vista psicoanalítico. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.191-204.
- HINSHELWOOD, R.D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ISOMETSÄ, E., HEIKKINEN, M., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M., ARO, H., LÖNNQVIST, J. Differences between urban and rural suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.95, p.297-305, 1997.
- ISOMETSÄ, E., HENRIKSSON, M., ARO, H.M., HEIKKINEN, M., KUOPPASALMI, K., LÖNNQVIST, J. Suicide in psychotic major depression. *Journal of Affective Disorders*, v.31, n.3, p.187-191, 1994.
- JACOBS, D., KLEIN, M.E. The expanding role of psychological autopsies. In: LEENAARS, A.A. (Org.). *Suicidology essays in honor of Edwin S. Shneidman*. Northvale: Jason Aronson, 1993. p.209-247.
- JACOBS, D., KLEIN-BENHEIN, M. The Psychological Autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, v.23, n.2, p.165-182, 1995.
- JACOBS, D.G., BREWER, M., KLEIN-BENHEIM, M. Suicide assessment: an overview and recommended protocol. In: JACOBS, D.G. (Ed.). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999. p.3-39.
- KALINA, E., KOVADLOFF, S. *As cerimônias da destruição*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- KAPLAN, H., SADOCK, B.J. *Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais, psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KELLER, M.B., HANKS, D.L. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. Annual Congress of the European College of Neuropsychopharmacology: receptor specificity for antidepressants and importance for treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, v.56(suppl.), p.22-29, 1995.

- KELLY, T.M., MANN, J.J. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.94, p.337-343, 1996.
- KIEV, A. Cluster analysis profiles of suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, v.133, n.2, p.150-153, 1976.
- KLOPPER, B. Suicidio: el punto de vista de Jung. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.205-218.
- KNOBEL, M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: CASSORLA, R.M.S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p.27-40.
- KRIEGER, G. Psychological Autopsies of hospital suicides. *Hospital & Community Psychiatry*, v.19, p.218-220, 1968.
- KÜBLER-ROSS, E. *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- KUSNETZOFF, J.C. *Introdução à psicopatologia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- LAPLANCHE, J. A pulsão de morte na teoria da pulsão sexual. In: GREEN, A. et al. *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988. p.13-29.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- LAU, R.W. Fatal suicides among children and adolescents 1992-1994. *Bulletin of the Hong Kong Psychological Society*, v.32, p.105-112, 1994.
- LEENAARS, A.A. Suicide: a multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.26, n.3, p.221-236, 1996.
- LENNINGS, C. Suicide and time perspective: an examination of Beck and Youfit's suicide risk indicators. *Journal of Clinical Psychology*, v.48, n.4, p.510-516, 1992.
- LISTA, A., BENVENUTI, M.J. Neurobiologia del suicidio. *La Problemática del Suicidio en el Uruguay de Hoy*, v.2, p.51-86, 1992.
- LITMAN, R.E. Mental disorders and suicidal intention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.17, n.2, p.85-92, 1987.
- LITMAN, R.E. Psychological Autopsies. *Journal of Forensic Issues*, v.34, n.3, p.638-646, 1989.
- LITMAN, R.E. Psychological autopsies, mental illness and intention in suicide. In: NOLAN, J.L. (Ed.). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims*. Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1988. p.69-82.
- LITMAN, R.E. Suicidology: a look backward and ahead. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.26, n.1, p.1-7, 1996.
- LITMAN, R.E., TABACHNICK, M.D. Psychoanalytic theories of suicide. In: RESNIK, H.L.P. (Org.). *Suicidal behaviors*. Boston: Little Brown, 1968. p.73-81.

- LITMAN, R.E., CURPHEY, T., SHNEIDMAN, E.S., FARBEROW, N.L., TABACHNICK, N. Investigations of equivocal suicides. *Journal of the American Medical Association*, v.12, n.184, p.924-929, 1963.
- MACHADO, M., TUTTÉ, A. Mas de um suicídio diário em Uruguay. *Tres, Revista de Actualidad*, v.1, n.3, p.28, 1996.
- MACKINNON, R.A., MICHELS, R. *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- MALTSBERGER, J.J. The psychodynamic understanding of suicide. In: JACOBS, D.G. *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999. p.72-82.
- MARIS, R.W. Social and familial risk factors in suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, v.20, n.3, p.519-550, 1997.
- MARTUNNEN, M.J., ARO, H.M., LÖNNQVIST, J.K. Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, v.2, n.1, p.10-18, 1993.
- MARTUSCELLO, C. *Suicídio, percepção e prevenção*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.
- MAYO, D.J. What is being predicts? Definitions of "suicide". In: MARIS, R.W., BERMAN, A.L., MALTSBERGER, J.J., YUFIT, R.I. (Ed.). *Assessment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press, 1992. p.88-101.
- MCGOLDRICK, M., GERSON, R. *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa, 1987.
- MEERLOO, J.A.M. Hidden suicide. In: RESNIK, H.L.P. (Org.). *Suicidal behaviors*. Boston: Little Brown, 1968. p.82-89.
- MENNINGER, K. *Eros e Tanatos: o homem contra si próprio*. São Paulo: Ibrasa, 1970.
- MIERMONT, J. *Dicionário de terapias familiares: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MINKOFF, K., BERGMAN, E., BECK, A.T., BECK, R. Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, v.130, n.4, p.455-459, 1973.
- MINUCHIN, S. *Famílias, funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- MIRABETE, J.F. *Manual de direito penal*. São Paulo: Atlas, 1990.
- MOORE, B.E., FINE, B.D. *A glossary of psychoanalytic terms and concepts*. New York: The American Psychoanalytic Association, 1968.
- MOSCICKI, E.K. Identification of suicide risks factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric Clinics of North America*, v.20, n.3, p.499-517, 1997.
- NAPIER, A., WHITAKER, C.A. *El crisol de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu, 1982.
- NEILL, K., BENENSOHN, H.S., FARBER, A.N., RESNIK, H.L.P. The psychological autopsy: a technique for investigating a hospital suicide. *Hospital and Community Psychiatry*, v.2, p.33-36, 1974.

- NIELSEN, A.S., STANAGER, E., BRAHE, V.B. Attempted suicide, suicidal intent and alcohol. *Crisis*, v.14, n.10, p.32-38, 1993.
- NISBET, R. *Os filósofos sociais*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1982.
- NOLAN, J.L. Suicide, sane or insane and suicidal intent. In: NOLAN, J.L. (Ed.). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims*. Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1988. p.51-62.
- NORDSTRÖM, R., GUSTAVSON, P., EDMAN, G., ASBERG, M. Temperamental vulnerability and suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.26, n.4, p.380-394, 1996.
- NOYES JR., R. The taboo of suicide. *Psychiatry*, v.31, n.2, p.173-183, 1968.
- O'CARROLL, P.W., BERMAN, A.L., MARIS, R.W., MOSCICKI, E.U., TANNEY, B.L., SILVERMAN, M.M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, v.26, n.3, p.237-252, 1996.
- OLIVEIRA, M.S. A complexa questão da avaliação do potencial suicida em alcoolistas. In: VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica. Porto Alegre, 1997. *Anais*. Porto Alegre, 1997. p.143-146.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). El suicidio y los intentos de suicidio. *Cuadernos de Salud Publica*. Ginebra, 1976. 146p.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Prevención de suicidio. *Cuadernos de Salud Publica*. Ginebra, 1969. 89p.
- OTHMER, E., OTHMER, S.C. *A entrevista clínica, usando DSM-III-R*. São Paulo: Manole, 1992.
- OTHMER, E., OTHMER, S.C. *The clinical interview, using DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- PAIVA, L.M. de. Tanatismo, suicídio e vitimologia. In: CASSORLA, R.M.S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p.195-229.
- PERRY, M. *Civilização ocidental: uma história concisa*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- PIAZZA, W.O. *Religiões da humanidade*. São Paulo: Loyola, 1991.
- PINCUS, L., DARE, Ch. *Psicodinâmica da família*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- RAPELI, C.B. *Características clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no hospital de Clínicas da UNICAMP, de outubro de 1995 a setembro de 1996*. Campinas: UNICAMP, 1997. (Dissertação de mestrado)
- RETTERSTOL, N. *Suicide: an european perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- RIBEIRO, M.A. Relações familiares: a percepção dos filhos adolescentes. *Estudos de Psicologia*, Revista do Instituto de Psicologia PUCCAMP, Campinas, v.9, n.1, jan./abr. 1992.
- RICH, Ch.L., SHERMAN, M., FOWLER, R.C. San Diego suicide study: the adolescents. *Adolescence*, v.25, n.100, p.855-865, 1990.

- RING, L.M. Obtaining insurance proceeds over a suicide defense. In: NOLAN, J.L. (Ed.). *The suicide case: investigation and trial of insurance claims*. Chicago: Tort and insurance practice section American Bar Association, 1988. p.1-11.
- ROBERTT, P. El suicidio en Uruguay. *Revista Salud Problema. Nueva Época*, v.4, n.6, p.65-78, 1999.
- ROBINS, E., SEYMOUR, G., KAYES, J., WILKINSON, R.H., MURPHY, G.E. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *American Journal of Psychiatry*, n.115, p.724-733, 1959.
- ROSSIS, L.E. de. Suicidio: el punto de vista de Horney. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.257-278.
- ROY, A. Are there genetic factors in suicide? *International Review of Psychiatry*, v.4, p.169-175, 1992.
- ROY, A. Suicidio. In: KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.1875-1889.
- ROY, A., LINNOILA, M. Monoamines and suicidal behavior. In: VAN PRAAG, H. PLUTCHIK, R., APTER, A. (Org.). *Violence and suicidality: perspectives in clinical and psychobiological research*. New York: Brunner/Mazel, 1990. p.141-175.
- RUDESTAM, K.E. Some notes on conducting a psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.9, n.3, p.141-144, 1979.
- RUNESON, B.S., BESKOW, J., WAERN, M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.93, p.35-43, 1996.
- SANBORN, D.E., SANBORN, C.J. The psychological autopsy as a therapeutic tool. *Diseases of the Nervous System*, v.37, n.1, p.4-8, 1976.
- SCHWARTZ, A., SCHWARTZ, R.M. *Depression: theories and treatments*. New York: Columbia University Press, 1993.
- SELKIN, J. Psychological autopsy: scientific psychohistory or clinical intuition? *American Psychologist*, p.74-75, Jan. 1994.
- SELKIN, J., LOYA, F. Issues in the Psychological Autopsy of a controversial public figure. *Professional Psychology*, v.10, n.1, p.87-93, 1979.
- SHAFFER, D., GOULD, M.S., FISHER, P., TRAUTMAN, P. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, v.53, n.4, p.339-348, 1996.
- SHAFII, M., CARRIGAN, S., WHITTINGHILL, J.R., DERRICK, A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, v.149, n.9, p.1061-1064, Sept. 1985.
- SHNEIDMAN, E. *Definition of suicide*. New Jersey: Aronson, 1994b.
- SHNEIDMAN, E.S. A conspectus of the suicidal scenario. In: MARIS, R.W., BERMAN, A.L., MALTSBERGER, J.J., YUFIT, R.I. (Ed.). *Assessment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press, 1992. p.50-64.

- SHNEIDMAN, E.S. Clues to suicide, reconsidered. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.24, n.4, p.395-397, 1994a.
- SHNEIDMAN, E.S. Orientations towards death: a vital aspect of the study of lives. In: RESNIK, H.L.P. (Org.). *Suicidal behaviors*. Boston: Little Brown, 1968. p.19-48.
- SCHNEIDMAN, E.S. Perturbation and lethality: a psychological approach to assessment and intervention. In: JACOBS, D.G. (Ed.). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999. p.83-97.
- SHNEIDMAN, E.S. Suicide, lethality and the psychological autopsy. In: SHNEIDMAN, E.S., ORTEGA, M. *Aspects of depression*. Boston: Little, Brown, 1969. p.225-249.
- SHNEIDMAN, E.S. Suicide. In: FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Comprehensive textbook of psychiatry - II*. Baltimore: The Williams & Wilkins, 1975. p.1774-1785.
- SHNEIDMAN, E.S. The Psychological Autopsy. *American Psychologist*, p.75-76, Jan. 1994c.
- SHNEIDMAN, E.S. The Psychological Autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v.11, n.4, p.325-340, 1981.
- SHNEIDMAN, E.S., FARBEROW, L. Comparaciones estadísticas entre intentos de suicidios consumados. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969a. p.20-53.
- SHNEIDMAN, E.S., FARBEROW, N.L. Investigaciones sobre muertes dudosamente suicidas. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969b. p.136-147.
- SHNEIDMAN, E.S., FARBEROW, L., LITMAN, R.E. El Centro de Prevención del Suicidio. In: FARBEROW, N.L., SHNEIDMAN, E.S. (Org.). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969. p.6-19.
- SILVA, F. de A. *História geral: história antiga e medieval*. São Paulo: Moderna, 1994.
- SILVA, M.A.G. El suicidio desde la sociología: Emilio Durkheim. *Revista Relaciones*, v.115, p.4-6, 1993.
- SIMPSON, G. Introduction. The aetiology of suicide. In: DURKHEIM, E. *Suicide*. New York: The Free Press, 1966. p.13-32.
- SOUBRIER, J.P. Definitions of suicide. In: LEENAARS, A.A. (Org.). *Suicidology essays in honor of Edwin S. Shneidman*. Northvale: Jason Aronson, 1993. p.35-41.
- SOUTO-MAIOR, A. *História geral*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1970.
- SPELLMAN, A., HEYNE B. Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The Psychological Autopsy in jail suicides. *Psychiatric Quarterly*, v.60, n.2, p.173-183, 1989.

- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente). *Estatística de Saúde: mortalidade 1995*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 1996. v.21, 220p.
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente). *Estatística de Saúde: mortalidade 1997*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 1998. v.23. 262p.
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente). *Estatística de Saúde: mortalidade 1999*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 2000. (inédito)
- STATA: statistics, graphics, data management. Computing Resource Center. Santa Monica, CA Copyright, 1992. v.2.
- STENGEL, E. Attempted suicides. In: RESNIK, H.L.P. (Org.). *Suicidal behaviors*. Boston: Little Brown, 1968. p.171-189.
- STENGEL, E. *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Hormé, 1965.
- TOLEDO, J. *Dicionário de suicidas ilustres*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- VANSAN, G.A. *Suicídio: aspectos sociais, clínicos e psicodinâmicos*. Ribeirão Preto: USP, 1981. (Tese de doutorado)
- VEJA. Do que as pessoas morrem? *Veja*. São Paulo, 20 out.1999a. p.64.
- VEJA. Morte na floresta. *Veja*. São Paulo, 18 ago. 1999b. p.59.
- VEJA. Tragédia rural: município gaúcho é recordista de suicídios. *Veja*. São Paulo, 4 mar. 1996. p.100.
- VEJA. Triste record. *Veja*. São Paulo, 25 ago. 1999c. p.70-1.
- VENEU, M.G. *Ou não ser: um estudo sobre a discriminação do suicídio no ocidente*. Rio de Janeiro: URJJ, 1992 (Dissertação de mestrado)
- VILHENA, J. de. Psicanálise e terapia de família. In: FIGUEIRA, S.A. *Efeito psi, a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1988. p.87-101.
- WEISMAN, A.D. Thanatology. In: FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Comprehensive textbook of psychiatry - II*. Baltimore: The Williams & Wilkins, 1975. p.1748-1759.
- WESTMEYER, H., HAGEBÖCK, J. Computer-assisted assessment: a normative perspective. *European Journal of Psychological Assessment*, v.8, n.1, p.1-16,1992.
- WHO (World Health Organization). *Preventing suicide: how to start a survivor's group*. Genebre: Department of Mental Health, 2000a.
- WHO (World Health Organization). *Suicide prevention*, 2000b. <who.int.mental_health/suicide>
- WILSON, M.R. A proposed diagnostic classification for adolescent psychiatric cases. In: FEINSTEIN, S.C., GIOVACCHINI, P.L., MILLER, A.A. *Adolescent psychiatry*. New York: Basic Books, 1971. p.275-295.
- WYNNE, L.C. Transient situational disturbances. In: FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Comprehensive textbook of psychiatry - II*. Baltimore: The Williams & Wilkins, 1975. p.1609-1618.

- YOUNG, T.J. Procedures and problems in conducting a psychological autopsy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, v.36. n.1, p.43-52, 1992.
- YOUNGER, S., CLARK, D.C., OEHMIG, L.R., STEIN, R.J. Availability of knowledge informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.38, p.11, p.1969-1975, 1990.
- YUFIT, R.I. Avaliação do risco de suicídio. In: CRAIG, R.J. *Entrevista clínica e diagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.367-384.
- ZAIDAF, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ANEXOS

ANEXO A

CORRESPONDÊNCIA ENCAMINHADA AOS POSSÍVEIS INFORMANTES

Anexo A-1

Porto Alegre, _____

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa com o objetivo de identificar modos de morte, que constitui um trabalho para a obtenção do grau de Doutor, na Universidade Estadual de Campinas, SP (UNICAMP).

Para isso, torna-se necessário realizar uma entrevista para obter informações precisas de, pelo menos, dois familiares, amigos e/ou conhecidos do falecido (____), informações estas que terão caráter sigiloso. Desta maneira, voltaremos a entrar em contato para saber de sua disponibilidade e concordância em participar deste estudo e marcar uma entrevista em hora e local que lhe for mais conveniente.

Agradecendo antecipadamente sua atenção, somos

Atenciosamente

Blanca Guevara Werlang
Psicóloga Clínica
Fone: ----

Anexo A-2

Porto Alegre, _____

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa com o objetivo de identificar modos de morte, que constitui um trabalho para a obtenção do grau de Doutor, na Universidade Estadual de Campinas, SP (UNICAMP).

Para isso, torna-se necessário realizar uma entrevista para obter informações precisas de, pelo menos, dois familiares, amigos e/ou conhecidos do falecido (____), informações estas que terão caráter sigiloso. Desta maneira, como não tenho seu número telefônico*, solicito entrar em contato comigo pelo fone ----, para saber de sua disponibilidade e concordância em participar deste estudo e marcar uma entrevista em hora e local que lhe for mais conveniente.

Agradecendo antecipadamente sua atenção, somos

Atenciosamente

Blanca Guevara Werlang
Psicóloga Clínica
Fone: ----

* Não havia referência ao número telefônico no Inquérito Policial.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo identificar modos de morte. Para tanto, será realizada uma entrevista com familiares, amigos e/ou conhecidos do falecido, para obter informações precisas da ocorrência, de aspectos pessoais, familiares e sociais e de personalidade do mesmo. Os dados obtidos durante a entrevista serão mantidos em sigilo e colocados, anonimamente, à disposição do pesquisador responsável pelo estudo e seus colaboradores. O maior desconforto para o informante será o tempo que terá de dispor para responder à entrevista, bem como a re-lembrança de fatos que podem ter sido difíceis. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Nós, _____

fomos informados dos objetivos especificados acima e da justificativa deste estudo, de forma clara e detalhada. Recebemos informações específicas sobre o procedimento no qual estaremos envolvidos, dos desconfortos previstos, tanto quanto do benefício esperado. Todas as nossas dúvidas foram respondidas com clareza, e sabemos que poderemos solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Durante a entrevista, fomos certificados de que as informações por nós fornecidas terão caráter confidencial.

Assinatura do pesquisador:	_____
Assinatura do auxiliar de pesquisa:	_____
Assinatura dos informantes:	_____

Porto Alegre, _____

* Nome e assinatura somente no original.

ANEXO C

DADOS BÁSICOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CASO e ITENS DO INQUÉRITO POLICIAL

DADOS BÁSICOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CASO*

Número do caso: _____

Nome: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Cor: _____

Local onde nasceu: _____

Local onde viveu mais tempo: _____

Nacionalidade: _____

Estado civil: _____

Situação domiciliar: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Última situação ocupacional: _____

Religião informada: _____

Último endereço residencial: Rua: _____

Número: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Endereço do responsável pela ocorrência: _____

Data do suicídio: _____

Dia da semana: _____

Hora: _____

Local do fato: _____

Delegacia de Polícia: _____

Número do Processo Policial: _____

Outros dados : _____

* Dados extraídos do registro do Departamento Médico Legal (DML), do processo constante na delegacia de polícia e/ou da entrevista com os informantes.

ITENS DO INQUÉRITO POLICIAL

PORTARIA

COMUNICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

AUTO DE APREENSÃO

TERMO DE DECLARAÇÕES

AUTO DE NECROPSIA

PERÍCIA DE ÁLCOOL

PERÍCIA DE PSICOTRÓPICOS

PERÍCIA DO DEPARTAMENTO DE CRIMINALÍSTICA

DOCUMENTOS PESSOAIS E/OU BILHETES

RELATÓRIO FINAL DO INQUÉRITO POLICIAL

ANEXO D

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AUTÓPSIA PSICOLÓGICA (ESAP)

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AUTÓPSIA PSICOLÓGICA (ESAP)

Caso número: _____

Data da entrevista: _____

Duração da entrevista propriamente dita: Início: _____

Fim: _____

Duração: _____

Local da entrevista: _____

INFORMANTES: identificação e relação com a vítima

	Nome	Sexo	Idade	Relação
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

AValiação dos precipitadores e/ou estressores

O que aconteceu antes da morte e que pode ter alguma relação com o fato? Com ele mesmo? Na família? Nas relações com os outros? Na escola ou no trabalho? Em questões de dinheiro ou outras? _____

Especifique fatores precipitadores negativos, imediatos:

na área pessoal	() sim	() não
na área familiar	() sim	() não
de área interpessoal	() sim	() não
na área acadêmica	() sim	() não
na área ocupacional	() sim	() não
na área financeira	() sim	() não
outra	() sim	() não

Especifique: _____

Especifique fatores precipitadores positivos, imediatos:

na área pessoal	() sim	() não
na área familiar	() sim	() não
de área interpessoal	() sim	() não
na área acadêmica	() sim	() não
na área ocupacional	() sim	() não
na área financeira	() sim	() não
outra	() sim	() não

Especifique: _____

Qual foi a reação do/a falecido/a a esse/s acontecimento/s?

choro	() sim	() não
desespero	() sim	() não
frustração	() sim	() não
tristeza	() sim	() não

alegria () sim () não
intolerância () sim () não
outra () sim () não

Especifique: _____

Seu comportamento se modificou de alguma maneira?

na área pessoal () sim () não
na área familiar () sim () não
de área interpessoal () sim () não
na área acadêmica () sim () não
na área ocupacional () sim () não
na área financeira () sim () não
outra () sim () não

Especifique: _____

AValiação da Motivação

Por que será que o suicídio ocorreu ou quais as razões que tinha para querer morrer?

São referidos problemas psicossociais, ambientais ou acontecimentos de vida não imediatos?*

Problemas com o grupo de apoio primário () sim () não
(Como foi sua vida na família? Que problemas teve?)
Especifique: _____

Problemas relacionados ao ambiente social () sim () não
(Como se dava com amigos, vizinhos, etc.?)
Especifique: _____

Problemas ocupacionais () sim () não
(Como foi sua vida na escola? No trabalho? que problemas teve?)
Especifique: _____

Problemas de moradia () sim () não
(Como era a casa e o lugar em que costumava morar? Que dificuldades enfrentou?)
Especifique: _____

Problemas econômicos () sim () não
(Como lidava com dinheiro e com problemas financeiros?)
Especifique: _____

Problemas com o acesso aos serviços de cuidado à saúde () sim () não
(Aonde ou a quem procurava em caso de problemas de saúde?)

* As categorias aqui utilizadas são as propostas na avaliação dos problemas psicossociais e ambientais, Eixo IV da Avaliação Multiaxial do DSM-IV. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais.** DSM-IV. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p.31.

Especifique: _____

Problemas relacionados à interação como sistema legal/criminal () sim () não
(Alguma vez teve problemas com a polícia?)

Especifique: _____

Outros problemas psicossociais e ambientais () sim () não
(Que outras dificuldades teve com as outras pessoas ou no meio em que vivia?)

Especifique: _____

São referidos sintomas de mau funcionamento?*

Nas funções afetivas () sim () não
(Quais os sentimentos que mais manifestava?)

Especifique: _____

Nas funções perceptivas () sim () não
(Tinha problemas visuais, auditivos, táteis, olfativos e de equilíbrio?)

Especifique: _____

Nas funções cognitivas () sim () não
(Como descreveria a pessoa em termos de inteligência, raciocínio, memória, consciência das coisas?)

Especifique: _____

Nas funções somático-viscerais () sim () não
(Costumava se queixar de alguma coisa no funcionamento do corpo: estômago, fígado, bexiga, coração, pulmão ou qualquer outro órgão?)

Especifique: _____

* A inclusão desses itens foi sugerida por parte do conteúdo do *Adolescent Psychiatry Diagnostic Form* (Wilson, 1971).

No sistema neurológico () sim () não
(Tinha dores de cabeça, tonturas, desmaios, convulsões ou
outros problemas neurológicos?)
Especifique: _____

Nas funções integrativas () sim () não
(Tinha dificuldades em relação a comida, sono, fala, sexualidade?)
Especifique: _____

Outros sintomas de mau funcionamento () sim () não
Especifique: _____

São referidas características de personalidade? Apresentava comportamentos como os exemplificados a seguir?

Preocupações e/ou medos com sujeira, contaminação, saúde,
e/ou segurança; atos repetitivos e/ou estereotipados; conduta
rígida, autocrítica, ordeira e perfeccionista () sim () não
(Tinha manias de limpeza, de ordem, de ver se a casa estava
bem fechada, etc.?)
Especifique: _____

Medos intensos a animais, a alturas, lugares abertos, espaços
fechados, lojas, multidões, de deixar a casa, trovoadas, de escuro () sim () não
(Tinha medo de alguma/s coisa/s?)
Especifique: _____

Comportamento dramático, sedutor, manipulativo, várias
queixas físicas e simulações de doenças () sim () não
(Gostava de “dar show”?)
Especifique: _____

Manifestações de tristeza, desânimo, desespero, perda da auto-
estima, ambivalência, lentificação do pensamento e do
comportamento motor () sim () não
(Costumava entrar “na fossa” com facilidade?)
Especifique: _____

Demonstrava ciúmes, inveja, não aceitava a ajuda dos outros, sua conduta era secreta e isolada, temia ser atacado ou tratado injustamente, era tenso, inseguro e desconfiava dos outros, tinha mania de perseguição.

() sim () não

(Desconfiava dos outros?)

Especifique: _____

Necessidade excessiva de cuidados, dificuldades para tomar decisões e iniciativa, sentia desconforto e desamparo, superdependente, apegado, comportamento controlador e exigente.

() sim () não

(Precisava muito da ajuda dos outros?)

Especifique: _____

Agitação, comportamento agressivo, destrutivo, mentiras, roubo, provocação

() sim () não

(Estourava com facilidade? Usava qualquer meio para conseguir as coisas?)

Especifique: _____

Atitudes distantes, isoladas, frias, retraídas, poucas atividades, poucos relacionamentos

() sim () não

(Era fechado, pouco afetoso, de poucos amigos?)

Especifique: _____

Comportamento e comunicação desorganizados, prejuízo em todas as áreas, presença de delírios e alucinações

() sim () não

(Tinha comportamentos estranhos, diferentes das outras pessoas?)

Especifique: _____

Outros comportamentos

() sim () não

(Chamava a atenção por algum outro comportamento?)

Especifique: _____

São referidos fatos associados à história familiar?

Doenças físicas () sim () não

(Na sua família, que doenças físicas foram mais comuns?)

Especifique: _____

Doenças psiquiátricas () sim () não

(Na família, houve hospitalizações psiquiátricas ou pessoas com doença mental? Como eram essa/s pessoa/s?)

Especifique: _____

Tratamentos médico/psicológico () sim () não

(Chegaram a procurar algum tratamento?)

Especifique: _____

Tentativas de suicídio () sim () não

(Na família, alguém tentou se suicidar?)

Especifique: _____

Suicídios () sim () não

(Na família, alguém chegou a morrer por suicídio?)

Especifique: _____

Antecedentes socioculturais (aspectos étnicos, religiosos, tradições, etc.) () sim () não

(Seus avós vieram de outro país? Qual a religião predominante na família? Mantinha costumes e hábitos diferentes?)

Especifique: _____

Antecedentes legais () sim () não

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

Especifique: _____

AValiação da Letalidade

De que a pessoa morreu? _____

Método utilizado?

- | | |
|--|---|
| ☐ enforcamento | ☐ envenenamento |
| ☐ arma de fogo | ☐ instrumento cortante |
| ☐ pular de uma altura | ☐ sufocação |
| ☐ afogamento | ☐ fogo - chamas |
| ☐ outros meios | |

Especifique: _____

Tal método estava ao seu alcance?

- ☐ método facilmente acessível
☐ método possivelmente acessível
☐ método dificilmente acessível
☐ método muito dificilmente acessível

Especifique: _____

Era fácil consegui-lo?

- ☐ método prontamente oportuno
☐ método facilmente oportuno
☐ método possivelmente oportuno
☐ método dificilmente oportuno
☐ método muito dificilmente oportuno

Especifique: _____

Era muito provável que este método produzisse a morte?

Especifique: _____

Com que rapidez?

Especifique: _____

AValiação da Intencionalidade*

Como chegou a ocorrer o fato? _____

Evidências de intenção ou desejo de morrer

Durante o último ano, comentou ou demonstrou intenções ou desejos de morrer? () sim () não

Especifique: _____

Falava em morrer? () sim () não

Especifique: _____

Dizia que um dia ia se matar? () sim () não

Especifique: _____

Dizia que queria sumir? () sim () não

Especifique: _____

Falava em se matar, para manipular as pessoas? () sim () não

Especifique: _____

Dizia que ia se matar, como se estivesse brincando? () sim () não

Especifique: _____

Afirmava que, dadas as circunstâncias (financeiras, de saúde, relacionais, profissionais, etc.), só lhe restava morrer? () sim () não

Especifique: _____

* Em parte, a inclusão desses itens foi sugerida pelo conteúdo da Escala de Intencionalidade (Beck, Schuyler, Herman, 1974).

Afirmava que estava cansado de lutar e só lhe restava morrer? () sim () não
Especifique: _____

Dizia sempre que ia se matar, mas ninguém acreditava? () sim () não
Especifique: _____

Falava sobre sonhos, pensamentos ou premonições de morte de outros ou de si? () sim () não
Especifique: _____

Lia e comentava sobre livros e matérias jornalísticas relacionados a morte? () sim () não
Especifique: _____

Tinha realizado tentativas anteriores para morrer, mas sem êxito? () sim () não
Especifique: _____

Parecia ter propensão a acidentes ou a ações perigosas? () sim () não
Especifique: _____

Outro () sim () não
Especifique: _____

Planejamento para a morte

Fez algum preparativo antes de morrer? () sim () não
Especifique: _____

Recomendações de providências a serem tomadas no caso de “algo vir a acontecer”? () sim () não
Especifique: _____

Testamento feito nos últimos tempos? () sim () não

Especifique: _____

Distribuição de objetos? () sim () não

Especifique: _____

Aquisição de arma, corda, veneno, etc.? () sim () não

Especifique: _____

Visitas a familiares e/ou amigos que não via há muito? () sim () não

Especifique: _____

Deixou algum bilhete ou carta de despedida? Falou em fazê-lo? () sim () não

Especifique: _____

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

Especifique: _____

É possível afirmar que ele fez preparativos para a ocorrência do fato? () sim () não

Especifique: _____

Teve oportunidade de avisar alguém ou pedir ajuda? () sim () não

Especifique: _____

Outro () sim () não

Especifique: _____

ANEXO E

**COMUNICAÇÃO INTRODUTÓRIA AO FORMULÁRIO
PARA A TOMADA DE DECISÃO (FTD)**

e

FORMULÁRIO PARA A TOMADA DE DECISÃO (FTD)

Comunicação introdutória ao Formulário para a Tomada de Decisão (FTD)

Porto Alegre, 11 de julho de 2000

Prezado colega:

Sabendo de sua boa vontade em colaborar com o projeto de pesquisa (*Proposta de abordagem estratégica para a autópsia psicológica*) que estou desenvolvendo, quero prestar alguns esclarecimentos a respeito, informando em que consiste o trabalho nesta fase.

A autópsia psicológica é um procedimento de avaliação retrospectivo (por meio de entrevistas com terceiros e da análise de documentos), que tem como finalidade avaliar, após a morte, a intenção do falecido em relação à sua própria morte. Permite, então, determinar o modo de morte, naqueles casos em que não existem elementos suficientes para decidir se se trata de um homicídio, suicídio ou acidente. Assim, a autópsia psicológica tem demonstrado ser útil como instrumento de avaliação clínica e pesquisa. Entretanto, a falta de um modelo de procedimento estruturado, numa estratégia de avaliação complexa, deixa o profissional inseguro e sem um grau razoável de certeza para emitir conclusões.

Portanto, entendendo que o suicídio é um grave problema de saúde pública, que alguns coeficientes brasileiros são de certa forma alarmantes e que os profissionais que lidam com avaliação psicológica necessitam de instrumentos com boa qualidade científica para não fazer inferências errôneas, o projeto referido representa uma tentativa de sistematizar os subsídios colhidos na literatura especializada, para investigar a aplicabilidade de uma entrevista semi-estruturada para a autópsia psicológica.

Em fases anteriores do projeto, foram definidos os temas chaves (critérios norteadores) de uma autópsia psicológica, o que possibilitou construir uma entrevista semi-estruturada que foi testada no estudo piloto. A versão final ficou composta de quatro módulos (precipitadores e/ou estressores, motivação, letalidade e intencionalidade), organizados seguindo uma seqüência lógica de raciocínio clínico.

Após serem colhidos os dados básicos e periciais e administrada a entrevista semi-estruturada em 21 casos (casos em estudo), foi elaborado um formulário para a tomada de decisão final, em relação aos quatro módulos. Este processo de decisão passa por três estágios, representados graficamente por retângulos e losangos. O primeiro retângulo representa um tema chave (*input*) que precisa ser respondido ou explicado. A indagação sobre ele é localizada no losango, cuja resposta gera uma tomada de decisão (*output*) parcial ou final, que se localiza num novo retângulo. Se a decisão foi parcial, instala-se um novo *input*, desdobrando-se o processo.

Nesta fase da pesquisa, torna-se necessário contar com a colaboração de dois profissionais na área da Saúde Mental, que terão o papel de juiz, fornecendo subsídios para avaliar o grau de concordância entre eles.

Para tanto, estou encaminhando a pasta dos 21 casos em estudo, um protocolo da entrevista (ESAP) e formulários para a tomada de decisão (FTD). Saliento a necessidade de examinar previamente, em cada caso, os dados básicos e periciais e agradecer antecipadamente sua prestigiada colaboração.

Atenciosamente,

Blanca Guevara Werlang

FORMULÁRIO PARA A TOMADA DE DECISÃO

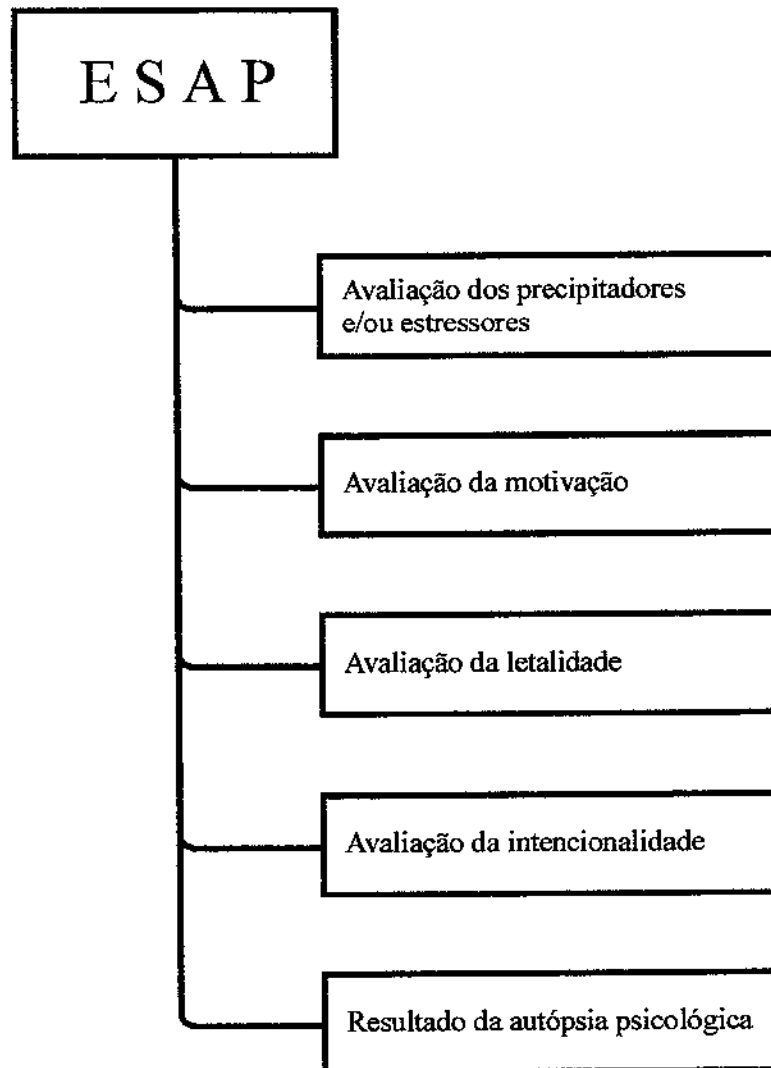
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AUTÓPSIA PSICOLÓGICA (ESAP)

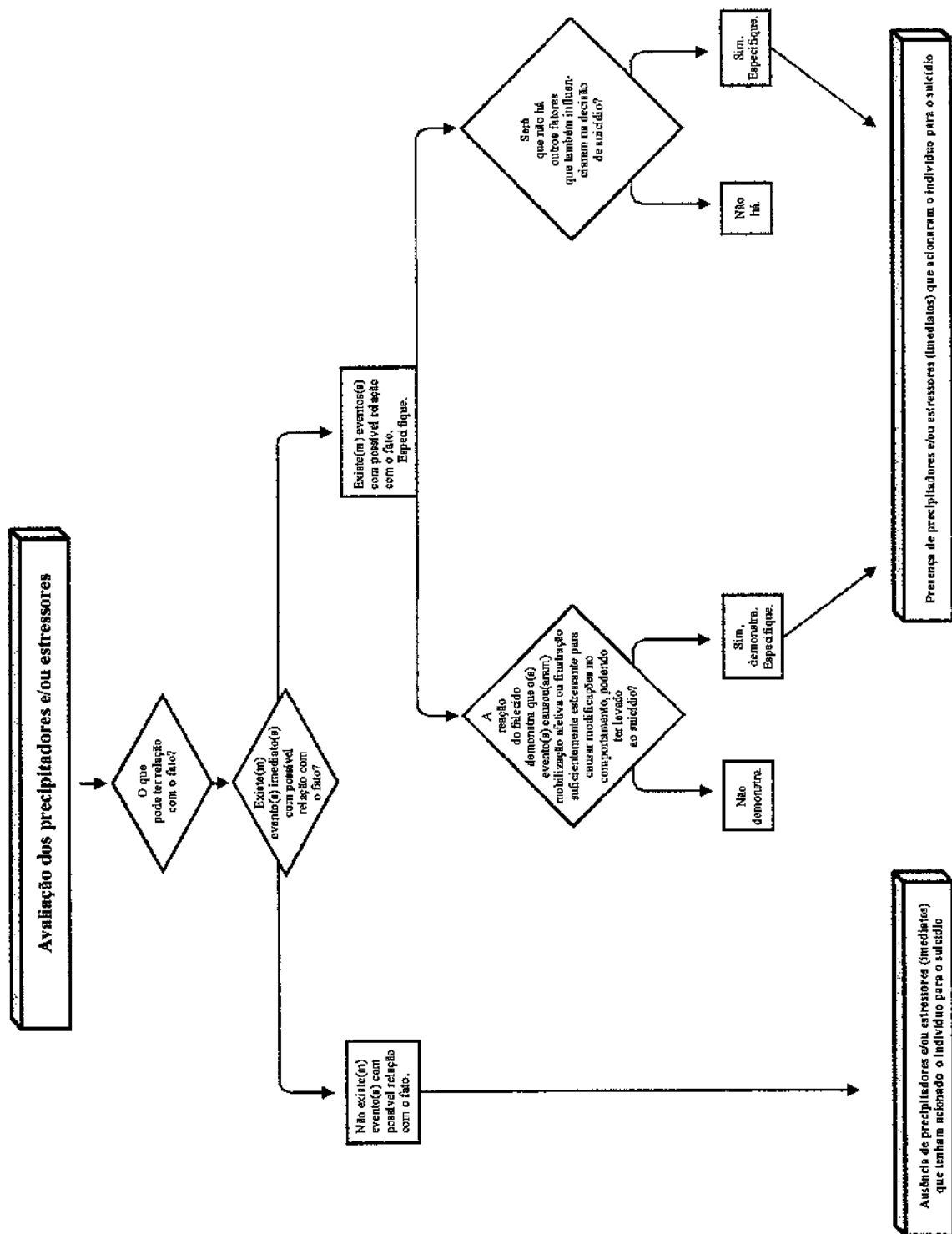
CASO Nº _____

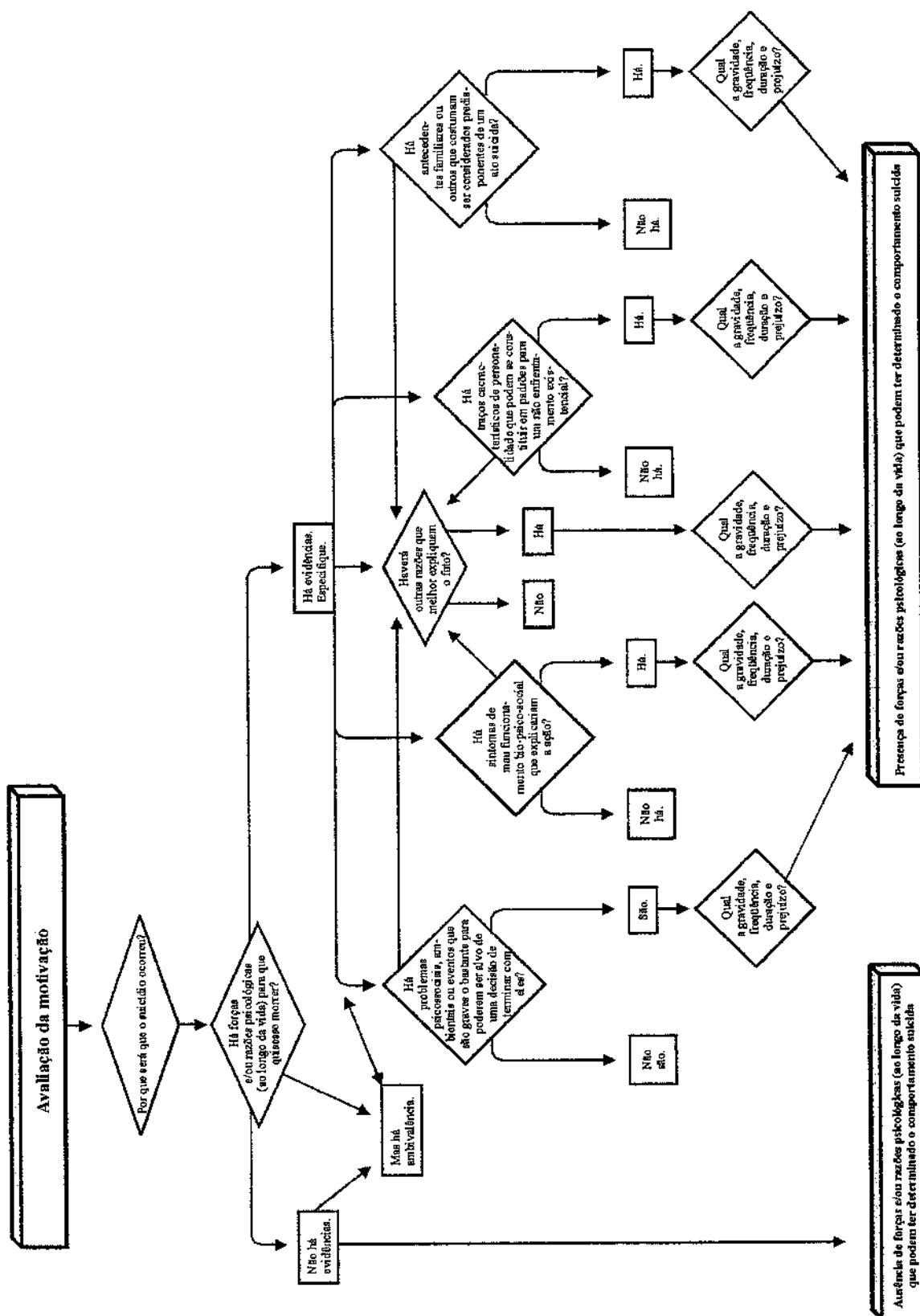
Leia com atenção as instruções.

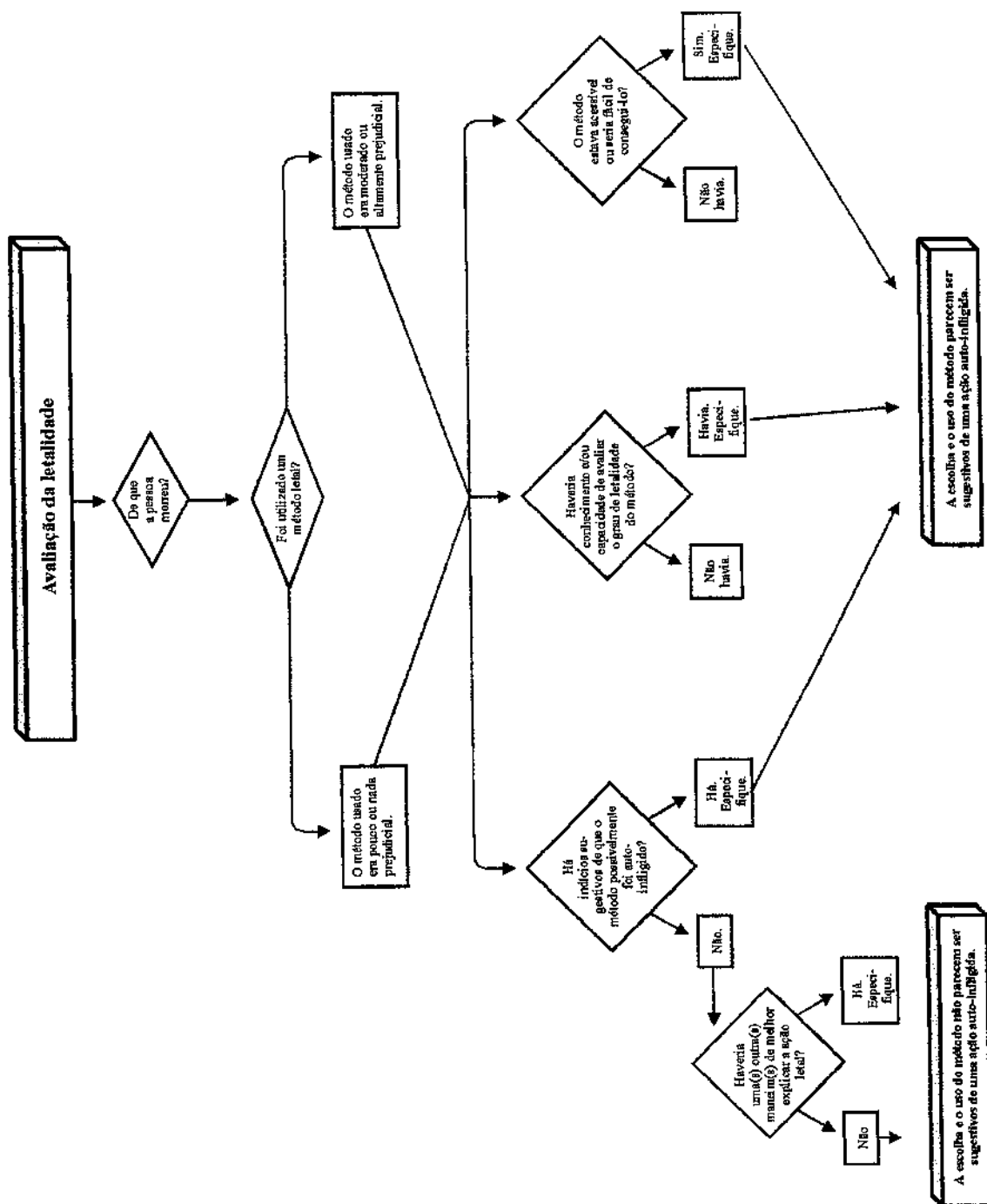
Este formulário foi criado com o objetivo de facilitar a avaliação dos termos-chave associados ao suicídio.

Antes de consultar os esquemas apresentados a seguir, salienta-se a importância de examinar as informações adicionais (dados básicos e periciais), para a tomada de decisão.

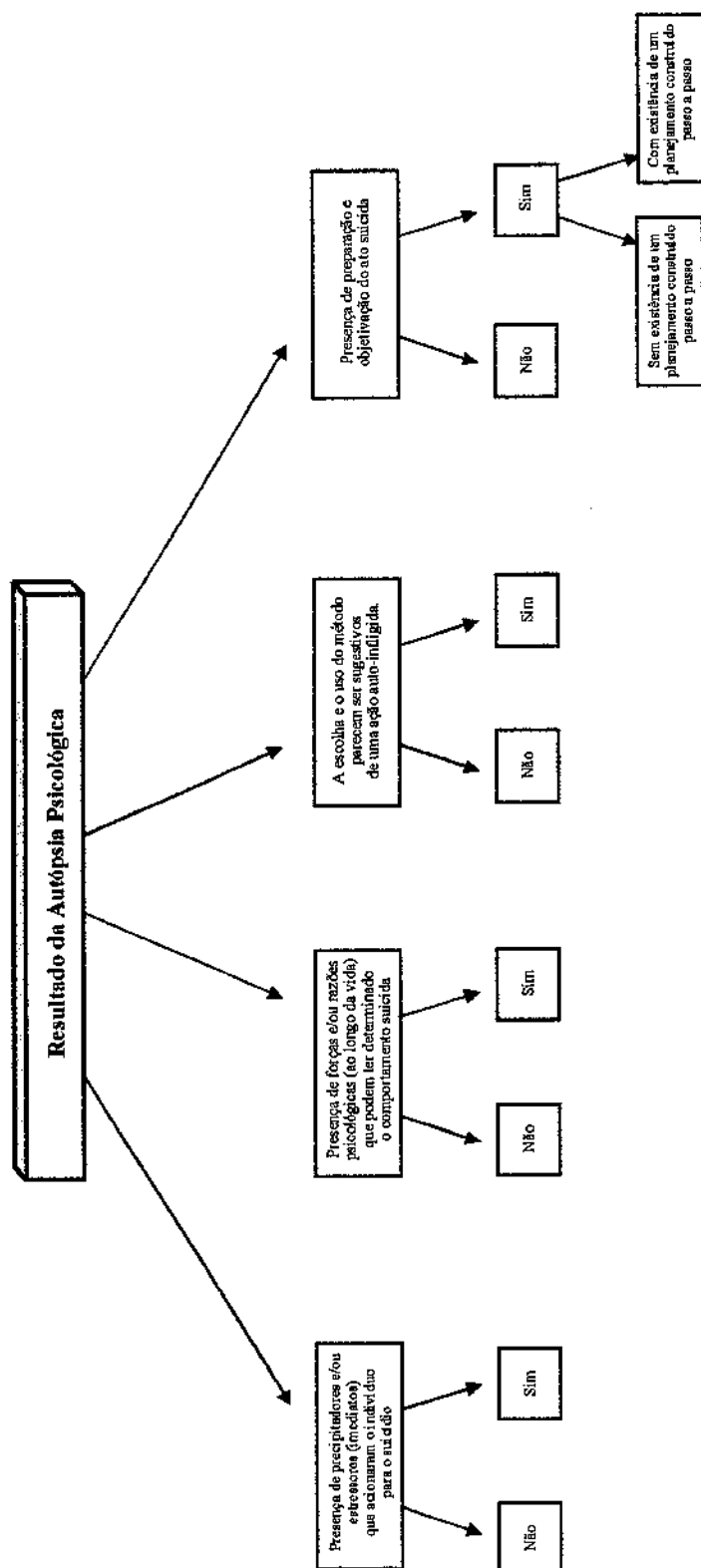












Assinale a alternativa mais adequada:

1. () As informações obtidas não são sugestivas de suicídio.
2. () As informações obtidas permitem levantar alguma hipótese nesse sentido.
3. () As informações obtidas são bastante sugestivas da ocorrência de suicídio.
4. () As informações obtidas são altamente suspeitas quanto às probabilidades de suicídio.

ANEXO F

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO

Suicídio:

É um ato com consequência fatal, que o sujeito, com o conhecimento e a expectativa de um resultado letal, havia planejado e executado.

Autópsia Psicológica:

É um procedimento que permite recolher, através de entrevistas, informações de diferentes pessoas (cônjuge, parentes, amigos, médicos ou outros) que conheciam a vítima, tentando reconstruir o estilo de vida do falecido, elaborando uma história clínica completa, além da coleta de outros dados significantes.

Caso:

Refere-se ao sujeito cujo registro de morte por suicídio foi localizado e identificado no Departamento Médico Legal, com processo constante numa delegacia de polícia da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Região Metropolitana de Porto Alegre:

Refere-se ao município de Porto Alegre e a vinte e dois outros municípios integrantes da região, conforme a Lei Complementar nº 14/73 e Lei nº 10.234/94 (vide mapa do Anexo G).

Informante/s:

Refere-se a pessoa/s (familiar/es, amigo/s, conhecido/s, médico/s ou outro/s), com conhecimento da ocorrência da morte, de antecedentes da mesma e/ou da vida e personalidade do falecido.

Refere-se também a pessoa/s que estava/m presente/s no local da morte, presenciou/aram ou percebeu/aram algum comportamento durante a ocorrência, ou seja, tem/têm conhecimento do fato.

Refere-se a pessoa/s não presente/s no local da morte, mas que testemunhou/aram fatos anteriores que poderiam constituir sinais ou sintomas que, por seu caráter prodrômico, sugeriram a possibilidade da ocorrência do fato.

Motivação para o suicídio:

Refere-se à/s força/s ou razão/ões psicológica/s que pode/m determinar o comportamento suicida ao longo da vida.

Precipitadores e/ou estressores:

Refere-se a estímulos imediatos (no último ano, meses, semanas e/ou dias) que acionaram o indivíduo para o suicídio.

Intencionalidade:

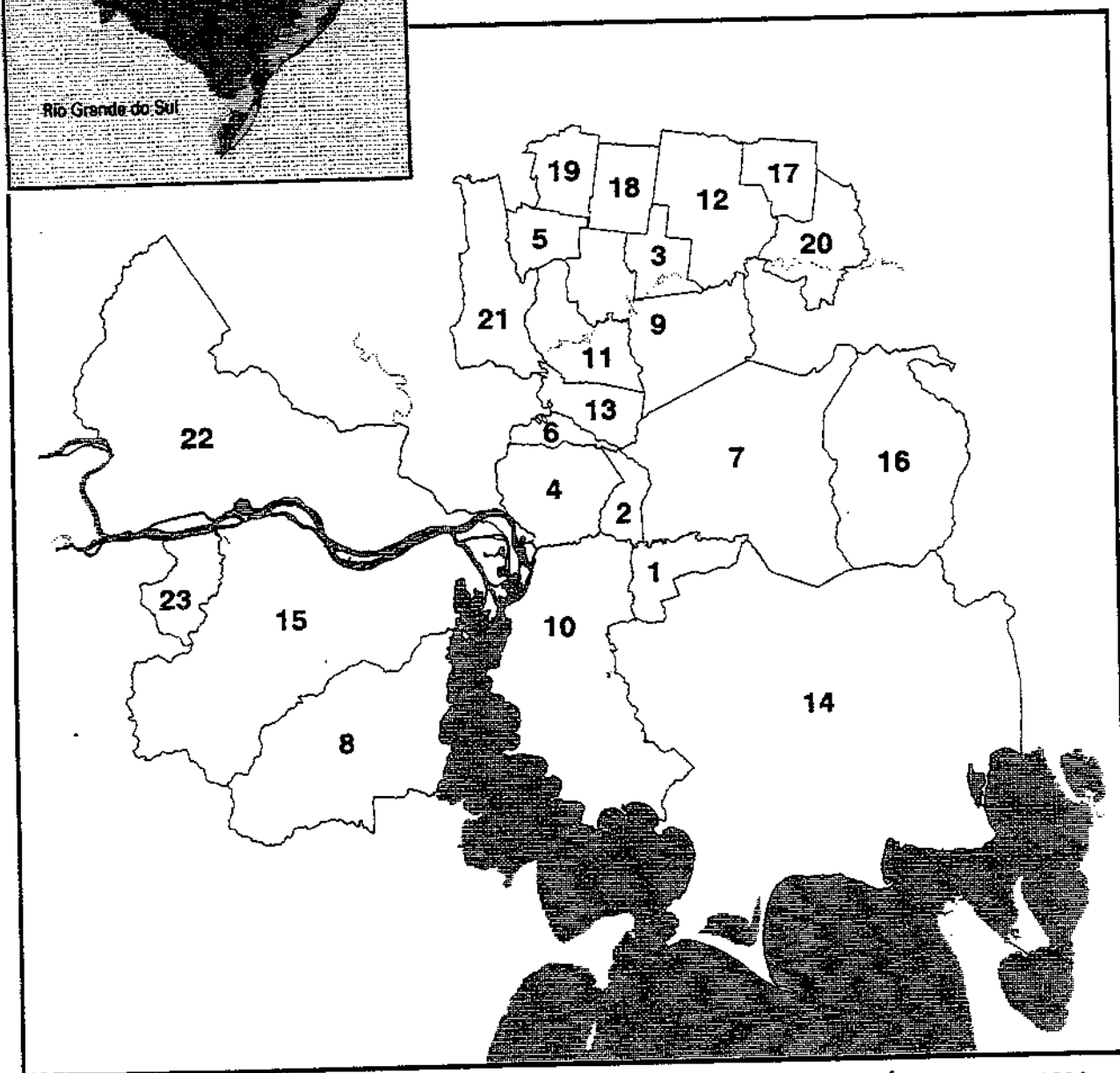
Refere-se à consciência e voluntariedade no planejamento, preparação e objetivação do ato suicida.

Letalidade:

Refere-se à escolha e uso do método letal, numa ação auto-inflingida.

ANEXO G

MAPA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE



MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE ATÉ O ANO DE 1998

1. Alvorada	5. Estância Velha	9. Novo Hamburgo	13. Sapucaia do Sul	17. Nova Hartz	21. Portão
2. Cachoeirinha	6. Esteio	10. Porto Alegre	14. Viamão	18. Dois Irmãos	22. Triunfo
3. Campo Bom	7. Gravataí	11. São Leopoldo	15. Eldorado do Sul	19. Ivoti	23. Charqueadas
4. Canoas	8. Guaíba	12. Sapiranga	16. Glorinha	20. Parobé	

Fonte: Material ilustrativo fornecido pela Fundação de Planejamento Metropolitano e Regional - METROPLAN, Porto Alegre, RS.

ANEXO H

PROCEDIMENTOS PARA A CONSTITUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO EM ESTUDO

Durante o período de agosto de 1998 a janeiro de 2000 (18 meses), recebemos do Departamento Médico Legal (DML) da cidade de Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre os registros de morte por suicídio de 399 casos (de 16 municípios* da Grande Porto Alegre**). Destes, 361 apresentavam dados completos (nome, idade, sexo, data do fato, cidade e Delegacia de Polícia) e 38 incompletos.

Após iniciada a atividade de pesquisa, foi possível definir uma rotina de trabalho (vide item Procedimentos), verificando-se a impossibilidade de acompanhar todos os casos de suicídio (em função da distância entre as cidades, os custos para deslocamentos, horas gastas em cada local, entre outros motivos) nos 16 municípios, o que levou à restrição da área de atuação às cidades de Porto Alegre, Canoas, Esteio, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viamão. A distribuição dos 361 casos encontra-se no Quadro A-1.

Quadro A-1. Distribuição dos 361 casos de suicídio registrados no Departamento Médico Legal de Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre

Municípios	Nº de casos	Caracterização dos casos	Total de casos com Inquérito Policial acompanhado
Porto Alegre	111	61 com Inquérito Policial acompanhado 10 deslocados para a Delegacia de Homicídios 12 pertencentes a Delegacia de Polícia onde não foi desenvolvido o trabalho 9 não localizados ou apenas com registro da ocorrência no Inquérito Policial	61
Canoas, Esteio, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viamão	90	43 com Inquérito Policial acompanhado 21 pertencentes à Delegacia onde não foi desenvolvido o trabalho 26 não localizados ou não havia sido iniciado o Inquérito Policial	43
Outros municípios	10	160 pertencentes a Delegacias onde não foi desenvolvido o trabalho	
Total	361		104

* Porto Alegre, Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Charqueadas, Eldorado do Sul, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Ivoti, São Leopoldo, Parobé, Portão, Sapucaia do Sul, Triunfo e Viamão,

** Os 23 municípios da Grande Porto Alegre (existentes no período da qualificação do projeto de pesquisa), até o ano de 1998 (atualmente, há 29 municípios), constam no Anexo G.

Foram, assim, examinados e anotados os dados dos Inquéritos Policiais de 104 casos, distribuídos em 28 delegacias policiais de seis cidades, conforme o Quadro A-2.

Quadro A-2. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, conforme local de ocorrência, número de delegacias onde se desenvolveu o trabalho e número de casos acompanhados

Cidades	Nº de delegacias de polícia onde se desenvolveu o trabalho	Nº de casos - inquéritos policiais acompanhados
Porto Alegre	18	61
São Leopoldo	2	15
Viamão	3	12
Sapucaia do Sul	2	9
Canoas	2	4
Esteio	1	3
Total	28	104

Os 104 casos acompanhados se distribuíram segundo o local de ocorrência, sexo, idade e método utilizado, conforme os Quadros A-3, A-4, A-5, A-6 e A-7.

Quadro A-3. Distribuição dos casos de inquéritos policiais acompanhados, conforme local de ocorrência e sexo

Cidades	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Porto Alegre	46	15	61
São Leopoldo	9	6	15
Viamão	10	2	12
Sapucaia do Sul	9	-	9
Canoas	2	2	4
Esteio	3	-	3
Total	79	25	104

Quadro A-4. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo masculino, acompanhados, conforme local de ocorrência e método utilizado

Cidades	Enforcamento	Arma de fogo	Queda
Porto Alegre	26	17	3
São Leopoldo	1	8	-
Viamão	7	3	-
Sapucaia do Sul	5	4	-
Canoas	1	1	-
Esteio	2	1	-
Total	42	34	3

Quadro A-5. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo feminino, acompanhados, conforme local de ocorrência e método utilizado

Cidades	Enforcamento	Arma de fogo	Queda
Porto Alegre	7	7	1
São Leopoldo	1	3	2
Viamão	1	1	-
Sapucaia do Sul	-	-	-
Canoas	-	1	1
Esteio	-	-	-
Total	9	12	4

Quadro A-6. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo masculino, acompanhados, conforme local de ocorrência e idade

Cidades	Idade 11-25 anos	Idade 26-40 anos	Idade 41-57 anos	Idade 58-90 anos
Porto Alegre	12	17	12	5
São Leopoldo	1	3	5	-
Viamão	4	3	3	-
Sapucaia do Sul	1	3	3	2
Canoas	1	-	1	-
Esteio	-	2	1	-
Total	19	28	25	7

Quadro A-7. Distribuição dos casos de inquéritos policiais, do sexo feminino, acompanhados, conforme local de ocorrência e idade

Cidades	Idade 11-25 anos	Idade 26-40 anos	Idade 41-57 anos	Idade 58-90 anos
Porto Alegre	2	9	1	3
São Leopoldo	2	2	1	1
Viamão	2	-	-	-
Sapucaia do Sul	-	-	-	-
Canoas	1	-	-	1
Esteio	-	-	-	-
Total	7	11	2	5

Depois de colhidos e registrados todos os dados do inquérito policial dos 104 casos, foram encaminhadas cartas para familiares de 66 falecidos (selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão da amostra), tendo sido eliminados 38 casos, pelo fato de o inquérito policial dos mesmos estarem ainda em andamento, principalmente em relação à conclusão final.

Das 66 cartas encaminhadas, seis foram devolvidas, segundo dados do Correio, por não existir a numeração indicada no endereço que constava no inquérito policial. Em 15 cartas das restantes, solicitamos ao possível informante entrar em contato com a pesquisadora sobre sua disponibilidade e concordância em participar do estudo, por falta de referência a número telefônico no inquérito policial. Apenas sete pessoas, entre as que foram remetidas as cartas, estabeleceram contato com a pesquisadora, aceitando participar do estudo, após os esclarecimentos pertinentes.

Uma semana após o encaminhamento das outras 45 cartas, em que foi esclarecido que voltaríamos a entrar em contato, fizemos os telefonemas com o objetivo de definir a aceitação ou não da entrevista pelos informantes. Os resultados destes telefonemas foram os seguintes:

- a) em oito casos, foi tentado contato nos mais diversos horários e em todos os dias da semana, sendo que o telefone não foi atendido, indicando ausência de pessoas em casa, mas o número consta no guia telefônico como sendo correspondente ao endereço para onde foi enviada a correspondência;
- b) em dois casos, o telefone não era o da pessoa indicada no inquérito policial e não correspondia ao endereço para onde a carta foi enviada;
- c) em cinco casos, foram tentados os contatos telefônicos, não sendo encontrada a pessoa para a qual a correspondência foi enviada; por três vezes foram deixados recados, solicitando o retorno da ligação, sem sucesso;
- d) em quatro casos, o telefonema foi atendido por secretária eletrônica, tendo sido deixado recado, solicitando o retorno da ligação, sem sucesso;
- e) em 12 casos, foi feito o contato telefônico, mas não houve aceitação da participação na pesquisa;
- f) em 11 casos, foi feito contato telefônico, havendo aceitação da participação na pesquisa;
- g) em três casos, os informantes contataram telefonicamente com a entrevistadora, havendo aceitação da participação na pesquisa.

Obtivemos, assim, através da aceitação dos informantes (familiar ou não dos falecidos), a possibilidade de realizar a Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP), em 21 casos (dados descritivos dos casos são apresentados no Quadro A-8).

Como curiosidade, gostaríamos de acrescentar que, durante esse período de agosto de 1998 a janeiro de 2000, foi necessário percorrer um total de 10.426 km, em deslocamentos dentro de cidades e entre as cidades, tanto em visitas às delegacias como para a realização de entrevistas.

Quadro A-8. Dados descritivos dos sujeitos (casos de suicídio)

Su- jeitos	Sexo	Idade	Cor	Estado civil	Escolaridade	Situação ocupacional	Religião	Localização geográfica	Local de ocorrência do fato	Método	Época do ano	Dia da semana	Horário
1	M	57	Branca	Casado	1º Grau incomp.	Trab. espec.	Sem relig.	São Leopoldo	Trabalho	Enforcamento	Inverno	2ª feira	Manhã
2	M	36	Branca	Solteiro	2º Grau incomp.	Desemprego	Catól. NP	São Leopoldo	Residência	Arma de fogo	Primavera	4ª feira	Noite
3	M	31	Branca	Solt.c/parc.est.	1º Grau incomp.	Desemprego	Catól. NP	Porto Alegre	Residência	Arma de fogo	Primavera	Sábado	Noite
4	M	19	Branca	Solteiro	1º Grau incomp.	Trab.não espec.	Não espec.	São Leopoldo	Residência	Arma de fogo	Primavera	6ª feira	Noite
5	M	66	Branca	Solteiro	1º Grau comp.	Aposentado	Catól. NP	Porto Alegre	Residência	Enforcamento	Primavera	Dom.	Noite
6	M	27	Branca	Solt.c/parc.est.	1º Grau comp.	Trab. espec.	Catól. NP	Porto Alegre	Residência	Enforcamento	Primavera	3ª feira	Tarde
7	M	60	Branca	Casado	1º Grau comp.	Trab. espec.	Catól. NP	Porto Alegre	Residência	Enforcamento	Primavera	5ª feira	Manhã
8	M	20	Branca	Solteiro	2º Grau incomp.	Trab.não espec.	Catól. NP	Porto Alegre	Rua	Arma de fogo	Verão	6ª feira	Manhã
9	M	44	Branca	Separado	S/escol. (alfáb.)	Trab.não espec.	As.Deus NP	São Leopoldo	Residência	Enforcamento	Verão	Ignorado	Ignorado
10	M	45	Pardo	Separ.c/parc.est.	1º Grau comp.	Trab. espec.	Catól. NP	Viamão	Rua	Enforcamento	Verão	Sábado	Manhã
11	M	34	Branca	Solt.c/parc.est.	1º Grau incomp.	Desemprego	Catól. NP	Viamão	Residência	Arma de fogo	Outono	3ª feira	Manhã
12	M	59	Branca	Viuvo c/parc.est.	1º Grau incomp.	Aposentado	Catól. NP	Sapucaia do Sul	Residência	Arma de fogo	Inverno	2ª feira	Tarde
13	M	49	Branca	Cas.s/vinc.marital	1º Grau incomp.	Trab. espec.	Umbanda	Porto Alegre	Residência	Arma de fogo	Inverno	2ª feira	Tarde
14	M	35	Branca	Solteiro	3º Grau incomp.	Trab. espec.	Sem relig.	Porto Alegre	Trabalho	Arma de fogo	Verão	6ª feira	Noite
15	M	44	Branca	Cas.s/vinc.marital	1º Grau comp.	Desemprego	Sem relig.	Viamão	Residência	Enforcamento	Inverno	6ª feira	Madrugada
16	F	33	Branca	Solt.c/parc.estável	2º Grau comp.	Trab. espec.	Espírita	Porto Alegre	Residência	Enforcamento	Primavera	Sábado	Noite
17	F	33	Parda	Solteira	2º Grau incomp.	Desemprego	Umbanda	Porto Alegre	Residência	Enforcamento	Verão	4ª feira	Noite
18	F	16	Branca	Solteira	1º Grau incomp.	Estudante	Catól. NP	Viamão	Residência	Arma de fogo	Inverno	2ª feira	Noite
19	F	77	Branca	Viuva	1º Grau incomp.	Ativ.dom.	Católica	São Leopoldo	Prédio	Queda	Outono	2ª feira	Madrugada
20	F	20	Parda	Solteira	2º Grau comp.	Desemprego	Catól. NP	Viamão	Residência	Enforcamento	Outono	2ª feira	Madrugada
21	F	29	Branca	Solt.c/parc.estável	2º Grau comp.	Trab. espec.	Catól. NP	São Leopoldo	Prédio	Queda	Outono	5ª feira	Tarde

ANEXO I

QUALIFICAÇÃO DOS JUÍZES DESTE ESTUDO

Esta é a qualificação das pessoas que serviram de juízes para a mensuração do grau de concordância na avaliação das informações colhidas através da Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP). Esclarece-se que, previamente à avaliação, os juízes receberam informações e orientação, como forma de treinamento (vide Anexo E).

- **Irani Argimon**

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do sul (PUCRS)

Mestre em Educação pela PUCRS

Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUCRS

Professora no Curso de Graduação em Psicologia da PUCRS

Experiência profissional em Psicologia Clínica

- **Vanessa Gaspari**

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos - SP

Mestranda em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, desenvolvendo o projeto “Avaliação da rede de apoio social de pacientes que tentaram suicídio”

Experiência profissional em atendimento multidisciplinar em ambulatório (Neurologia e Neuropsiquiatria de Hospital Geral)

- **Fernanda Curia**

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do sul (PUCRS)

- **Daniela Müller**

Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)