



## Capítulo I

### INTRODUÇÃO



## **1.0 Introdução**

Ao longo da história da humanidade o suicídio sempre se apresentou como uma questão inquietante, facto que se deve a uma postura de perplexidade perante os mistérios da morte, mas sobretudo e de forma indissociável ao questionamento do sentido da própria vida.

Estas questões surgem de forma manifesta nos discursos religiosos, filosóficos, legais e, mais tarde, científicos que atravessam a história da civilização humana. De forma mais concreta, sempre se questionou e reflectiu sobre os aspectos morais, legais e pessoais do suicídio e sempre se procurou escrutinar, quer na cultura académica quer na cultura popular, todo o conjunto de significações inerentes ao conceito de morte voluntária

### **1.1 Objectivo do estudo**

O principal objectivo deste estudo foi verificar as diversas formas de que o suicídio nesta zona geográfica que engloba o designado Baixo Alentejo e o Concelho de Odemira se reveste, sua incidência e eventuais motivos psicossociais e familiares subjacentes a esta opção de pôr termo à vida

Noutra vertente deste estudo, tentamos esclarecer alguns dos principais fenómenos tanatológicos, associados ao suicídio por enforcamento.

Tentamos ainda estabelecer uma linha de concordância ou divergência entre os nossos estudos e estudos anteriormente realizados.

### **1.2 Motivação para o estudo**

O suicídio não conhece fronteiras e ocorre em todos os estratos sociais. Em todo o mundo se suicidam pessoas diariamente. Não sei se este facto se pode manifestar em motivação, mas é por esta dimensão global do fenómeno que resolvemos desenvolver este estudo.

O Alentejo é uma zona gravemente afectada pelo fenómeno do suicídio. São vários os indícios neste sentido como por exemplo: excerto do *Diário de Notícias (2005)*:

“Naquela manhã de 27 de Agosto de 1999, Álvaro saiu de casa meia-hora mais cedo que o habitual. Foi dar de comer ao gado e pôs-se a caminho. Era homem de poucas palavras. A mulher deduziu que teria ido a Vila Verde de Ficalho, em Serpa. Passaram-se



horas a fio e Álvaro não aparecia. Já de noite, a família percebeu que algo acontecera. Na tarde do dia seguinte, chegava a notícia do seu suicídio.

Já lá vão seis anos e a família ainda não encontra justificação para que "um homem cheio de saúde, com uma posição estável e rodeado dos seus", diz a viúva, tivesse decidido pôr termo à vida, enforcando-se numa das árvores mais altas da serra. Álvaro tinha 68 anos e era um agricultor dedicado, conhecido entre os amigos por ser "muito sério e leal". A sua mulher tenta consolar-se, dizendo que "os grandes cérebros do mundo têm tendências suicidas".

Mas o caso de Álvaro é apenas um exemplo do triste fenómeno do suicídio que atravessa o Baixo Alentejo, onde a taxa de mortalidade atinge 24 em cada cem mil habitantes, com especial incidência entre os idosos do sexo masculino.

Ainda hoje os especialistas não conseguem perceber na plenitude o que leva alguém de idade já avançada e perto do fim a ter tanta pressa. Mas paredes meias com o Baixo Alentejo está uma Andaluzia com uma das mais baixas taxas de suicídio da Europa que pode ser uma ajuda preciosa para a compreensão do problema.”

A escolha do estudo foi inicialmente impulsionada por todas estas histórias de “Álvaros” que fui encontrando ao longo do meu percurso académico.



## Capítulo II

### REVISÃO DA LITERATURA



## Revisão da Literatura

### 2.1 O Suicídio na História e na Literatura: Variações Culturais, Sociais e Religiosas

O suicídio continua repleto de mistérios por desvendar, sobretudo no que se refere ao passado, na medida em que os suicídios eram muitas vezes camuflados de acidentes ou actos heróicos.

Ao longo da história os suicidas não tinham direito a um enterro religioso, logo não existiam registos dessas ocorrências. É por todos estes motivos e mais alguns, que o suicídio na antiguidade continua com muitos mistérios por desvendar

Minois (1998), refere que “ não se pode estudar os suicídios como se faz com os danos causados pela peste ou a tuberculose, porque a morte voluntária é um tipo de óbito cuja significação não é de ordem demográfica, mas filosófica, religiosa, moral e cultural.

Nem sempre a contabilidade dos suicídios quer seja expressa por números absolutos ou taxas, obedeceu a um critério comum. Este altera-se com as épocas, com os países, com o sentimento próprio de cada povo e de cada indivíduo. Estamos na presença de uma matéria que obedece a uma multifactorialidade que exige do investigador um enorme esforço, no sentido de obter dados, da forma mais rigorosa possível (Santos, 2006).

No conjunto da literatura mais recente devemos assinalar os seguintes estudos citados em Minois (1998):

- “ *Le Suicide dans la Rome Antique*” de Yoland Grisé
- «*Le Suicide au Moyen Age* » de Jean Claude Schmit
- « *Sleepless Souls. Suicide in Early Modern England* » de Michael MacDonald e Terence Murphy

No entanto não existe uma história do suicídio propriamente dita, até ao século XX. A partir daí podemos apontar duas grandes obras sobre o suicídio, são elas: “ *Le Suicide et la Morale*” de Albert Bayet (1992) e a “*História do Suicídio*” de Georges Minois (1998).



Minois (1998) utiliza a expressão “morte voluntária” para designar suicídio, o que nos remete para a capacidade do ser humano decidir se deve interromper com continuar a sua vida.

### 2.1.1 Etimologia

O termo suicídio apareceu um pouco antes de 1700, e veio substituir o termo “carrasco de si mesmo”, esta mudança marca um ponto na evolução da história do suicídio.

É a partir do século XVIII, que a temática do suicídio, apresenta uma considerável evolução, dando assim caminho para a construção da grande obra de Émile Durkheim “*O Suicídio: estudo Sociológico*” (1897).

O nascimento da palavra “Suicídio” deu-se no século XVII, a palavra surge como neologismo, para diferenciar um acto por oposição a outro; isto é, como intenção de distinguir entre “selfkilling” cristão, e o “suicídio” pagão, e apareceu pela primeira vez, em “Religio Medici”, de Sir Thomas Browne, escrito por volta de 1636 e publicada em 1642 (Minois, 1998).

Mais tarde em 1652 um parágrafo da “Theologia Moralis Fundamentalis” de Caramuel intitula-se de “Suicídio” (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006).

O termo surge depois na língua francesa em 1734 sob a pena do abade Prévost, que então passa uma temporada em Inglaterra e escreve na sua revista “Le Pour et le Conte” (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006).

Foi ainda no século XVIII que o termo inglês passou a usar-se em espanhol, italiano e português (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006).

Gauchat, em 1756, nas suas “Lettres critiques ou analyse et réfutation de divers écrits modernes contre la religion” afirmava que o suicídio não podia ser tolerado, pois tolerá-lo seria permitir todos os crimes, concluindo que o suicídio era destruidor de famílias e pátrias e nem sequer constituía um acto de coragem, porque matar-se era demasiado fácil, a severidade das leis em relação a este crime devia manter-se, sobretudo a punição que era aplicada aos cadáveres (Minois, 1998).

Mostesquieu em 1721 na septuagésima carta persa onde criticava vigorosamente a repressão ao suicídio, considerando que as leis eram demasiado duras em relação



àqueles que o cometiam, podendo mesmo dizer-se que era como se os matassem pela segunda vez, arrastando os cadáveres e confiscando os bens, esforçando-se por demonstrar que o suicídio não causava nenhum mal à sociedade nem a providência (Minois 1998).

Voltaire coloca-se também numa posição semelhante à de Montesquieu, criticando vigorosamente a repressão ao suicídio, mas enquadrado numa perspectiva irónica que considerava que o mundo não passava de uma farsa grotesca (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006)

### **2.1.2 Antiguidade Clássica**

Na Antiguidade Clássica, a atitude geral perante a questão da morte voluntária, era de diversidade de atitudes e de pluralidade de opiniões, sendo este, aliás, o grande factor diferenciador desta época em relação à Idade Média, embora estivéssemos longe de uma unanimidade quanto ao homicídio de si mesmo (Minois, 1998).

Considerando o período da Grécia Antiga, é possível constatar que cada escola de filosofia possuía uma opinião própria em relação a esta problemática:

- Os Pitagóricos opunham-se categoricamente;
- Os Epicuristas ou Estóicos adoptavam uma posição mais benevolente;

A história Grega está cheia de suicídios: são suicídios patrióticos, por remorso, por fidelidade, para escapar à decrepitude da velhice, por amor, por castidade, etc.

Para determinadas escolas filosóficas, existia o reconhecimento do valor supremo do indivíduo que devia de ter a liberdade de decidir inclusivamente o que fazer com a sua própria vida. Como afirma Minois (1998), em relação a este período, a “liberdade reside no poder de decidir por si próprio da sua vida e da sua morte”

Do ponto de vista Epicurista, o acto suicida era aconselhado pela sabedoria, e devia ser efectuado com doçura, se nos encontrávamos numa situação em que a vida não nos corria bem, adoptando aquilo que se designa de postura de suicídio reflectido. Esta posição era igualmente defendida pelos Estóicos, sobretudo quando a razão nos indicava que era a forma mais adequada de nos colocarmos em conformidade com a ordem natural das coisas, ou quando não nos era possível prosseguir com aquela conduta que tínhamos previamente traçado (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006).

No que diz respeito à escola Pitagórica, esta opunha-se ao suicídio por dois motivos essenciais: por um lado, porque uma alma que mergulhara num corpo na



sequência de um pecado original devia realizar a sua expiação até ao fim, e por outro lado porque a associação existente entre o corpo e a alma se regia por relações numéricas e o suicídio podia quebrar essa harmonia (Minois, 1998)

Em relação a Platão e Aristóteles estes possuíam uma posição de princípio contrária ao suicídio; no entanto, cada um dos pensadores tinha uma maneira própria de entender o gesto suicida (Santos, 2006)

Platão tinha uma posição bem mais flexível que Aristóteles; o primeiro admitia algumas exceções como as condenações a doença incurável ou o destino miserável, ao passo que Aristóteles optava por uma proibição total do suicídio (Minois, 1998).

Na transição para a Idade Média, é de extrema importância fazer referência a Santo Agostinho, que foi um dos mais importantes pensadores da Igreja e cuja influência foi decisiva, definiu a doutrina a seguir em “ A Cidade de Deus”, de forma bastante explícita, optando por um endurecimento rigorista que se orientava para a interdição do suicídio (Santos, 2006)

Santo Agostinho (s.d.,cit.In Minois,1998) afirma na sua obra o seguinte: “ nós dizemos, declaramos e confirmamos de qualquer forma que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos; ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas, porque são sobretudo os que pecaram que mais necessidade têm de vida para nela fazerem a sua penitência e curar-se; ninguém tem o direito de se matar na esperança de uma vida melhor imaginada depois da morte, porque os que se mostram culpados da sua própria morte não terão acesso a essa vida melhor”

Com Santo Agostinho assistíamos, portanto, à interdição total do suicídio, de todo o tipo de suicídio, apoiada no quinto mandamento, não se prevendo qualquer exceção. Estávamos assim, perante um contexto de hostilidade ao suicídio condenado quer pelo direito civil quer pelo direito canónico, que tinha as suas raízes mergulhadas no império romano e na evolução que nele se verificava desde finais do século IV e princípios do século V (Santos, 2006).





### **2.1.3 Idade Média**

O cadáver era punido na terra, e a alma punida no céu. Desta forma, elaborava-se uma cumplicidade muito estreita entre direito civil e direito canónico. Ambos colaboravam activamente na repressão a todos os tipos de comportamentos que não estivessem inseridos dentro de um enquadramento tutelado, moral e filosoficamente, pelo “peso” e pela influência das Sagradas Escrituras, e pelas grandes interpretações da filosofia platónica - Santo Agostinho - e da filosofia aristotélica - São Tomás de Aquino - (Santos, 2006)

No entanto, nos séculos XIV e XV surgiu uma revolução cultural que se estendeu a todos os domínios e que trouxe uma nova forma de perspectivar o suicídio: o Renascimento.

Este foi o tempo de Copérnico, de Lutero, de Erasmo, de Montaigne e de tantos outros que começaram a abalar os pilares da verdade, sem contudo os deitarem por terra. A erosão provocada por estes homens deixou, no entanto, fissuras irreparáveis ao nível da ciência, do dogma e da moral (Minois, 1998).

O suicídio na Idade Media era praticado em todas as classes sociais e em ambos os sexos.

O suicídio era encarado, muitas vezes, como o resultado de uma tentação diabólica, do desespero ou de um acto de loucura, sendo assim os suicidas eram punidos de forma extremamente severa.

O acto em si era entendido como algo de criminoso e vingado sobre o cadáver, seguido da confiscação dos bens daquele que se suicidava (Minois, 1998).

Nesta época o camponês que se matava para escapar à miséria, cometia um acto desprezível e covarde, e a sua alma devia ir para o inferno. Por sua vez o nobre que preferia a morte na batalha, era um herói consagrado a quem deviam ser prestadas honras civis religiosas (Minois, 1998).

No caso dos judeus, o suicídio surgiu essencialmente como resultado das perseguições cristãs, sobretudo durante o período das cruzadas.

### **2.1.4 Cristianismo**

O Cristianismo nasceu e desenvolveu-se numa atmosfera de grande ambiguidade, que sublinhava, por um lado, o desprezo pela vida terrena e afirmava o desejo da morte como forma de maior proximidade a Deus e à vida eterna, e por outro



lado, afirmava que apesar de tudo não nos devíamos entregar à morte, e essa tendência afirmou-se muito claramente nos primórdios da Igreja (Minois, 1998).

Como conclusão devemos reter a ideia de que a vida era entendida como algo horrível mas que tínhamos de suportar. Sendo a morte desejada, no entanto, não nos devíamos entregar a ela, constituindo este o difícil exercício sobre o qual devia repousar uma vida cristã (Minois, 1998).

### **2.1.5 Renascimento**

O renascimento promoveu um regresso em força ao passado; os homens voltaram aos pensamentos da antiguidade clássica.

A partir do final do século XIV, com a primeira geração humanista, eclodiu um conflito de valores. Mas também, entre os humanistas, apareceram aqueles que argumentavam a favor da morte voluntária e aqueles que se opunham.

A ideia do suicídio apresentava-se agora aos espíritos numa forma subreptícia, e o véu de vergonha e medo que pairava sobre esta problemática dissipou-se pouco a pouco, à medida que se impunham as imagens respeitáveis de Lucrecio, Catão, entre outros (Minois, 1998).

### **2.1.6 Repressão do Suicídio**

Minois (1998), escreveu acerca do século XVII o seguinte: “O Grande Século das Almas” constrói-se sobre as ruínas de muitos ideais humanistas, mas, edificado sobre o alicerce filosófico do aristotelismo, tem como armaduras o princípio da autoridade, da ordem, da clareza, da tradição, e da fé iluminada pela razão.

Esta foi a época das grandes ordens, e tudo passou a ser previsto e determinado com grande rigor; depois da atitude inquieta renascentista assistíamos agora ao rigor, à inalterabilidade tranquilizadora.

### **2.1.7 Século das luzes**

O século das luzes trouxe a discussão do suicídio em toda a sua plenitude. A partir daqui, já ninguém se coibia de pensar, comentar e expressar ideias acerca da morte voluntária, tendo mesmo aparecido tratados que tinham esta problemática como tema central (Santos, 2006)

Se o período que medeia entre os anos 1580 e 1620 já tinha colocado a grande questão: ser ou não ser; o século XVII, embora encerrando um movimento das



autoridades no sentido de negar essa interrogação, já tinha reflectido sobre esta problemática que viria inquietar os responsáveis e a ampliar-se no século XVIII (Minois, 1998).

No século das luzes, o papel da elite intelectual adquiriu um grande significado, como outrora, tinha igualmente sucedido no Renascimento. Por um lado a grande maioria dos intelectuais escolheram o ser, essa escolha comportava uma certa condição; ou seja, esse ser devia valer a pena ser vivido e esses homens desejavam realmente ser, mas na condição de se reorganizar o mundo, um mundo em que existência valesse a pena ser vivida, o que não era, de longe, o caso de muitos homens. Por outro lado, uma minoria de intelectuais optou pelo outro sentido da palavra, não ser, e preferiam partir de imediato, se esta vida se revelasse insuportável, entendendo que o podiam e deviam fazer com toda a liberdade (Minois, 1998)

### **2.1.8 Da Culpabilização do Suicídio à Actualidade**

O século XIX encetou um movimento orientado em sentido oposto ao do século anterior. Este último, tinha sido o culminar de todo um processo iniciado três séculos antes, no período Renascentista, e que tinha vindo, lenta e dificilmente, a incluir a questão num campo de debate cada vez mais alargado e despenalizar o suicídio (Santos 2006)

Segundo Minois (1998), “a constatação que parece impor-se é que então se faz um esforço para destruir o que os três séculos anteriores tinham de forma lenta, difícil e incompletamente conseguido obter; isto é, o reconhecimento do suicídio como um facto de sociedade que deve ser abordado sem preconceitos, que é sem dúvida um acto trágico, mas que se precisa compreender sem “a priori ” o condenar. Do Renascimento às luzes, o suicídio abandona pouco a pouco o “guetho” dos tabus e dos actos contra-natura. Despenalizado, permanece como objecto de azedas discussões, mas tais discussões contribuem para desmistificar, secularizar e banalizar a morte voluntária. Depois do período revolucionário, as autoridades morais, e mesmo políticas, dominadas pelo espírito de reacção e de restauração, esforçam-se com vigor para voltar a colocar o suicídio entre o conjunto de proibições contra-natura que, em sua opinião, nunca daí devia ter sido afastado”.



## 2.2 Direito

No Século VI os suicídios dividiam-se em inocentes (tédio, dor grave, doença incurável, suicídio filósofos), e inapeláveis, estes, totalmente repugnáveis, como acontecia com os militares, condenados e detidos aguardando julgamento (Guillon & Bonniec, 1985).

A partir do Século XVI a profanação do cadáver era uma forma de dissuadir o suicídio:

- Em Lille o cadáver era puxado numa grade, de cara voltada para o chão, até um pátio onde era enforcado ou queimado;
- Em Metz era metido numa pipa e lançado ao rio;
- Em Zurique o cadáver era novamente punido: se a morte foi provocada por um punhal, espetava-se-lhe uma cunha de madeira na cabeça, se foi por afogamento atirava-se a um poço, sepultava-se no monte ou à beira de um caminho com pedras na cabeça, tronco e pés (Hurlin, 1952);
- Em Dantzig o cadáver tinha que sair pela janela, ou na falta desta por um buraco que teria de ser feito na parede;
- Em Inglaterra o suicídio era punido por lei desde 1745 até 1961;
- Em Portugal o Código Penal de 1886 punia o “auxílio ou ajuda ao suicídio”; o de 1982 punia o “ incitamento ou ajuda ao suicídio” e o de 1995 mantém a mesma orientação, acrescentando um novo tipo de crime “propaganda do suicídio”.

A 26 Agosto de 1789 a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, consagra dois artigos curiosos: um que define a liberdade como um todo “ tudo permitido desde que não prejudique outrem ”, e outro que refere: “ à lei só compete precaver os actos nocivos à sociedade”.

O chamado código napoleónico de 1810 ignora o fenómeno suicida, embora o Decreto da Assembleia Nacional Constituinte de 21 de Janeiro de 1790 tivesse despenalizado os “ crimes cometidos pelo próprio sobre si mesmo” (Guillon & Bonniec, 1985).



## 2.3 Definições conceptuais

### 2.3.1 O Suicídio / O Suicida

Um suicida é todo o indivíduo que se mata intencionalmente. No entanto esta definição aparentemente óbvia, suscita muitas dúvidas, nomeadamente no caso dos doentes oncológicos e hemodialisados por exemplo, que recusam ou abandonam os tratamentos; e os doentes em estado terminal que suplicam uma injeção letal (Mayo, 1992). Nestes casos a dúvida instala-se!

Durkheim (1897) deixou-nos o legado mais completo em relação ao suicídio. Este define o suicídio como: “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo, conhecendo este o seu efeito letal”. Esta definição inclui não só actos positivos de auto-destruição, como envenenamentos ou flebotomias, mas também actos negativos de intenção letal, que exemplifica na greve de fome. Também não distingue nem martírio nem gesto heróico suicida.

Mas ao definir suicídio, este autor define também tentativa de suicídio, que consiste num acto diferente, pois logo de seguida refere-nos que “ a tentativa de suicídio é o acto assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”.

### 2.3.2 Estudos sobre o suicídio

A referência mais importante continua a ser Durkheim, que trataremos mais detalhadamente adiante.

Também Albert Bayet numa obra intitulada “O suicídio e a morte” (1992) é uma referência importante, detalhada adiante.

Mais perto de nós, Batchelor (1957 cit. in Kastenbaum & Aisenberg, 1983: 217), sustenta que na velhice “*a grande maioria dos suicidas sofrem de psicose – e situa-se em dois grupos clínicos: o de estados depressivos e o de demência orgânica*”. Ele concluiu que, depois dos 80 anos:

- a) A maioria dos que tentam o suicídio encontra-se na fase depressiva da psicose maníaco-depressiva;
- b) A minoria sofre de psicoses orgânicas típicas da velhice;



c) Um pequeno número encontra-se em estado de confusão passageira que, acredita Batchelor (1957 cit. in Kastenbaum & Aisenberg, 1983: 218), são quase sempre organicamente determinados e nota que, em alguns casos, esta confusão parece ser psicogénica, por exemplo, “*uma reacção súbita de pânico num contexto de desespero e perplexidade...*”

Estudando famílias, Batchelor (1957 cit. in Kastenbaum & Aisenberg, 1983:218) registou uma história de actos suicidas em 17% de uma série de 40 casos, e encontrou “*na maioria uma história de anormalidade psicótica*”. Concluiu, portanto, que um “*evidente traço maníaco-depressivo na família é comumente importante*”.

No estudo de Farberow e Shneidman (1957 cit. in Kastenbaum & Aisenberg, 1983: 219), “*suicídio e idade*”, dá-se ênfase à questão: quais são as razões básicas do suicídio na velhice? Usando cartas de despedida como seus dados, os autores classificaram os motivos revelados em cada uma, baseando-se nos três factores que, segundo a teoria de Menninger, (1963 cit. in Kastenbaum & Aisenberg, 1983: 219) “*estão presentes em graus variados*” em todos os suicidas: o desejo de matar, o desejo de ser morto, e o desejo de morrer.

Outros aspectos que têm suscitado interesse no âmbito da investigação referem-se aos aspectos sócio-demográficos implicados no suicídio. O suicídio sendo um fenómeno universal, apresenta variabilidade geográfica, temporal e cultural.

Tur et al. (2004) referiram-se de um modo global a estas dimensões. Na sua obra refere que os países europeus são países que encerram contrastes regionais muito acentuados, facilmente apreendidos quando observamos as suas paisagens naturais e humanizadas ou analisamos o complexo mosaico de realidades económicas, sociais, culturais e políticas que os integram. A História acentuou estes contrastes e esta diversidade ao ajudar a sedimentar num mesmo território comunidades que se distinguem por identidades fortes, caracterizadas por diferentes sentimentos de liberdade e autonomia.

Freud, por sua vez apresentou o suicídio como retorno da agressividade contra o próprio eu, e em 1920, considerou a existência em cada homem de um instinto de morte, por oposição ao instinto de vida e à libido, que em determinados casos se poderia impor, uma vez que não fossem sublimados aos seus substitutos como a renúncia de si na dedicação pelos outros (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006)



### 2.3.3 Perspectiva de Durkheim

Segundo Durkheim (1897) um indivíduo comete suicídio ou não consoante está mais ou menos integrado no funcionamento social. Assim sendo o autor distingue três tipos de suicídio:

- a) Suicídio egoísta, que resulta de um défice de integração social dos indivíduos a nível familiar, religioso e político;
- b) Suicídio altruísta, que se traduz pelo sacrifício do indivíduo em prol do grupo;
- c) Suicídio anómico, no qual o desregramento social não permite assegurar as necessidades elementares;

Na sua obra, o autor contrariou ainda, as ciências clínicas ao dizer que não é a loucura, a depressão ou o desconforto económico que levam os indivíduos a acabarem com a sua vida, estes estados apenas são o cume do mal-estar social em que vivem.

Contudo não podemos dizer que o suicida é um “herdeiro moral” do número de suicídios precedentes, pois este não teve contacto com a mesma natureza que os seus antecessores, na medida em que as tendências colectivas possuem especificidades que lhes são próprias tanto num contexto temporal como social. Esta natureza difere porque os indivíduos enquanto forças activas da sociedade, vão progredindo enquanto seres psíquicos e sociais, descobrindo novas formas de pensar e sentir, “(...) *pondo de lado o individuo, o social não é nada.*”, (Durkheim, pág.332).

Durkheim salienta que quanto maior o grau de coesão social menor será a tendência para o indivíduo por termo à própria vida. Todavia, na sociedade francesa de Durkheim, onde a maioria dos indivíduos eram católicos e em que a ida à Igreja é apenas semanal, nas zonas urbanas é mais comum o suicídio do que nas zonas rurais, uma vez que a individualidade é mais acentuada.

### 2.3.4 Suicídio e Parassuicídio

No âmbito da problemática do suicídio têm sido desenvolvidos alguns estudos no nosso país, nomeadamente os estudos de Bento Pires, Silva, Bacelar e Malheiro, (1992); e Gradiz, (1990). Mas não só nesta área; também temos assistido à realização de estudos centrados noutras vertentes de expressão de intencionalidade suicidante, situadas igualmente dentro do espectro geral da problemática suicidante, mas que em termos práticos se revelam diversas, pois delas a morte não ocorre (Santos, 2006).



Estamos a entrar no âmbito da “tentativa de suicídio”, expressão inicialmente referida por Durkheim(1897) como já referi anteriormente, e frequentemente utilizada na prática clínica e que foi igualmente objecto de estudos (como por exemplo, os estudos de Costa, Martins, Rezende, Cortez-Pinto e Teixeira, comunicação pessoal, Maio, 1985, Martins, 1990; 3 Sampaio, 1991 cit in Santos, 2006).

Em relação ao parassuicídio, termo introduzido por Kreitman e tal. (1969), e adoptado pela CID (1992), existem referências importantes em Portugal (Saraiva, 1996, 1999; Santos, 2006).

Este termo foi assim definido como um acto cometido de forma deliberada encerrando em si um gesto suicidário mas que não conduz à morte.

Mais tarde o grupo de peritos em Suicidiologia da Organização Mundial de Saúde (OMS), redefiniu em York (1986), o conceito de parassuicídio.

Considerou que este é um “acto não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem, que provoca auto-lesão ou ingere uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou da dose reconhecida como terapêutica, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através desse acto quer através das suas consequências físicas” (Faria, 1994, cit. in Saraiva, 1999)

Estas duas últimas vertentes da expressão suicidante: tentativa de suicídio e parassuicídio; apesar de diferentes em termos de consequências, quando comparadas com o suicídio consumado, revelam-se, do ponto de vista prático quanto aos seus resultados, clinicamente como semelhantes; isto é, ambas não resultam em morte (Santos, 2006).

Podemos classificar tentativa de suicídio e parassuicídio como vertentes de expressão projectada de intencionalidade suicidante semelhantes quando olhamos ao seu resultado, mas não quando olhamos à sua conceptualização (Santos, 2006).





### **2.3.5 Suicídio: análise de factores envolvidos**

Segundo Goldsmith (2001), o suicídio não é um acto puramente individual, pode ser influenciado por factores culturais, como por exemplo na Índia, onde é aceitável que uma mulher se deixe cremar pelo fogo no funeral do marido, para se manter em contacto com ele. No tão conhecido caso do Japão o suicídio era muitas vezes praticado em situações de desgraça pessoal ou familiar e, ainda nos dias de hoje se verifica, em casos de insucesso profissional. O aumento do número de suicídios entre as famílias Japoneses (chefes de família falidos) fez com que os governos criassem linhas de apoio ao suicida para os ajudar.

Estes exemplos são o reflexo de que o suicídio não está sempre associado a casos de doença individual, podendo ser antes visto como uma solução culturalmente organizada para as adversidades da vida, em contextos de luta política ou ressarcimento pessoal.

Trata-se de um “mito urbano” o facto de se pensar que a religião actua sempre como o principal elemento de prevenção dos actos suicidas dentro de uma sociedade, é verdade que a religião juntamente com uma rica tradição histórica, favorecem a integração e o apoio social, prevenindo assim o suicídio. A religião predispõe o indivíduo à vida em grupo realizando cerimónias que visam reunir crentes com iguais convicções, promovendo a interacção. Durante estas cerimónias é também normal, a família reunir-se o que contribui para diminuir o isolamento social e conseqüentemente pode minorar a ideação suicida. No entanto esta influência religiosa não se constata ao longo de todo um país, é antes limitada pela localização geográfica. Sendo assim, a religião pode ajudar na prevenção do suicídio porém também é limitada pelo contexto local (Oliveira, 2006).

Contudo, a conservação da vida continua a ser um dos instintos humanos menos contestados, embora abalado com uma frequência implacável e persistente.

O suicídio pode conter uma influência hereditária, não geneticamente activa, mas algo que leva os indivíduos a crer que deve ser seguido como uma herança, como é o caso de três irmãos em que o primeiro, mais velho, se suicida deixando aos outros dois a sombra da sua escolha, face a este panorama o irmão que lhe precede tende a terminar também com a sua própria vida num acto voluntário.

Este conjunto de tragédias afecta o mais novo dos irmãos levando-o também a ele a um acto de suicídio; esta cascata de acontecimentos é normalmente marcada pela selecção pelos três do mesmo método de suicídio, dando a noção ao estudioso do caso, de seguir uma linha hereditária (Oliveira, 2006).



O idoso é um indivíduo que acumula ao longo da vida perdas sucessivas, como é o caso da Reforma, com a perda do Trabalho que o tornou útil para si e para a sua família em toda a sua vida, com a maturidade, os filhos conquistaram a sua autonomia. A perda do cônjuge, normalmente consiste numa perda severa, vai haver decadência e dificuldade a adaptar-se a novas situações, e perda do vigor físico e mental, assim como perda de saúde entre outras coisas (Oliveira, 2006).

Os idosos são normalmente afectados pela solidão resultante de uma fraca integração no ambiente que os rodeia. Isto advém de uma débil inserção em actividades, seios familiares e grupos de qualquer natureza.

A escassez de meios de auxílio entre as populações isoladas fortalece a solidão entre os idosos, que, por todas as razões acima referidas acabam por cair no esquecimento. Estas populações são normalmente esquecidas e não é feito por estes indivíduos o mesmo plano social e de interacção que existe nos grandes centros, entregam-se nas “mãos” da religião, e toma-se como garantido que esta os vá arrebatara do isolamento, quando nem sempre isto acontece (Oliveira, 2006).



## 2.4 Suicídio: Uma visão global e nacional

Portugal é reconhecido como um país em que as taxas globais de suicídio (n.º de mortes anuais por 100 mil habitantes) são relativamente moderadas, tal como os restantes países do Sul da Europa de maioria católica, ao contrário do que se passa no Norte e no Leste. Existe, todavia, em Portugal uma marcada assimetria entre o Norte e o Sul. De facto, ao Sul do Tejo as taxas são mais elevadas devido a uma diversidade de factores sociais e psiquiátricos. Desde a desertificação à personalidade melancólica. Desde o envelhecimento à baixa religiosidade (Professor Carlos Braz Saraiva em entrevista ao Jornal do Fundão, 2006)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem anualmente em todo o mundo cerca de um milhão de suicídios (um número mais elevado do que as mortes conjuntas provocadas por guerras e homicídios), constituindo uma das três principais causas de morte na faixa etária entre os 15 e os 34 anos de idade (Tur e tal., 2004).

Alguns estudos analisados pela OMS no Mundo em Maio de 2009 demonstram que nos países no norte da Europa, como por exemplo, a Lituânia, a Rússia, a Eslovénia, apresentam taxas elevadas de suicídio em ambos os sexos, sendo de notar que, o sexo feminino apresenta taxas muito inferiores comparativamente ao sexo masculino. Os restantes países da Europa apresentam taxas inferiores de suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

Verifica-se olhando para a figura seguinte que Portugal se encontra com uma taxa bastante inferior na ordem dos 8,4%, 13,6% no caso dos homens e 3,6% no caso das mulheres. (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009)



Figura I - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Europa + outros países,  
Ano mais recente disponível, ordenação decrescente

País	Global	Masculino	Feminino
Lituânia	42.1	74.3	13.9
Rússia	38.7	69.3	11.9
Eslovénia	28.1	45.0	12.0
Hungria	27.7	44.9	12.0
Estónia	27.3	47.7	9.8
Ucrânia	26.1	46.7	8.4
Letónia	26.0	45.0	9.7
Japão	23.8	35.2	12.8
Bélgica	21.1	31.2	11.4
Finlândia	20.6	31.9	9.8
Croácia	19.5	31.4	8.4
Suíça	18.4	26.5	10.6
Áustria	17.9	27.1	9.3
França	17.6	26.6	9.1
Moldávia	17.2	30.6	4.8
República Checa	16.9	27.5	6.8
Polónia	15.5	26.6	5.0
Roménia	14.1	23.9	4.7
Bulgária	14.0	21.0	7.3
Dinamarca	13.6	20.2	7.2
Alemanha	13.5	20.4	7.0
Suécia	13.4	18.9	8.1
Eslováquia	13.3	23.6	3.6
Irlanda	12.7	21.4	4.1
Austrália	12.7	20.1	5.3
Islândia	12.6	19.6	5.6
Nova Zelândia	11.9	19.8	4.2
Canadá	11.9	18.7	5.2
Luxemburgo	10.9	18.5	3.5
Noruega	10.9	16.1	5.8
Índia	10.7	12.2	9.1
EUA	10.7	17.6	4.1
Holanda	9.2	12.7	5.9
<b>Portugal</b>	<b>8.4</b>	<b>13.6</b>	<b>3.6</b>
Espanha	8.2	12.6	3.9
Itália	7.1	11.1	3.3
Reino Unido	6.9	10.8	3.1
Israel	6.3	9.9	2.7
Brasil	4.1	6.6	1.8
Albânia	4.0	4.7	3.3
Grécia	2.9	4.7	1.2
Geórgia	2.2	3.4	1.1
Arménia	1.8	3.2	0.5
Azerbaijão	1.1	1.8	0.5

Actualizado em terça, 26 Maio 2009 06:45 (<http://www.spsuicidologia.pt/>)



A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) definiu suicídio como o acto deliberado realizado por um indivíduo que sabe, ou espera, que este lhe seja fatal.

O suicídio é uma das três principais causas de morte em indivíduos dos 15 aos 34 anos, em todo o mundo. Os dados europeus sobre suicídio mostram que, entre 1980 e 2000, se verificou um maior número de óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas nos países do norte e centro da Europa. Por outro lado, são os países mais a sul (Portugal, Espanha, Grécia e Itália) que registam menor número de óbitos por esta causa.

De um modo global, a Europa do Norte tem mais óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas no sexo masculino, do que a Europa do Sul. Em ambos os sexos, por exemplo a Finlândia, a Bélgica, Áustria e França apresentam maior número de óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas por 100.000 habitantes.

Na Europa, o rácio de suicídios entre sexos mostra existirem maiores diferenças na Finlândia, Grécia, Irlanda e Portugal, registando-se quatro suicídios no sexo masculino para um no sexo feminino.

Em 2002, registou-se na UE um total de 164.150 óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas, em ambos os sexos dos quais 88.412 na classe etária dos 30 aos 59 anos (OMS, 2004).

Entre 1971 e 2000, verificou-se que a percentagem de suicídios por todas as causas de morte, em Portugal, sofreu um ligeiro aumento até 1987, tendo-se então registado uma progressiva diminuição, mais acentuada entre 1995 e 2000. O valor mais elevado registou-se em 1984, em que 1,1% das mortes por todas as causas em Portugal foram por suicídio, tendo-se registado o valor mais baixo em 1999 e 2000 (0,5%) (OMS, 2004).

Em Portugal, registou-se um decréscimo do número de suicídios e lesões auto-infligidas entre as décadas de 70 e 90, para cerca de metade, em ambos os sexos. Salienta-se no entanto, que no sexo masculino os números são de ordem muito superior quando comparadas com o sexo feminino (cerca de 4 vezes mais, comparativamente ao sexo feminino) (OMS, 2004)

Em Portugal, foi na classe etária correspondente aos indivíduos com mais de 50 anos que se verificou a maior taxa de suicídios. Em 2001, por cada 100.000 habitantes com idade superior a 50 anos, 13 suicidaram-se. De um modo global, a maior taxa de suicídios registou-se entre os divorciados e solteiros. Considerando os indivíduos do sexo masculino que se suicidaram, em 2001, a maior percentagem verificou-se nos



separados judicialmente e nos divorciados e solteiros. Se, por outro lado, considerarmos apenas os indivíduos do sexo feminino, é entre as divorciadas que se registam maiores percentagens de suicídio (OMS, 2004)

Segundo o Boletim Eurotrials em 2000, a maior taxa de suicídios registou-se na região do Alentejo tanto no sexo masculino como no sexo feminino. No sexo feminino, a menor taxa registou-se na região autónoma da Madeira, em que se verificou a inexistência de casos.

Salienta-se que nas regiões Norte e Açores ocorreu menos de um suicídio por 100.000 habitantes. No sexo masculino, a região com menor taxa foi a do Norte (OMS, 2004).

De um modo geral, em Portugal registaram-se mais suicídios nos meses de Junho, Julho e Setembro. Janeiro e Fevereiro foram os meses com menor número de registo (OMS, 2004).

Fazendo uma análise por sexos, não se verificam grandes diferenças de perfis, registando-se um maior número de suicídios no sexo masculino nos meses de Junho e Setembro e no sexo feminino em Junho e Julho (OMS, 2004).

Dados mundiais revelam que em 2002 o número de suicídios por 100.000 habitantes foi superior nos indivíduos com 75 e mais anos, tanto no sexo masculino como no sexo feminino (OMS, 2004).

De um modo geral, verificou-se maior número de suicídios no sexo masculino em todas as classes etárias, sendo o aumento progressivo com a idade (OMS, 2004).

A taxa de suicídio mundial por 100.000 habitantes é de 14.5. A União Europeia e Portugal apresenta valores de 10 e 5, respectivamente. A análise da evolução do número de suicídios por 100.000 habitantes por sexo, entre 1950 e 1995, revela um aumento ligeiro no sexo feminino, e um pouco mais acentuado no sexo masculino (OMS, 2004).



### **NO MUNDO:**

- Ocorre um suicídio em cada 40 segundos
- A taxa de suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos
- As tentativas de suicídio são 20 vezes mais frequentes que os suicídios
- 90% Dos suicídios encontram-se relacionados com distúrbios mentais (principalmente depressão e abuso de substâncias)

### **NOS EUA:**

- O número de suicídios é superior ao de homicídios sendo a oitava causa de morte
- Entre 1952-1995, o número de suicídios triplicou na classe dos adolescentes e jovens adultos
- Embora a morte por suicídio no sexo masculino seja quatro vezes superior à do sexo feminino, as tentativas de suicídio são mais comuns no sexo feminino.

Fonte:

Organização Mundial de Saúde (WHO) e Centers for Disease Control (CDC)

([http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim\\_14.pdf](http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_14.pdf), Junho de 2004)

**Estatística: gráficos globais da Organização Mundial de Saúde**

Gráfico I: Distribuição de taxas de suicídio (por 100,000) por sexo e idade (OMS, 2000)

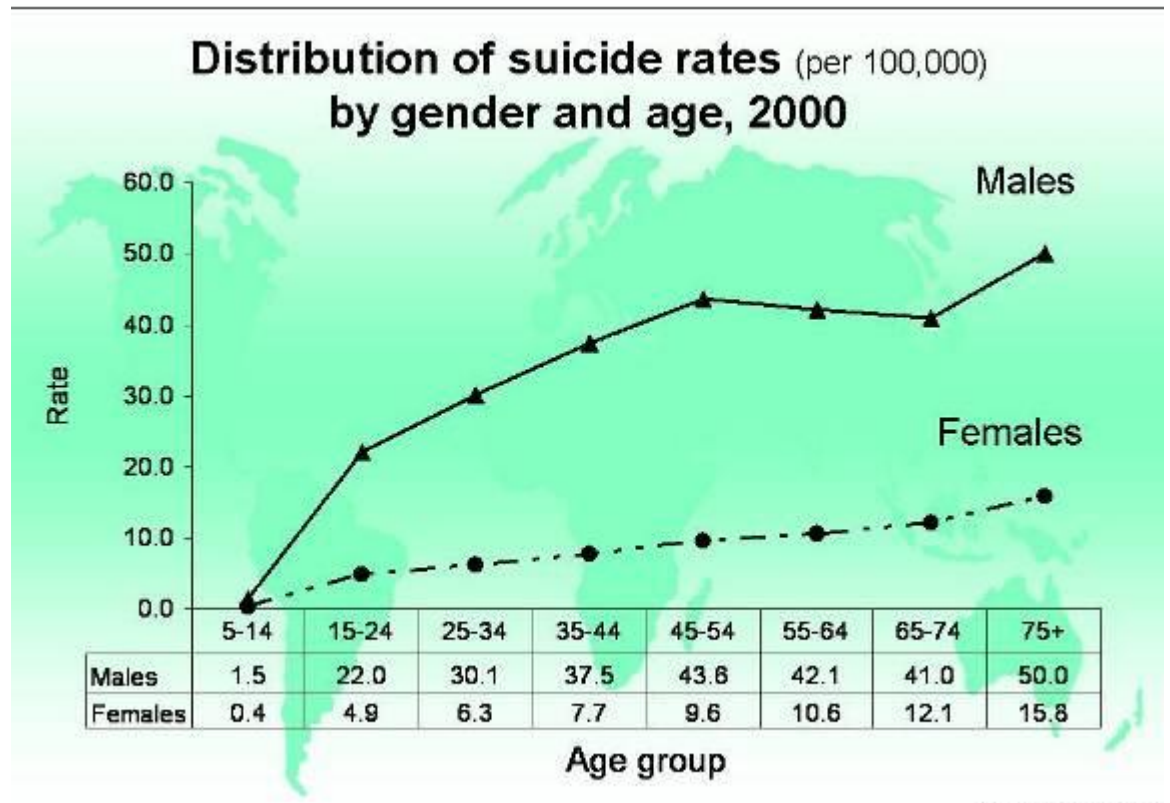




Gráfico II: Evolução das taxas de suicídio global (por 100,000 habitantes) (OMS, 1950-2000)

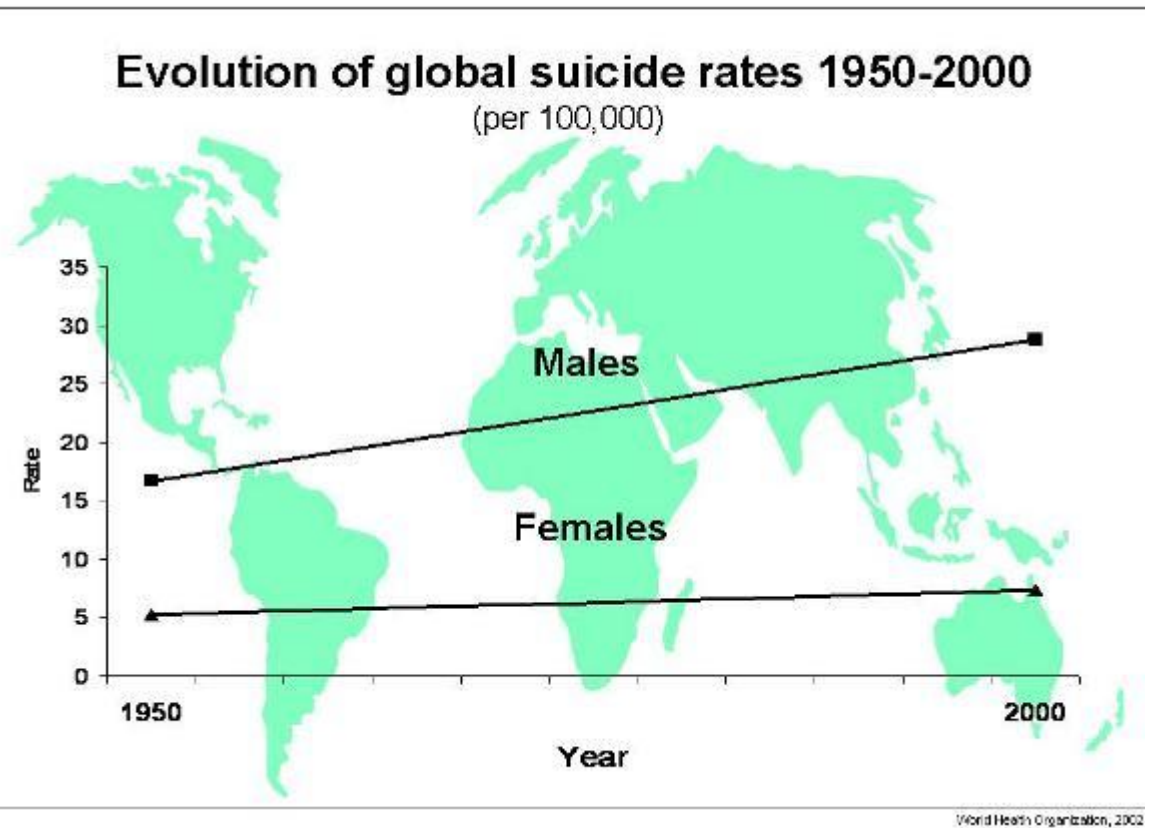
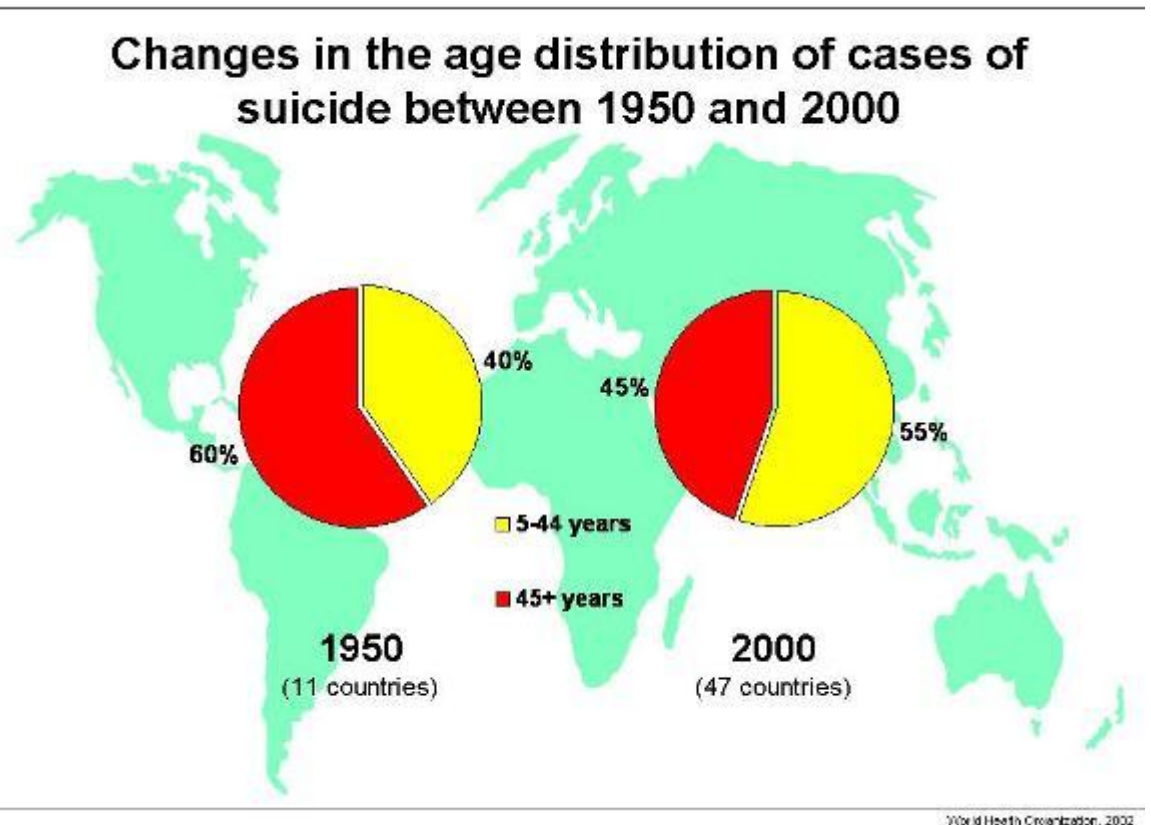


Gráfico III: Alterações na distribuição etária dos casos de suicídio entre 1950-2000 (OMS, 1950-2000)





## 2.5 Suicídio em Portugal

Portugal tem uma das mais moderadas taxas de suicídio do continente europeu de acordo com a OMS (2006) - apenas suplantado pela Albânia e pela Grécia - com uma média anual de 5,1 mortes por cada 100 mil habitantes, números semelhantes aos dos restantes países do Mediterrâneo, contrariamente aos do Norte, Centro e Leste Europeu (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

Na Europa, o rácio de suicídios por género mostra que existem maiores diferenças na Finlândia, Grécia, Irlanda e Portugal, registando-se quatro mortes no sexo masculino para uma no sexo feminino. Se no continente europeu a taxa de suicídios diminui, de maneira geral, de Norte para Sul, em Portugal continental verifica-se a situação inversa, com os suicídios a registarem valores mais elevados em regiões como o Alentejo (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, entre 1996 e 1999 a maior taxa média anual de suicídios registou-se precisamente nesta região, em ambos os sexos, com valores globais que variaram entre os 28,4 suicídios por cem mil habitantes no Alentejo litoral e os 19,8 do Alentejo central. Factores como a solidão, a desertificação e a inexistência de redes sociais de vizinhança são avançadas pelos especialistas como algumas das possíveis causas para este fenómeno (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

A região norte do país registou globalmente e no mesmo período os índices médios anuais mais baixos, registando valores situados entre os 3,2 em Trás-os-montes e os 0,5 no Grande Porto. A maior crença religiosa da população nortenha funciona, também na opinião dos especialistas, como um forte factor de desencorajamento (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

Apesar de serem as mulheres quem mais tenta o suicídio, são os homens quem mais o consuma. Em Portugal os suicídios masculinos representam mais do triplo dos femininos, com uma média de 9,4 por 100 mil habitantes contra 2,8 nas mulheres, sendo na classe etária correspondente aos indivíduos com mais de 75 anos que se verifica a maior taxa de incidência. Por outro lado, é de registar que existe também uma maior incidência do suicídio entre os indivíduos divorciados e solteiros (A Página da Educação, 2006).



Figura II: taxas de suicídio por 100.000 habitantes (NUTS III)

**Taxas de suicídio por 100.000 habitantes (Portugal, Nuts3, média anual 1996-99)**

Nuts3	Global	Sexo masculino	Sexo feminino
Minho-Lima	3.1	5.2	1.3
Cávado	1.4	2.4	0.5
Ave	1.1	1.8	0.4
Grande Porto	0.5	0.7	0.3
Tâmega	2.1	3.5	0.7
Entre Douro e Vouga	2.4	3.9	1.0
Douro	2.1	4.1	0.2
Alto Trás-os-Montes	3.2	4.7	1.7
Baixo Vouga	2.6	4.3	1.1
Baixo Mondego	3.3	5.8	1.0
Pinhal Litoral	6.3	9.2	3.5
Pinhal Interior Norte	6.8	10.5	3.4
Dão-Lafões	2.0	3.3	0.9
Pinhal Interior Sul	6.9	8.1	5.7
Serra da Estrela	1.4	2.9	0.0
Beira Interior Norte	3.8	6.2	1.6
Beira Interior Sul	2.8	3.9	1.8
Cova da Beira	5.9	9.5	2.6
Oeste	13.2	20.9	5.8
Grande Lisboa	7.5	11.6	3.8
Península de Setúbal	8.4	12.5	4.5
Médio Tejo	8.4	13.0	4.0
Lezíria do Tejo	14.0	20.1	8.1
Alentejo Litoral	28.4	42.8	14.2
Alto Alentejo	17.1	26.4	8.3
Alentejo Central	19.8	30.1	10.1
Baixo Alentejo	19.4	31.3	7.9
Algarve	14.4	22.3	6.6
R. A. Açores	6.0	10.2	1.9
R. A. Madeira	3.0	5.3	0.9

Fonte: INE (nº de óbitos + denominadores populacionais)

Estudos recentes demonstram que a taxa de suicídio em Portugal aumentou 100% em dois anos – 2002 e 2003. Os últimos dados revelam que se registam 1100 suicídios por ano, no país. Portugal passou de cerca de 500 suicídios por ano, no final da década de 90, para 1200, em 2002, e 1100, no ano seguinte (Jornal de Notícias, 2006).

Carlos Braz Saraiva, Médico Psiquiatra dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), nas Jornadas Sobre Comportamentos Suicidários, no Luso, sublinhou que o suicídio nunca tem uma causa isolada e que o risco de suicídio é muito elevado "quando as pessoas perdem a esperança e essa perda de esperança é persistente ao longo do tempo". E a prevalência continua a colocar no cimo da tabela de estatísticas o Alentejo, o Algarve e a Grande Lisboa. (Jornal de Notícias, 2006).

No caso de Portugal os indicadores quantitativos apresentados correlacionam-se de forma consideravelmente mais notória. As baixas taxas de suicídio no "Norte" puderam reflectir a influência de diversos factores socio-demográficos, sobretudo nas regiões litorais, e nomeadamente entre Minho e Douro: altas taxas de nupcialidade,



natalidade e actividade, em contraste com baixas taxas de mortalidade e desemprego (Tur e tal., 2004).

Do ponto de vista da antropologia cultural há também factores que matizam o padrão geográfico, como as danças, cantares alegres e vestidos regionais de cores vivas dos minhotos.

No “Sul” as taxas de suicídio são marcadamente superiores, particularmente no Alentejo. As taxas de nupcialidade, natalidade e actividade são inferiores às do Norte, e as de mortalidade e desemprego são superiores. A densidade populacional é muito baixa, com valores de 15 a 20 habitantes/km<sup>2</sup> (Tur e tal., 2004).

A ruralidade extrema que caracteriza as planícies alentejanas, com o isolamento e a fraca densidade da sua população e o afastamento do convívio social, puderam contribuir para o incremento do número de suicídios, sobretudo quando interagem outros factores sociais, como a emigração de filhos e jovens para os grandes centros urbanos resultando então num envelhecimento da população, restando os idosos viúvos, muitas vezes em situação de pobreza, que não puderam viver com os filhos nas cidades ou não quiseram por não se adaptarem ao meio urbano.

O suicídio nesta região tem sido interpretado como recurso nobre, uma espécie de redenção moral, um fenómeno fortemente cultural, ligado ao carácter alentejano evidenciado em aspectos como a tristeza do seu folclore, com músicas e cantos lentos, desconsolados e nostálgicos, danças com pouca vivacidade e expressão corporal (Tur e tal., 2004).



### 2.5.1 Suicídio no Baixo Alentejo; estudos realizados

#### Estudo número 1

Um estudo realizado pelo grupo de Psicólogos do Centro de Saúde Mental de Beja (Barrocas, Santos e Gradiz, 2002) realizado no período entre 1982 e 2001, a partir de informação recolhida pela Guarda Nacional Republicana. Registou nesse período de 20 anos 1203 suicídios, dos quais 931 era homens e 272 eram mulheres, dos métodos utilizados, registaram-se 550 enforcamentos, 333 intoxicações, 198 afogamentos, 97 por arma de fogo, 7 defenestraçãoes, 2 por arma branca, 15 trucidados por comboio e foi registada 1 asfixia (sem detalhes adicionais) no distrito de Beja, neste estudo ao longo dos anos verificou-se um pequeno aumento do número de suicídios, porém este aumento não se mostrou constante ao longo dos anos.

#### **Quadro I:** Evolução do suicídio por ano no Distrito de Beja (1982-2001)

<b>Ano</b>	<b>Número</b>
1982	46
1983	65
1984	58
1985	79
1986	77
1987	70
1988	54
1989	71
1990	67
1991	61
1992	55
1993	75
1994	67



1995	54
1996	54
1997	50
1998	51
1999	52
2000	49
2001	48



Segundo o mesmo trabalho foram estudadas diversas variáveis, nomeadamente o sexo, o mês do ano, a localidade onde ocorreu, a idade do indivíduo, e o método mais seleccionado, estas variáveis foram relacionadas entre elas, e a conclusões que se registaram com este trabalho foram:

1. O suicídio é de origem multifactorial
2. Prevalência no sexo Masculino
3. Risco aumenta com a idade
4. Métodos utilizados são agressivos (H/M)
5. Verão, época de maior incidência

(Barrocas, Santos e Gradiz, 2002)

### Estudo número 2

Focando apenas o estudo de Gradiz (1999), este incidiu sobre a população suicida no distrito de Beja durante o ano de 1987, partindo de uma amostra de 71 pessoas que cometeram suicídio.

Este estudo chama, deste logo, a atenção para o facto de estarmos na presença da região que apresenta maior prevalência de suicídios do país (39.5, 40.1/100.000 do País), sendo, concomitantemente, também a região de menos densidade populacional do país (Santos, 2006)

Os resultados obtidos mais importantes foram os seguintes:

- 69% Desta população tinha mais de 45 anos de idade;
- 73% Dos suicídios foram referentes ao sexo masculino;
- 63% Dos suicídios ocorreram na população não activa;
- 55% Dos suicidados eram analfabetos;
- A maior prevalência suicidária deu-se no grupo dos divorciados, solteiros e viúvos;
- 56,3% Dos suicidados padecem de alguma doença;
- 65% Dos suicidados têm historial de antecedentes traumáticos;
- A primavera foi a estação do ano onde mais suicídios aconteceram, especialmente durante o dia;



## 2.5.2 O suicídio na margem sul do Tejo

### Estudo número 3

O estudo de Bento e tal. (1992), incidiu sobre a população suicida dos concelhos de Alcochete e Montijo, de 1978 a 1991.

Os autores identificaram 30 suicídios, tendo realizado 24 autópsias psicológicas. Deste logo concluíram que a taxa de suicídio foi baixa, constatando a existência de um número bastante maior de suicídios do que aquele que foi registado oficialmente.

Segundo Bento et al., (1992) verificou-se que:

- Predominaram os indivíduos do sexo masculino;
- Idade avançada;
- Classe social baixa;
- História de doença mental (alcoolismo e depressão);
- Doenças físicas (graves, crónicas ou incapacitantes);
- Antecedentes familiares de suicídio, alcoolismo e doença mental
- Intenção suicida;
- Tentativas anteriores de suicídio;

Bento e tal. (1992), referem que nas circunstâncias em que rodearam o acto suicida assumiram particular importância “os acontecimentos de vida, os meses quentes, a primeira metade do dia e o envenenamento por pesticidas”.

Finalmente, importa referir que os métodos utilizados foram maioritariamente os seguintes:

- 54%, envenenamento por meio de pesticidas;
- 29%, enforcamento;
- 17%, afogamento em poço ou rio;
- 10%, armas de fogo;





## 2.6 O Rosto Humano do Suicídio no Baixo Alentejo

Pensa-se que a maioria dos indivíduos que se suicidam, com mais de 65 anos possui uma doença. No entanto os casos de patologia mental, como as depressões envolvendo toma de medicamentos, também se destacam, porém entre os mais jovens. Nos mais idosos, registam-se vários casos de doenças crónicas degenerativas e tumores agressivos, em fase de tratamento.

A doença pode afectar enormemente a vida de um individuo, uma vez que o torna limitado para as acções do seu dia-a-dia, para um individuo que por si só já é solitário e isolado, quando atingido pela doença, como cancro, é ainda mais fragilizado, e julga não haver mais esperança para si própria devido não só à patologia, mas também à idade avançada, esta associação fá-lo crer que o tempo que lhe resta não é tempo de qualidade, fazendo-o questionar-se sobre a sua própria existência

Estes indivíduos, apesar da idade continuam a trabalhar normalmente no campo na agricultura e pecuária, quando assolados por uma doença degenerativa ou tumoral são privados destas actividades que os valorizam como seres humanos, por apesar da idade e das condições sociais, continuam a poder cultivar e criar produtos que podem consumir ou vender.

O caso ilustrativo do idoso que quando confrontado com o pré-diagnostico de cancro do estômago, comete suicídio por enforcamento, na sua própria residência na mesma tarde em que recebe a notícia, segundo familiares este diagnóstico afinal não correspondia a cancro, sendo este apenas uma suspeita infundamentada. Neste caso consegue destacar-se o desespero deste individuo quando confrontado com a noticia avassaladora.

No caso dos mais jovens, as depressões são a patologia mais frequente, que pode ser causada por vários factores. A região do Baixo Alentejo é conhecida pelo seu grau de isolamento, o que para a população mais jovem pode ser limitante do ponto de vista das suas necessidades, o caso que mencionamos é o da mulher policia (24 anos) que frente a uma severa depressão se suicida com a arma do serviço, deixando carta de despedida.



Normalmente o suicida do baixo Alentejo selecciona métodos de suicídio agressivos, e que provocam grandes danos físicos, o enforcamento nestes indivíduos é normalmente um acto muito violento pelo facto de, uma vez que ao terem a corda em torno do pescoço, se deixam simplesmente descair, dando origem a uma morte lenta e muito dolorosa, ou seja optam por uma suspensão incompleta do corpo. Podemos descrever o caso do individuo que sedado com ansiolíticos se deixa afogar na banheira, este caso vem provar também a perda de esperança e convicção das vitimas durante o acto. Para finalizar esta temática de suicídio violento, há a destacar a utilização de agro tóxicos como cáusticos agressivos entre as vitimas do sexo feminino, que deixam no cadáver sequelas bem marcadas da agressividade do tóxico, e também a comum utilização de armas caçadeiras que na maioria dos casos desfigura os indivíduos.

### **2.6.1 A família do Suicida**

A família do suicida é normalmente de longe, aquando a recepção do cadáver é necessário que alguém o reconheça, e, esta etapa, normalmente fácil e rápida de realizar para se poder dar inicio à autopsia médico-legal, no caso dos suicidas do baixo Alentejo isto não se verifica, aquilo que a nossa observação nos transmitiu foi que este processo é muito mais demorado nesta região, pois normalmente os familiares tem de vir de outras partes do pais, como Lisboa, ou mesmo do estrangeiro, como é o caso da França, as reacções registadas nestes familiares são muito variadas, e normalmente não fazem ideia do tipo de ideação do seu familiar falecido.

### **2.7 Medidas de Prevenção**

As medidas de prevenção são um passo importante no estudo do suicídio. Para serem elaboradas e postas em prática deve-se ter um conhecimento profundo da região e da população, se possível, de uma forma individual, elaborando perfis de uma determinada amostra de indivíduos que se inserem em grupos de risco como é o caso dos idosos.

A Organização Mundial de Saúde, alerta Professores e Educadores para as Medidas preventivas do acto de suicídio, porém este estudo foi mais direccionado para a população mais jovem. Desta forma seria de extrema relevância realizar um estudo semelhante mais virado para a população idosa. Uma forma de concretizar esta pesquisa seria através de entrevistas a idosos da região do Baixo Alentejo (que se poderia realizar também em outras regiões) de modo a “descortinar” os motivos que os levariam a optar pela morte voluntária.



Segundo o estudo realizado pela OMS (2006), “(...) *O primeiro passo na prevenção do suicídio é invariavelmente estabelecer uma comunicação com confiança. Durante o desenvolvimento do processo de suicídio, a comunicação mútua entre jovens suicidas e aqueles ao seu redor é de crucial importância. (...) Escolas precisam ter um plano de emergência sobre como informar os funcionários, especialmente os professores, e também os colegas mais próximos e pais, quando a tentativa de suicídio ou o suicídio ocorre na escola, o objectivo é prevenir uma leva de suicídios. O efeito contagioso resultante de uma criança ou adolescente suicida é a tendência que eles têm em se identificar com soluções destrutivas adoptadas por pessoas que tentaram ou cometeram suicídio.*”

É evidente no excerto colocado acima, que este estudo está vincadamente direccionado para os jovens e crianças nas escolas, porém é interessante segui-lo como modelo, para estudos posteriores.

Relacionando estas medidas de prevenção com o nosso trabalho, mais virado para os idosos seria interessante adapta-las, porem não dispomos de material suficiente para o fazer uma vez que este estudo psicológico, individual, é crucial para isso, no entanto sabemos que um dos factores desencadeantes do suicídio é o isolamento, e é frequente nesta região em estudo encontrarmos vários “montes alentejanos” onde pequenas famílias normalmente constituídas por marido e mulher residem. Este ambiente é propício à solidão logo há que evitá-lo, por exemplo com a implementação de actividades no quotidiano rotineiro destes indivíduos.

A titulo de curiosidade, foram encontrados ainda outros documentos também elaborados pela OMS direccionados para outro tipo de profissionais, como médicos e profissionais de saúde primária, para estes últimos é aconselhado a sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida vale realmente a pena, estes são os principais recursos que os profissionais de saúde primária têm; com o apoio de outros profissionais e entidades eles podem ajudar a prevenir o suicídio (OMS, 2000).



Quanto aos médicos a tabela seguinte sumaria os principais passos para a avaliação e o manejo de pacientes quando se suspeita ou identifica um risco de suicídio.

**Quadro II:** risco de suicídio: identificação, manejo e plano de acção

<b>Risco de suicídio</b>	<b>Sintoma</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Acção</b>
0	Nenhum	-	-
1	Problemas emocionais	Questionar sobre pensamentos suicidas	Escutar com empatia
2	Vaga ideação de morte	Questionar sobre pensamentos suicidas	Escutar com empatia
3	Vaga ideação suicida	Avaliar intencionalidade (plano e método)	Explorar as possibilidades, identificar apoio
4	Ideação suicida SEM transtornos psiquiátricos	Avaliar intencionalidade (plano e método)	Explorar as possibilidades, identificar suporte
5	Ideação suicida e transtornos psiquiátricos ou factores depressores graves	Avaliar intencionalidade (plano e método) estabelecer um contrato	Encaminhar para um psiquiatra
6	Ideação suicida, transtornos psiquiátricos OU factores depressores graves OU agitação e tentativas prévias	Ficar com o paciente (para prevenir o acesso aos meios letais)	Hospitalizar

(OMS, 2000)



## 2.8 Importância da Anatomia Patológica na Determinação e Humanização do Suicídio

A Anatomia Patológica é uma área que, paralelamente à Medicina Legal auxilia o Médico Legista na realização da autópsia.

Quando é ordenado pelo Procurador a realização de autópsia médico-legal num caso em que se suspeita de suicídio, é normalmente porque existe alguma suspeita, ou apenas pelos parâmetros em que se deu a morte, que podem sugerir um outro diagnóstico, como por exemplo acidente ou homicídio (simulado).

Neste caso em particular de pesquisa de suicídio, o trabalho do técnico de Anatomia Patológica – além do inserido na rotina laboratorial – consiste na realização da autópsia dissecando minuciosamente regiões do corpo que possam ter sido afectadas *in vivo* pelo método de suicídio utilizado pelo indivíduo, como é o caso do enforcamento que produz alterações a nível da face, vasos e nervos.

A autópsia médico-legal destes casos é importante quando se tem dúvidas quanto à natureza da morte, para ser possível a elaboração de estudos sobre a taxa de incidência de uma determinada Etiologia Médico-legal é sempre necessário possuir elementos suficientes indicadores de um determinado tipo de morte, para se poder elaborar estatísticas que se pretendam. Só desta forma podemos saber o nível de risco de uma determinada população, seja ela caracterizada pela idade, sexo, ou localização demográfica. Através de todos os sinais descritos em anexo I é possível determinar se foi uma morte acidental, suicida ou provocada por acção violenta externa, ou seja homicida. E ainda através da Anatomia Patológica, é possível, com a ajuda do exame microscópico, que vem corroborar o exame macroscópico, analisar órgãos como os pulmões, na pesquisa de edema e destruição alveolar, como no caso das vítimas de afogamento.

Quando se conclui, após uma autópsia médico-legal que um indivíduo cometeu suicídio, a família pode ser questionada sobre este facto e também estudada, tentando desta forma prevenir possíveis tentativas por parte dos outros membros da família que apresentem níveis de desespero e depressão preocupantes.

A anatomia patológica é então de extrema importância neste tema pois, a história clínica em conjunto com os achados autópticos e as circunstâncias da morte, ajudam a traçar o perfil de uma sociedade, e através destes dados, no futuro, tornar-se-á muito mais fácil encontrar padrões e a partir destes padrões tentar prevenir o suicídio. No entanto o referido apenas se aplica à parte dos estudos do suicídio e elaboração de estatísticas, a Anatomia Patológica também pode ser importante num outro factor, nos



dias de hoje, infelizmente, ainda se verifica o maltrato que é dado ao cadáver durante o acto de autópsia, que, por si só já consiste num acto de grande violência. Há que lembrar que, mesmo após a morte um indivíduo mantém a sua dignidade como ser humano, nem que seja reflectida nos seus familiares e amigos. É sabido que se torna quase impossível ser-se delicado durante a autópsia pois também é um acto que exige muita força e experiência, e nos dias que decorrem é realizado cada vez mais com desprezo e rapidez (com excepção claro de alguns locais), aquilo que é recomendado, e que após algumas queixas registadas de familiares, é que, após o acto de autópsia, seja dada particular atenção à forma de fechar principalmente, a cabeça e a zona mentoniana, uma vez que essa é a zona que os familiares vão ver. Esta é a ultima vez que irão ver os seus entes queridos e é para eles importante que os vejam como em vida, a presença mal disfarçada de cordas aparecendo no pescoço e orelhas traduz-se na realidade mais cruel. Não deve, portanto, existir indiferença nesta área que é tão importante como qualquer outra, não deve haver apenas perícia e rapidez deve haver ética, pois apesar de ser um cadáver, continua a ser importante para alguém.

A recomendação que é feita por nós será que, o técnico de Anatomia Patológica que realiza autópsias, ou outro técnico ajudante que se envolva na realização de autópsias deve ter em atenção este aspecto exterior do cadáver, esta preservação da face, que consiste na última imagem de despedida, e que leve um pouco mais de tempo no fecho e limpeza do cadáver, de modo a dar um pouco mais de dignidade à morte.

Esta recomendação não se direcciona apenas para as vítimas de suicídio mas para todos os outros cadáveres sujeitos a autópsia Médico-Legal ou Anatomo-Clínica.



## 2.9 Autópsia psicológica

Através da autópsia psicológica, que é um tipo de estudo retrospectivo, pretendemos esclarecer as situações de morte equívoca. Assim, visamos:

- Determinar os factos salientes da vida do suicida, o que permite não só lançar luz sobre a sua vida e sobre as causas do seu acto, mas também dar elementos importantes para uma futura acção preventiva no campo do suicídio;

A investigação em torno das principais causas de morte, redutíveis a quatro modalidades essenciais- morte natural, morte por acidente, suicídios e homicídio, tem revelado dificuldades que, por vezes, surgem na definição de limites claros. A taxonómica de Schneidman, citada por Sampaio (1987), de morte intencional, de morte sub-intencional e de morte não intencional coloca em primeiro lugar o sujeito na determinação da morte.

O conceito de autópsia psicológica, segundo Schneidman e Farberow, em 1969, citados por Sampaio (1987), teve origem na convicção de que as dúvidas perante uma morte equívoca podem ser esclarecidas através da reconstrução do papel que a vítima desempenhou na sua morte.

A autópsia psicológica pode, assim, utilizar-se de um modo geral, em todas as situações de morte equívoca e, em particular, na morte por suicídio. Estudando retrospectivamente o sistema relacional do suicida, a autópsia psicológica contribui para esclarecer as razões do suicídio e determinar os acontecimentos que o precederam. É evidente que este tipo de trabalho exige uma equipa interdisciplinar (especialistas de medicina legal, psiquiatras, técnicos de serviço social, sociólogos, etc.).



## Capítulo III

### METODOLOGIA





### **3.0 Metodologia**

#### **3.1 Amostra**

A amostra, em que baseamos o nosso estudo, proveio de relatórios das autoridades competentes - Guarda Nacional Republicana (GNR) - de Beja e Odemira, relativos a todos os casos catalogados como suicídios no período entre 2004 e 2009.

A amostra é constituída por 89 casos de suicídios, englobando 79 homens (88,8%) e 10 mulheres (11,2%) entre os 25 e os 94 anos de idade, cuja média foi 66,80 e o desvio padrão 16,92.

#### **3.2 Procedimento**

O procedimento consistiu na revisão dos relatórios fornecidos cujo período de consulta incidiu entre 1 de Outubro 2009 e 30 de Julho de 2010.

A análise estatística foi efectuada através do programa informático “Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

O método investigacional adoptado foi de carácter descritivo

#### **3.3 Instrumentos**

Os instrumentos utilizados consistiram nos relatórios da GNR, que forneceram os dados utilizados na investigação dos quais foram retirados o conjunto de variáveis seleccionadas.

O instrumento investigacional utilizado consistiu num inquérito (instrumento não standartizado), que permitiu a recolha organizada dos dados.

Inquérito elaborado:

1. Data
2. Distribuição ao longo do dia
3. Sexo



4. Faixa etária
5. Estado civil
6. Profissão
7. Agregado familiar
8. Local do cadáver
9. Método
10. Número de testemunhas
11. Quem encontrou a vítima
12. Tentativas anteriores de suicídio
13. Manifestações de ideação suicida
14. Sinais de violência encontrados
15. Realização/dispensa de autópsia
16. Acontecimentos traumáticos
17. Local do óbito
18. Pré-morbilidade psiquiátrica
19. Diagnóstico psiquiátrico conhecido
20. Diagnóstico não psiquiátrico conhecido
21. Associação com fenómenos de alcoolismo
22. Carta de despedida
23. Presença de livores
24. Tipo de nó
25. Natureza do nó
26. Tipo de suspensão
27. Interposição de corpos moles
28. Objectos na periferia que serviram de auxílio ao suicídio
29. Utilização de tóxicos
30. Sinais de deslocação da vítima
31. Outros ferimentos encontrados além dos relativos ao suicídio



32. Sufusões hemorrágicas nas conjuntivas

33. Projecção da língua entre as arcadas dentárias

34. Sinais de ejaculação

35. Estigmas ungueais

36. Alterações do vestuário

37. Sinais positivos de morte verificados no local do suicídio

- **Legenda:** questão 24 - 37: apenas aplicáveis ao suicídio por enforcamento

Nota: anexo II (questionário detalhado)



## Capítulo IV

### ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 4.1. Universo Global do Estudo

O universo global sobre o qual incidiu o estudo foi a população residente do concelho de Odemira e da região do Baixo Alentejo, sendo esta a área de actuação tradicional do departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

Das referidas áreas foram recolhidos dados das localidades de Odemira, Colos, Sabóia, São Teotónio, São Luís, Salvada, Beja, Baleizão e Beringel.

Desses dados, as taxas de suicídio encontradas são correspondentes ao sub-universo das localidades acima referidas.

O nosso estudo contém 3 formas de abordagem diferentes:

- Amostra total recolhida: 69 casos;
- Amostra parcial: 69 casos, apenas de suicídio por enforcamento;
- Amostra parcial: 20 casos, todos os suicídios, exceptuando os por enforcamento.



## 4.2 Tratamento da Informação

### Tabela I

Total de anos analisados:

Ano	N	%	População Residente		Total	Taxa encontrada
			Baixo Alentejo	Odemira		
2009	19	21,3	127,492	25,417	152.909	12,4
2008	15	16,9	127,581	25,510	153.091	9,8
2007	21	23,6	128,140	25,501	153.641	13,6
2006	8	9,0	129,149	25,403	154.552	5,2
2005	13	14,6	130,007	26,007	156.014	8,3
2004	13	14,6	130,692	25,738	156.430	8,3
Total	89	100				

**Descrição:** Dos 89 casos registados, deve salientar-se o ano em que foi encontrado o número mais elevado (2007 /23,6% da amostra), por outro lado o ano em que se registaram menos suicídios foi o de 2006 com 8 casos registados (9,0% da amostra). Entre estes dois registos encontramos o ano de 2008, com 15 casos de suicídio (16,9% da amostra).



## Resultados 89 casos

**Tabela II** Distribuição Mensal 2004:

Mês	N	%
Jan2004	1	7,7
Fev2004	2	15,4
Mar2004	2	15,4
Jun2004	1	7,7
Ago2004	1	7,7
Set2004	1	7,7
Out2004	2	15,4
Nov2004	1	7,7
Dez 2004	2	15,4
Total	13	100,0

*Descrição:* No ano de 2004 os meses em que se verificaram mais suicídios foram, Fevereiro (2/15,4%), Março (2/15,4%), Outubro (2/15,4%) e Dezembro (2/15,4%), não tendo ocorrido qualquer caso nos meses de Abril, Maio e Julho.



**Tabela III Meses do ano de 2005:**

---

Mês	N	%
Jan2005	2	15,4
Fev2005	3	23,1
Mar 2005	1	7,7
Abr2005	2	15,4
Jul2005	2	15,4
Set2005	1	7,7
Nov2005	2	15,4
Total	13	100,0

---

---

*Descrição:* No ano de 2005 os meses em que se verificaram mais suicídios foram, Janeiro (2/15,4%), Fevereiro (3/23,1%), Abril (2/15,4%) e Julho (2/15,4%) não tendo ocorrido qualquer caso nos meses de Maio, Junho e Agosto.

---



**Tabela IV Meses do ano de 2006**

---

Mês	N	%
Fev2006	1	12,5
Jun2006	3	37,5
Ago2006	1	12,5
Set2006	1	12,5
Nov2006	2	25,0
Total	8	100,0

---

*Descrição:* No ano de 2006 os meses em que se verificaram mais suicídios foram Junho (3/37,5%) e Novembro (2/25,0%), não tendo ocorrido qualquer caso nos meses de Janeiro, Março, Abril, Maio, Julho, Outubro e Dezembro.

---





**Tabela V Meses do ano 2007:**

---

Mês	N	%
Jan2007	2	9,5
Fev2007	3	14,3
Mar2007	4	19,0
Abr2007	2	9,5
Jun2007	3	14,3
Jul2007	1	4,8
Ago2007	2	9,5
Set2007	1	4,8
Out2007	1	4,8
Nov2007	1	4,8
Dez2007	1	4,8
Total	21	100,0

---

---

*Descrição:* No ano de 2007 os meses em que se verificaram mais suicídios foram Março (4/19,0%), Fevereiro (3/14,3%) e Junho (3/14,3%) não tendo ocorrido qualquer caso no mês de Maio.

---



**Tabela VI Meses do ano de 2008:**

---

Mês	N	%
Jan2008	1	6,7
Fev2008	1	6,7
Mar2008	2	13,3
Mai2008	2	13,3
Jun2008	3	20,0
Jul2008	3	20,0
Ago2008	1	6,7
Set2008	1	6,7
Dez2008	1	6,7
Total	15	100,0

---

*Descrição:* No ano de 2008 os meses em que se verificaram mais suicídios foram, Março (2/13,3%), Maio (2/13,3%), Junho (3/20,0%) e Julho (3/20,0%) não tendo ocorrido qualquer caso nos meses de Abril, Outubro e Novembro.

---



**Tabela VII Meses do ano de 2009:**

Mês	N	%
Fev2009	2	10,5
Mar2009	2	10,5
Abr2009	1	5,3
Mai2009	3	15,8
Jul2009	1	5,3
Ago2009	3	15,8
Set2009	3	15,8
Out2009	1	5,3
Nov2009	2	10,5
Dez2009	1	5,3
Total	19	100,0

*Descrição:* No ano de 2009 os meses em que se verificaram mais suicídios foram Fevereiro (2/10,5%), Março (2/10,5%), Maio (3/15,8%), Agosto (3/15,8%), Setembro (3/15,8%) e Novembro (2/10,5%) não tendo ocorrido qualquer caso nos meses de Janeiro e Junho.

**Conclusão da Distribuição Mensal:** Os meses em que se verificaram mais suicídios no nosso estudo foram: Fevereiro, Março e Junho, e os menos atingidos foram: Abril, Maio e Outubro.



**Tabela VIII** Distribuição ao longo do dia:

---

Hora	N	%
Manhã	32	36,0
Tarde	36	40,4
Noite	15	16,9
Madrugada	6	6,7
Total	89	100,0

---

Legenda:

- Manhã [06:00-12:00]
- Tarde [12:01-18:00]
- Noite [18:01-00:00]
- Madrugada [00:01-05:59]

---

*Descrição:* O momento ao longo do dia em que se verificaram mais suicídios coincide com a parte da tarde (36/40,4%), sendo que o oposto se verifica pela madrugada (6/6,7%).

---



**Tabela IX Sexo:**

---

Sexo	N	%
Masculino	79	88,8
Feminino	10	11,2
Total	89	100,0

---

*Descrição:* O sexo mais atingido pelo suicídio é o masculino com 79 casos sucedidos (88,8% da amostra) e apenas 10 casos sucedidos no sexo feminino (11,2 % da amostra).

---

**Tabela X Faixa etária:**

---

Faixa etária	N	%
Intervalo [25-34]	3	3,4
[35-44]	6	6,7
[45-54]	17	19,1
[55-64]	9	10,1
[65-74]	16	18,0
[75-84]	26	29,2
[85-94]	12	13,5
Total	89	100,0

---

*Descrição:* Podemos constatar que 26 pessoas (29,2% da amostra) se situam na faixa etária dos 75 aos 84 anos de idade, enquanto apenas três pessoas (3,4% da amostra) se encontram na faixa etária abaixo dos 34 anos de idade.

---



**Tabela XI Estado civil:**

Estado civil	N	%
Solteiro	26	29,2
Casado	30	33,7
Viúvo	15	16,9
Divorciado	4	4,5
União facto	2	2,2
Sem informação	12	13,5
Total	89	100,0

*Descrição:* Verificamos que o grupo dos solteiros e dos casados (26/29,2% e 30/33,7%) são os maioritários ( $\sum 26+30=56$  e  $\%29,2+33,7=62,9$ ), sendo o grupo dos divorciados e em união de facto (4/4,5% e 2/2,2%) os minoritários ( $\sum 4+2=6$  e  $\%4,5+2,2=6,7$ ), logo seguido do pelo grupo dos viúvos (15) que representam 16,9% da amostra.

**Tabela XII Profissão:**

Profissão	N	%
Reformado	40	44,9
Trabalhador rural	7	7,9
Pedreiro	3	3,4
Carpinteiro	1	1,1
Motorista	1	1,1
Segurança	1	1,1
Agente autoridade	1	1,1
Empresário	1	1,1
Desempregado	2	2,2
Sem informação	32	36,0
Total	89	100,0

*Descrição:* Relativamente à distribuição das profissões podemos observar que os reformados são predominantemente representados sendo esta a situação de 40 pessoas (44,9% da amostra), logo seguidos pelos trabalhadores rurais com 7 pessoas (7,9% da amostra). Os valores mais baixos caem sobre os carpinteiros (1/1,1%), motoristas (1/1,1%), seguranças (1/1,1%), agentes da autoridade (1/1,1%) e empresários (1/1,1%), que no seu conjunto representam 5,5 % ( $\sum 1+1+1+1+1=5$ ) da amostra.



**Tabela XIII Agregado familiar:**

Agregado familiar	N	%
Sozinho	31	34,8
Acompanhado	41	46,1
Instituição	3	3,4
Sem informação	14	15,7
Total	89	100,0

*Descrição:* Quarenta e um, dos indivíduos da nossa amostra viviam acompanhados (46,1% da amostra), seguidos logo por 31 indivíduos que viviam sozinhos (34,8% da amostra). Apenas 3 residiam em instituições (3,4% da amostra).

**Tabela XIV Local do cadáver:**

Local	N	%
Dentro casa	34	38,2
Fora casa	55	61,8
Total	89	100,0

*Descrição:* Predominantemente os suicídios ocorrem fora de casa, com 55 casos verificados (61,8% da amostra), o valor dos suicídios que ocorrem dentro de casa é de 34 (38,2% da amostra).





**Tabela XV Método:**

---

Tipo	N	%
Enforcamento	69	77,5
Afogamento	4	4,5
Precipitação	1	1,1
Envenenamento	3	3,4
Arma fogo	5	5,6
Trucidamento	5	5,6
Desconhecido	2	2,2
Total	89	100,0

---

---

*Descrição:* Verificou-se que o método mais utilizado para cometer suicídio foi o enforcamento, representado 69 da totalidade dos casos (77,5% da amostra), em contrapartida o método menos utilizado foi a precipitação com apenas 1 caso verificado (1,1% da amostra).

---



**Tabela XVI Nº de testemunhas:**

Nº	N	%
0	2	2,2
1	18	20,2
2	48	53,9
3	19	21,3
4	2	2,2
Total	89	100,0

*Descrição:* Quarenta e oito dos suicídios analisados apresentaram 2 pessoas como testemunhas que presenciaram o acontecimento, o que corresponde a mais de metade da amostra analisada (53,9% da amostra), sem testemunhas apenas identificamos 2 suicídios (2,2% da amostra).

**Tabela XVII Quem encontrou a vítima:**

Quem encontrou	N	%
Família	58	65,2
Amigos	13	14,6
Autoridades	6	6,7
Desconhecidos	4	4,5
Sem informação	8	9,0
Total	89	100,0

*Descrição:* Das pessoas que cometeram suicídio, 58 delas foram encontradas pela família (65,2% da amostra), e apenas 4 pessoas foram encontradas por desconhecidos (4,5% da amostra).



**Tabela XVIII Tentativas anteriores de suicídio:**

---

Tentativas	N	%
Sim	6	6,7
Não	22	24,7
Sem informação	61	68,5
Total	89	100,0

---

*Descrição:* As tentativas anteriores de suicídio apenas foram verificadas em 6 pessoas das que consumaram o acto (6,7% da amostra), em contrapartida 22 delas (24,7% da amostra) consumou o acto sem qualquer tentativa precedente.

---

**Tabela XIX Manifestações de ideação suicida:**

---

Manifestações	N	%
Sim	21	23,6
Não	7	7,9
Sem informação	61	68,5
Total	89	100,0

---

*Descrição:* Vinte e uma pessoas (23,6% da amostra) das que consumaram o acto exibiram anteriormente manifestações de ideação suicida e 7 delas (7,9% da amostra) não manifestaram qualquer intenção anteriormente ao acto.

---



**Tabela XX** Sinais de violência encontrados:

---

Sinais violência	N	%
Sim	3	3,4
Não	86	96,6
Total	89	100,0

---

*Descrição:* Apenas 3 dos suicídios analisados (3,4% da amostra), apresentaram sinais de possível violência, os restantes 86 casos (96,6% da amostra) não foram alvo de qualquer dúvida, sendo afirmado a não existência de violência nestes últimos.

---

**Tabela XXI** Realização ou dispensa de autópsia:

---

Autopsia	N	%
Sim	36	40,4
Não	49	55,1
Sem informação	4	4,5
Total	89	100,0

---

*Descrição:* A autópsia foi realizada em 36 dos casos analisados (40,4% da amostra), sendo atribuído a 49 dos casos (55,1% da amostra) dispensa de autópsia delegada pelo Ministério Público.

---



**Tabela XXII** Acontecimentos traumáticos anteriores (aspectos considerados – morte filho; divórcio, dívidas, etc.)

Acontecimento	N	%
Sim	21	23,6
Não	68	76,4
Total	89	100,0

*Descrição:* Vinte e uma pessoas (23,6% da amostra) experienciaram um determinado acontecimento traumático, nas restantes 68 (76,4% da amostra) não houve qualquer indício de acontecimentos traumáticos relacionados.

**Tabela XXIII** Local do óbito:

Local óbito	N	%
Local ermo	31	34,8
Via pública	2	2,2
Veículo automóvel	3	3,4
Divisões habitacionais	32	36,0
Anexos habitacionais	18	20,2
Outros	3	3,4
Total	89	100,0

*Descrição:* Em 32 casos (36,0% da amostra) o suicídio ocorreu em divisões habitacionais, seguido do local ermo com 31 casos (34,8% da amostra) registados. Onde se registou menos número de ocorrências foi na via pública e no veículo automóvel (2/2,2% e 3/3,4%).



**Tabela XXIV Pré morbilidade psiquiátrica:**

---

Pré morbilidade psiquiátrica	N	%
Sim	12	13,5
Sem informação	77	86,5
Total	89	100,0

---

*Descrição:* Relativamente à pré morbilidade psiquiátrica, apenas se registou 12 casos (13,5% da amostra) positivos, sendo que 77 dos registos (86,5% da amostra) analisados não apresentavam dados relativos a esta situação.

---

**Tabela XXV Diagnóstico psiquiátrico conhecido:**

---

Diagnóstico	N	%
Transtornos do humor	7	7,9
Sem informação	82	92,1
Total	89	100,0

---

*Descrição:* No âmbito do diagnóstico psiquiátrico podemos constatar a presença de 7 casos (7,9% da amostra) de transtornos do humor (depressão e doença bipolar), sendo que os restantes 82 casos (92,1% da amostra) não apresentam diagnóstico psiquiátrico conhecido.

---

**Tabela XXVI** Diagnóstico não psiquiátrico conhecido:

Diagnóstico	N	%
Doenças oncológicas	2	2,2
Doenças cardiovasculares	6	6,7
Doenças respiratórias	2	2,2
Glaucoma	1	1,1
Doenças metabólicas	3	3,4
Insuficiência renal crónica ou aguda	1	1,1
Doenças prostáticas	3	3,4
Doença crónica inflamatória intestinos	1	1,1
Outras	70	78,7
Total	89	100,0

*Descrição:* Em relação ao diagnóstico não psiquiátrico conhecido, podemos constatar que dos 89 casos, apenas 19 deles (21,3% da amostra) caem sobre a nossa tabela de doenças. 6 Casos apresentam problemas cardiovasculares (6,7% da amostra), 3 problemas metabólicos (3,4% da amostra) e prostáticos (3,4% da amostra), 2 problemas oncológicos (2,2% da amostra) e respiratórios (2,2% da amostra) e apenas 1 com glaucoma (1,1% da amostra), insuficiência renal crónica ou aguda (1,1% da amostra) e doença crónica inflamatória dos intestinos (1,1% da amostra).



**Tabela XXVII Associação com fenómenos de alcoolismo:**

---

Alcoolismo	N	%
Sim	1	1,1
Não	88	98,9
Total	89	100,0

---

*Descrição:* Quanto à apreciação do possível alcoolismo, podemos verificar, que este não é um problema comum entre a população suicida analisada, na medida em que apenas se registou um caso de alcoolismo (1,1% da amostra).

---

**Tabela XXVIII Carta de despedida:**

---

Carta despedida	N	%
Sim	8	9,0
Não	81	91,0
Total	89	100,0

---

*Descrição:* Da população suicida analisada apenas 8 deixaram carta de despedida (9,0% da amostra), os restantes 81 não deixaram qualquer referência por escrito (91,0% da amostra).

---





**Tabela XXIX Livores:**

---

Livores	N	%
Presentes	89	100,0

---

*Descrição:* Os livores são uma característica tanatológica presente em todos os casos de suicídio analisados (89), 100% da amostra.

---

**Do total dos casos, uma parte significativa suicidou-se por enforcamento, o que constituiu a justificação para nos debruçarmos em especial sobre esta parte.**

Resultados 69 casos: enforcados

**Tabela XXX Total de anos analisados:**

---

Ano	N	%
2004	10	14,5
2005	9	13,0
2006	8	11,6
2007	19	27,5
2008	10	14,5
2009	13	18,8
Total	69	100,0

---

*Descrição:* Dos 69 casos registados, deve salientar-se o ano em que foi encontrado o número mais elevado que foi o de 2007 (27,5% da amostra), por outro lado o ano em que se registaram menos suicídios foi o de 2006 com 8 casos registados (11,6% da amostra). Entre estes dois picos encontra-se o ano de 2004 e 2008, com 10 casos de suicídio (14,5% da amostra).

---



**Tabela XXXI Distribuição ao longo do dia:**

---

Hora	N	%
Manhã	26	37,7
Tarde	31	44,9
Noite	12	17,4
Total	69	100,0

---

Legenda:

- Manhã [06:00-12:00]
- Tarde [12:01-18:00]
- Noite [18:01-00:00]
- Madrugada [00:01-05:59]

---

*Descrição:* O momento ao longo do dia em que se verificam mais suicídios coincide com a parte da tarde (31/44,9%) sendo que o oposto se verifica pela madrugada ( nenhuma ocorrência registada).

---

**Tabela XXXII Sexo:**

---

Sexo	N	%
Masculino	64	92,8
Feminino	5	7,2
Total	69	100,0

---

---

*Descrição:* O sexo mais atingido pelo suicídio é o masculino com 64 casos sucedidos (92,8% da amostra) e apenas 5 casos sucedidos no sexo feminino (7,2 % da amostra).

---



**Tabela XXXIII Faixa etária:**

---

Faixa etária	N	%
[25-34]	3	4,3
[35-44]	4	5,8
[45-54]	12	17,4
[55-64]	4	5,8
[65-74]	14	20,3
[75-84]	21	30,4
[85-94]	11	15,9
Total	69	100,0

---

---

*Descrição:* Assim podemos constatar que 21 pessoas (30,4% da amostra) se situam na faixa etária dos 75 aos 84 anos de idade, enquanto apenas 3 pessoas (4,3% da amostra) se encontram na faixa etária abaixo dos 34 anos de idade.

---

**Tabela XXXIV Estado Civil:**

Estado civil	N	%
Solteiro	22	31,9
Casado	22	31,9
Viúvo	13	18,8
União de facto	2	2,9
Sem informação	10	14,5
Total	69	100,0

*Descrição:* Verificamos que o grupo dos solteiros e dos casados (22/31,9% e 22/31,9%) são os maioritários ( $\sum 22+22=44$  e  $\%31,9+31,9=63,8$ ), logo seguido do pelo grupo dos viúvos (13) que representam 18,8% da amostra, os que registam menos suicídios ocorridos são os que vivem em união de facto (2), representando 2,9% da amostra.

**Tabela XXXV Profissão:**

Profissão	N	%
Reformado	32	46,4
Trabalhador rural	6	8,7
Pedreiro	3	4,3
Motorista	1	1,4
Agente da autoridade	1	1,4
Desempregado	2	2,9
Sem informação	24	34,8
Total	69	100,0

*Descrição:* Relativamente à distribuição das profissões podemos observar que os reformados são predominantemente representados sendo esta a situação de 32 pessoas (46,4% da amostra), logo seguidos pelos trabalhadores rurais com 6 pessoas (8,7% da amostra). Os valores mais baixos caem sobre os motoristas (1/1,4%), agentes da autoridade (1/1,4%) que no seu conjunto representam 2,8 % da amostra.



**Tabela XXXVI Local do cadáver**

---

Local	N	%
Dentro casa	27	39,1
Fora casa	42	60,9
Total	69	100,0

---

*Descrição:* Predominantemente os suicídios ocorrem fora de casa, com 42 casos verificados (60,9% da amostra), o valor dos suicídios que ocorrem dentro de casa é de 27 (39,1% da amostra).

---

**Tabela XXXVII Quem encontrou a vítima:**

---

Quem encontrou	N	%
Família	49	71,0
Amigos	8	11,6
Autoridades	4	5,8
Desconhecidos	2	2,9
Sem informação	6	8,7
Total	69	100,0

---

*Descrição:* Das pessoas que cometeram suicídio, 49 delas foram encontradas pela família (71,0% da amostra), e apenas 2 pessoas foram encontradas por desconhecidos (2,9% da amostra).

---

**Tabela XXXVIII N° de Testemunhas**

N°	N	%
0	1	1,4
1	16	23,2
2	39	56,5
3	11	15,9
4	2	2,9
Total	69	100,0

*Descrição:* Trinta e nove dos suicídios analisados apresentaram 2 pessoas como testemunhas que presenciaram o acontecimento, o que corresponde a mais de metade da amostra analisada (56,5% da amostra), sem testemunhas apenas identificamos 1 suicídio (1,4% da amostra).

**Tabela XXXIX Tentativas anteriores de suicídio:**

Tentativas	N	%
Sim	3	4,3
Não	17	24,6
Sem informação	49	71,0
Total	69	100,0

*Descrição:* As tentativas anteriores de suicídio apenas foram verificadas em 3 pessoas das que consumaram o acto (4,3% da amostra), em contrapartida 17 delas (24,6% da amostra) consumou o acto sem qualquer tentativa precedente.



**Tabela XL** Manifestações de ideação suicida:

Manifestações	N	%
Sim	14	20,3
Não	6	8,7
Sem informação	49	71,0
Total	69	100,0

*Descrição:* Catorze das pessoas (20,3% da amostra) que consumaram o acto exibiram anteriormente manifestações de ideação suicida e 6 delas (8,7% da amostra) não manifestaram qualquer intenção anteriormente ao acto.

**Tabela XLI** Sinais de violência encontrados:

Sinais violência	N	%
Sim	2	2,9
Não	67	97,1
Total	69	100,0

*Descrição:* Apenas 2 dos suicídios analisados (2,9% da amostra), apresentaram sinais de possível violência, os restantes 67 casos (97,1% da amostra) não foram alvo de qualquer dúvida, sendo afirmado a não existência de violência nestes últimos.



**Tabela XLII Realização ou dispensa de autópsia:**

Autópsia	N	%
Sim	21	30,4
Não	44	63,8
Sem informação	4	5,8
Total	69	100,0

*Descrição:* A autópsia foi realizada em 21 dos casos analisados (30,4% da amostra), sendo atribuído a 44 dos casos (63,8% da amostra) dispensa de autópsia delegada pelo Ministério Público.

**Tabela XLIII Agregado familiar:**

Agregado familiar	N	%
Sozinho	24	34,8
Acompanhado	33	47,8
Instituição	1	1,4
Sem informação	11	15,9
Total	69	100,0

*Descrição:* Trinta e três, dos indivíduos da nossa amostra viviam acompanhados (47,8% da amostra), seguidos logo por 24 indivíduos que viviam sozinhos (34,8% da amostra). Apenas 1 residia em instituição (1,4% da amostra).





**Tabela XLIV** Acontecimentos traumáticos anteriores (aspectos considerados: morte de um filho, divórcio, dívidas, etc.)

---

Acontecimentos	N	%
Sim	17	24,6
Não	52	75,4
Total	69	100,0

---

*Descrição:* Dezassete pessoas (24,6% da amostra) experienciaram um determinado acontecimento traumático, nas restantes 52 (75,4% da amostra) não houve qualquer indício de acontecimentos traumáticos relacionados.

---

**Tabela XLV** local do óbito:

---

Local óbito	N	%
Local ermo	25	36,2
Veículo automóvel	2	2,9
Divisões habitacionais	26	37,7
Anexos habitacionais	15	21,7
Outros	1	1,4
Total	69	100,0

---

*Descrição:* Em 26 casos (37,7% da amostra) o suicídio ocorreu em divisões habitacionais, seguido do local ermo com 25 casos (36,2% da amostra) registados. Onde se registou menos número de ocorrências foi no veículo automóvel (2/2,9%).

---



**Tabela XLVI** Pré morbidade psiquiátrica:

Pré morbidade psiquiátrica	N	%
Sim	8	11,6
Não	61	88,4
Total	69	100,0

*Descrição:* Relativamente a pré morbidade psiquiátrica, apenas se registou 8 casos (11,6% da amostra) positivos, sendo que 61 dos registos (88,4% da amostra) analisados não apresentavam dados relativos a esta situação.

**Tabela XLVII** Diagnóstico psiquiátrico conhecido

Diagnóstico	N	%
Transtornos do humor	4	5,8
Sem informação	65	94,2
Total	69	100,0

*Descrição:* No âmbito do diagnóstico psiquiátrico podemos constatar a presença de 4 casos (5,8% da amostra) de transtornos do humor (depressão e doença bipolar), sendo que os restantes 65 casos (94,2% da amostra) não apresentam diagnóstico psiquiátrico conhecido.



**Tabela XLVIII Associação com fenómenos de alcoolismo:**

Alcoolismo	N	%
Sim	1	1,4
Não	68	98,6
Total	69	100,0

*Descrição:* Quanto à apreciação do possível alcoolismo, podemos verificar, que este não é um problema comum entre a população suicida analisada, na medida em que apenas se registou um caso de alcoolismo (1,4% da amostra).

**Tabela XLIX Diagnóstico não psiquiátrico conhecido:**

Diagnóstico	N	%
Doenças oncológicas	1	1,4
Doenças cardiovasculares	3	4,3
Doenças respiratórias	1	1,4
Doenças metabólicas	2	2,9
Insuficiência renal crónica ou aguda	1	1,4
Doenças prostáticas	3	4,3
Outras	58	84,0
Total	69	100,0

*Descrição:* Em relação ao diagnóstico não psiquiátrico conhecido, podemos constatar que dos 69 casos, apenas 11 deles (16,0% da amostra) caem sobre a nossa tabela de doenças. Três casos apresentam problemas cardiovasculares (4,3% da amostra), 2 problemas metabólicos (2,9% da amostra) e 3 problemas prostáticos (4,3% da amostra), e apenas 1 com problemas oncológicos (1,4% da amostra), insuficiência renal crónica ou aguda (1,4% da amostra), doença degenerativa do SNC e problemas respiratórios (1,4% da amostra).



## Características forenses

**Tabela L** Tipo de nó:

Tipo nó	N	%
Corredio	64	92,8
Não corredio	1	1,4
Outro	4	5,8
Total	69	100,0

*Descrição:* Sessenta e quatro dos enforcados (92,8% da amostra), recorreram ao nó corredio para executar o acto, em contrapartida apenas uma pessoa (1,4% da amostra) utilizou o nó não corredio.

**Tabela LI** Natureza do nó executado:

Natureza nó	N	%
Nylon	65	94,2
Arame/aço	1	1,4
Outro	3	4,3
Total	69	100,0

*Descrição:* Sessenta e cinco dos enforcados (94,2% da amostra), recorreram a uma corda do tipo nylon para executar o acto, em contrapartida apenas uma pessoa (1,4% da amostra) utilizou uma corda tipo arame/aço.



**Tabela LII Tipo de suspensão verificada:**

Suspensão	N	%
Completa	42	60,9
Incompleta	24	34,8
Sem informação	3	4,3
Total	69	100,0

*Descrição:* Quarenta e dois dos enforcados (60,9% da amostra), foram encontrados em suspensão completa. Em suspensão incompleta foram encontrados 24 indivíduos (34,8% da amostra).

**Tabela LIII Interposição de corpos moles:**

Corpos moles	N	%
Não	69	100,0

*Descrição:* A interposição de corpos moles, como lenços entre a corda e o pescoço da vítima, é uma característica forense que não foi encontrada em nenhum dos casos analisados.

**Tabela LIV Objectos na periferia que serviram de auxílio ao suicídio:**

Objectos	N	%
Sim	35	50,7
Não	34	49,3
Total	69	100,0

*Descrição:* Em 35 casos de enforcamento (50,7% da amostra) foram encontrados objectos que se supõe servirem de auxílio ao suicídio, como é o caso de bancos, cadeiras, escadotes, etc. Em quase igual valor é o caso dos que não utilizaram quaisquer objectos como meio facilitador do suicídio (34/49,3%).



**Tabela LV Utilização de tóxicos:**

Tóxicos	N	%
Não	69	100,0

*Descrição:* Na totalidade dos casos de enforcamentos analisados não foi encontrada qualquer referência ao uso de substâncias tóxicas.

**Tabela LVI Carta de despedida:**

Carta despedida	N	%
Sim	8	11,6
Não	61	88,4
Total	69	100,0

*Descrição:* Da população suicida analisada apenas 8 deixaram carta de despedida (11,6% da amostra), os restantes 61 não deixaram qualquer referência por escrito (88,4% da amostra).

**Tabela LVII Sinais de deslocação da vítima:**

Deslocação	N	%
Sim	21	30,4
Não	48	69,6
Total	69	100,0

*Descrição:* Em 21 dos enforcamentos (30,4% da amostra), a vítima foi deslocada do local de origem do suicídio, mais de metade da população analisada (48/69,6%) não foi deslocada do local originário do suicídio.



**Tabela LVIII** Outros ferimentos encontrados além dos relativos ao suicídio:

Ferimentos	N	%
Sim	19	27,5
Não	50	72,5
Total	69	100,0

*Descrição:* Em 19 dos enforcados (27,5% da amostra) foram encontrados outros ferimentos, além dos relativos ao tipo de suicídio, nomeadamente, arranhões e escoriações, nos restantes 50 casos (72,5% da amostra) não foram encontrados outros ferimentos.

**Tabela LIX** Sufusões hemorrágicas nas conjuntivas:

Sufusões	N	%
Sim	11	15,9
Não	58	84,1
Total	69	100,0

*Descrição:* Na maioria dos casos (58/84,1%), não foram encontrados sufusões hemorrágicas nas conjuntivas do cadáver, apenas 11 casos (15,9% da amostra) apresentaram essa característica.



**Tabela LX Observação de projecção da língua entre as arcadas dentárias:**

---

Projecção da língua	N	%
Sim	61	88,4
Não	8	11,6
Total	69	100,0

---

*Descrição:* A projecção da língua é uma característica comum a 61 casos (88,4% da amostra) de enforcamento, sendo uma característica ausente nos restantes 8 casos (11,6% da amostra).

---

**Tabela LXI Sinais de ejaculação:**

---

Ejaculação	N	%
Sim	63	91,3
Não	6	8,7
Total	69	100,0

---

*Descrição:* A ejaculação é uma característica da morte por enforcamento e foi encontrada em 63 dos cadáveres (91,3% da amostra), não tendo sido encontrada nos restantes 6 cadáveres (8,7% da amostra).

---





**Tabela LXII Observação de estigmas ungueais:**

Estigmas ungueais	N	%
Sim	2	2,9
Não	67	97,1
Total	69	100,0

*Descrição:* Os estigmas ungueais foram encontrados em apenas 2 casos (2,9% da amostra), os restantes 67 casos (97,1% da amostra) não apresentaram qualquer referência a esta característica.

**Tabela LXIII Alterações na roupa:**

Roupa	N	%
Regular	66	95,7
Irregular	3	4,3
Total	69	100,0

*Descrição:* Em 66 casos (95,7 da amostra) de enforcamento a regularidade da roupa manteve-se, apenas 3 casos (4,3 da amostra) apresentaram assimetrias na forma como a roupa se encontrava vestida na vítima.



**Tabela LXIV** Sinais positivos de morte, verificados no local do suicídio:

Sinais positivos de morte	N	%
Sim	69	100,0

*Descrição:* Em todos os casos de enforcamento analisados (69/100%), o óbito foi verificado e atestado no local do suicídio.

**Tabela LXV** Livores:

Livores	N	%
Presentes	69	100,0

*Descrição:* Os livores são uma característica tanatológica presente em todos os casos de suicídio analisados (69), 100% da amostra.



## Resultados 20 casos: não enforcados

**Tabela LXVI** Total de anos analisados:

Data	N	%
2009	6	30,0
2008	5	25,0
2007	2	10,0
2005	4	20,0
2004	3	15,0
Total	20	100,0

**Descrição:** Dos 20 casos registados, deve salientar-se o ano em que foi encontrado o número mais elevado, que foi o de 2009 (30,0% da amostra), por outro lado o ano em que se registaram menos suicídios foi o de 2007 com 2 casos registados (10,0% da amostra). Entre estes dois picos encontra-se o ano de 2008, com 5 casos de suicídio (25,0% da amostra).



**Tabela LXVIII Distribuição ao longo do dia:**

---

Hora	N	%
Manha	6	30,0
Tarde	5	25,0
Noite	3	15,0
Madrugada	6	30,0
Total	20	100,0

---

**Legenda:**

- Manhã [06:00-12:00]
- Tarde [12:01-18:00]
- Noite [18:01-00:00]
- Madrugada [00:01-05:59]

---

*Descrição:* O momento ao longo dia em que se verificaram mais suicídios coincide com a parte da manhã (6/30,0%) e da madrugada com (6/30,0%), sendo que o oposto se verifica na parte da noite (3/15,0%).

---

**Tabela LXVIII Sexo:**

---

Sexo	N	%
Masculino	15	75,0
Feminino	5	25,0
Total	20	100,0

---

---

*Descrição:* O sexo mais atingido pelo suicídio é o masculino com 15 casos sucedidos (75,0% da amostra) e apenas 5 casos sucedidos no sexo feminino (25,0% da amostra).

---

**Tabela LXIX Faixa etária:**

---

Idade	N	%
[25-34]	2	10,0
[35-44]	1	5,0
[45-54]	4	20,0
[55-64]	5	25,0
[65-74]	2	10,0
[75-84]	5	25,0
[85-94]	1	5,0
Total	20	100,0

---

*Descrição:* Assim podemos constatar que 5 pessoas (25,0% da amostra) se situam na faixa etária dos 55 aos 64 e na dos 75 aos 84 anos de idade, enquanto apenas 1 pessoas (5,0% da amostra) se encontra na faixa etária dos 35 aos 44 e na dos 85 aos 94 anos de idade. Como pontos intermédios temos a faixa etária dos 45 aos 54 anos de idade com 4 casos registados (20,0% da amostra), e a faixa dos 65 aos 74 e dos 25 aos 34 anos de idade com 2 casos ocorridos (10,0% da amostra).

---



**Tabela LXX Estado civil:**

---

Estado civil	N	%
Solteiro	4	20,0
Casado	8	40,0
Viúvo	2	10,0
Divorciado	4	20,0
Sem informação	2	10,0
Total	20	100,0

---

---

*Descrição:* Verificamos que o grupo dos solteiros, dos casados e dos divorciados (4/20,0% e 8/40,0% e 4/20,0) são os maioritários ( $\sum 4+8+4=16$  e  $\%20,0+40,0+20,0=80,0$ ), sendo o grupo dos viúvos o minoritário com apenas 2 casos registados (10,0% da amostra).

---

**Tabela LXXI Profissão:**

Profissão	N	%
Reformado	8	40,0
Trabalhador rural	1	5,0
Carpinteiro	1	5,0
Segurança	1	5,0
Empresário	1	5,0
Sem informação	8	40,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Relativamente à distribuição das profissões podemos observar que os reformados são predominantemente representados sendo esta a situação de 8 pessoas (40,0% da amostra). Os valores mais baixos caem sobre os trabalhadores rurais (1/5,0%), carpinteiros (1/5,0%), seguranças (1/5,0%), e empresários (1/5,0%), que no seu conjunto representam 20,0 % ( $\sum 1+1+1+1=4$ ) da amostra.

**Tabela LXXII Local do cadáver:**

Local cadáver	N	%
Dentro casa	7	35,0
Fora casa	13	65,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Predominantemente os suicídios ocorrem fora de casa, com 13 casos verificados (65,0% da amostra), o valor dos suicídios que ocorrem dentro de casa é de 7 (35,0% da amostra).



**Tabela LXXIII Método:**

Método	N	%
Afogamento	4	20,0
Precipitação	1	5,0
Envenenamento	3	15,0
Arma fogo	5	25,0
Trucidamento	5	25,0
Desconhecido	2	10,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Verificou-se que o método mais utilizado para cometer suicídio foi a arma de fogo com 5 casos registados (25,0 da amostra) e o trucidamento com outros 5 casos registados (25,0% da amostra), em contrapartida o método menos utilizado foi a precipitação com apenas 1 caso verificado (5,0% da amostra).

**Tabela LXXIV Quem encontrou a vítima:**

Quem encontrou	N	%
Família	9	45,0
Amigos	5	25,0
Autoridades	2	10,0
Desconhecidos	2	10,0
Sem informação	2	10,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Das pessoas que cometeram suicídio, 9 delas foram encontradas pela família (45,0% da amostra), e apenas 2 pessoas foram encontradas por desconhecidos (10,0% da amostra) e outras 2 por agentes da autoridade (10,0% da amostra).





**Tabela LXXV Número de testemunhas:**

Nº	N	%
0	1	5,0
1	2	10,0
2	9	45,0
3	8	40,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Nove dos suicídios analisados apresentaram 2 pessoas como testemunhas que presenciaram o acontecimento, o que corresponde a 45% da amostra analisada, sem testemunhas apenas identificamos 1 suicídio (5,0% da amostra).

**Tabela LXXVI Tentativas anteriores de suicídio:**

Tentativas	N	%
Sim	3	15,0
Não	5	25,0
Sem informação	12	60,0
Total	20	100,0

*Descrição:* As tentativas anteriores de suicídio apenas foram verificadas em 3 pessoas das que consumaram o acto (15,0% da amostra), em contrapartida 5 delas (25,0% da amostra) consumou o acto sem qualquer tentativa precedente.



**Tabela LXXVII** Manifestações de ideação suicida:

Manifestações	N	%
Sim	7	35,0
Não	1	5,0
Sem informação	12	60,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Sete pessoas (35,0% da amostra) das que consumaram o acto exibiram anteriormente manifestações de ideação suicida e 1 delas (5,0% da amostra) não manifestaram qualquer intenção anteriormente ao acto.

**Tabela LXXVIII** Sinais de violência encontrados:

Sinais de violência	N	%
Sim	1	5,0
Não	19	95,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Apenas 1 dos suicídios analisados (5,0% da amostra), apresentaram sinais de possível violência, os restantes 19 casos (95,0% da amostra) não foram alvo de qualquer dúvida, sendo afirmado a não existência de violência nestes últimos.



**Tabela LXXIX Realização ou dispensa de autópsia:**

---

Autopsia	N	%
Sim	15	75,0
Não	5	25,0
Total	20	100,0

---

*Descrição:* A autópsia foi realizada em 15 dos casos analisados (75,0% da amostra), sendo atribuído a 5 dos casos (25,0%) dispensa de autópsia delegada pelo Ministério Público.

---

**Tabela LXXX Agregado familiar:**

---

Agregado familiar	N	%
Sozinho	7	35,0
Acompanhado	8	40,0
Instituição	2	10,0
Sem informação	3	15,0
Total	20	100,0

---

*Descrição:* Oito, dos indivíduos da nossa amostra viviam acompanhados (40,0% da amostra), seguidos logo por 7 indivíduos que viviam sozinhos (35,0% da amostra). Apenas 2 residiam em instituições (10,0% da amostra).

---



**Tabela LXXXI** Acontecimentos traumáticos anteriores (aspectos considerados – morte filho; divórcio, dívidas, etc.)

---

Acontecimentos	N	%
Sim	4	20,0
Não	16	80,0
Total	20	100,0

---

*Descrição:* Quatro pessoas (20,0% da amostra) experienciaram um determinado acontecimento traumático, nas restantes 16 (80,0% da amostra) não houve qualquer indício de acontecimentos traumáticos relacionados.

---

**Tabela LXXXII** Local do óbito:

---

Local	N	%
Local ermo	6	30,0
Via publica	2	10,0
Veículo automóvel	1	5,0
Divisões habitacionais	6	30,0
Anexos habitacionais	3	15,0
Outros	2	10,0
Total	20	100,0

---

*Descrição:* Em 6 casos (30,0% da amostra) o suicídio ocorreu em divisões habitacionais e em local ermo seguido dos anexos habitacionais (3/15,0%) e da via publica com 2 casos registados (10,0% da amostra). Onde se registou menos número de ocorrências foi no veículo automóvel com 1 caso registado (5,0% da amostra).

---



**Tabela LXXXIII Pré morbilidade psiquiátrica:**

Pré morbilidade psiquiátrica	N	%
Sim	4	20,0
Sem informação	16	80,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Relativamente à pré morbilidade psiquiátrica, apenas se registou 4 casos (20,0% da amostra) positivos, sendo que 16 dos registos (80,0% da amostra) analisados não apresentavam dados relativos a esta situação.

**Tabela LXXXIV Diagnóstico psiquiátrico conhecido:**

Diagnóstico	N	%
Transtornos do humor	3	15,0
Sem informação	17	85,0
Total	20	100,0

*Descrição:* No âmbito do diagnóstico psiquiátrico podemos constatar a presença de 3 casos (15,0% da amostra) de transtornos do humor (depressão e doença bipolar), sendo que os restantes 17 casos (85,0% da amostra) não apresentam diagnóstico psiquiátrico conhecido.



**Tabela LXXXV Diagnóstico não psiquiátrico conhecido:**

Diagnóstico	N	%
Doenças oncológicas	1	5,0
Doenças cardiovasculares	3	15,0
Doenças respiratórias	1	5,0
Doenças metabólicas	1	5,0
Doença crónica inflamatória dos intestinos	1	5,0
Outras	13	65,0
Total	20	100,0

*Descrição:* Em relação ao diagnóstico não psiquiátrico conhecido, podemos constatar que dos 20 casos, apenas 7 deles (35,0% da amostra) caem sobre a nossa tabela de doenças. Três casos apresentam problemas cardiovasculares (15,0% da amostra), 1 problemas metabólicos (5,0% da amostra), oncológicos (1/5,0% ), respiratórios (1/5,0%) e doença crónica inflamatória dos intestinos (1/5,0%).

**Tabela LXXXVI Associação com fenómenos de alcoolismo:**

Álcool	N	%
Não	20	100,0

*Descrição:* Quanto à apreciação do possível alcoolismo, podemos verificar, que este não é um problema comum entre a população suicida analisada, na medida em que não se registou qualquer caso.



**Tabela LXXXVII Carta de despedida:**

---

Carta despedida	N	%
Não	20	100,0

---

---

*Descrição:* Da população suicida analisada (20/100%), não se verificou a existência de carta de despedida.

---

**Tabela LXXXVIII Livores:**

---

Livores	N	%
Presentes	20	100,0

---

---

*Descrição:* Os livores são uma característica tanatológica presente em todos os casos de suicídio analisados (20/100%).

---



### 4.3 Discussão dos Resultados

Quadro III

<b>Variáveis</b>	<b>Total dos casos analisados: 89 suicídios</b>	<b>Total dos casos de enforcamentos analisados: 69 suicídios por enforcamento</b>	<b>Total dos casos de não enforcamentos analisados: 20 suicídios, excluindo enforcamento</b>
<b>Distribuição anual</b>	Ano mais atingido: 2007	Ano mais atingido: 2007	<b>Ano mais atingido: 2009</b>
<b>Distribuição diária</b>	Período mais acentuado: tarde	Período mais acentuado: tarde	<b>Período mais acentuado: manhã</b>
<b>Sexo</b>	Sexo mais atingido: masculino	Sexo mais atingido: masculino	Sexo mais atingido: masculino
<b>Faixa etária</b>	Faixa etária mais atingida: [75-84]	Faixa etária mais atingida: [75-84]	<b>Faixa etária mais atingida: [55-64]</b>
<b>Estado civil</b>	Estado civil mais atingido: casado	<b>Estado civil mais atingido: solteiro/casado</b>	Estado civil mais atingido: casado
<b>Profissão</b>	Profissão mais comum: reformado	Profissão mais comum: reformado	Profissão mais comum: reformado
<b>Local do cadáver</b>	Principal local do cadáver: fora de casa	Principal local do cadáver: fora de casa	Principal local do cadáver: fora de casa
<b>Meio de suicídio</b>	Principal meio de suicídio: enforcamento	ND (não disponível)	<b>Principal meio de suicídio: arma de fogo/trucidamento/afogamento</b>





<b>Quem encontrou a vítima</b>	Maioria encontrada por: família	Maioria encontrada por: família	Maioria encontrada por: família
<b>Número de testemunhas</b>	Testemunhas: 2	Testemunhas: 2	Testemunhas: 2
<b>Tentativas anteriores de suicídio</b>	Na maioria dos casos não ocorreram tentativas anteriores de suicídio	Na maioria dos casos não ocorreram tentativas anteriores de suicídio	Na maioria dos casos não ocorreram tentativas anteriores de suicídio
<b>Manifestações de ideação suicida</b>	Na maioria dos casos não ocorreu manifestações de ideação suicida	Na maioria dos casos não ocorreu manifestações de ideação suicida	Na maioria dos casos não ocorreu manifestações de ideação suicida
<b>Sinais de violência</b>	Sem sinais de violência ocorrida	Sem sinais de violência ocorrida	Sem sinais de violência ocorrida
<b>Realização/dispensa de autópsia</b>	Na maioria dos casos: dispensa de autópsia	Na maioria dos casos: dispensa de autópsia	<b>Na maioria dos casos: realização de autópsia</b>
<b>Agregado familiar</b>	Na maioria dos casos o sujeito vivia acompanhado	Na maioria dos casos o sujeito vivia acompanhado	Na maioria dos casos o sujeito vivia acompanhado
<b>Acontecimentos traumáticos anteriores</b>	Na maioria dos casos não existia acontecimentos traumáticos anteriores conhecidos	Na maioria dos casos não existia acontecimentos traumáticos anteriores conhecidos	Na maioria dos casos não existia acontecimentos traumáticos anteriores conhecidos



<b>Tipo de local onde ocorreu o óbito</b>	Principal local da ocorrência: local ermo/divisões habitacionais	Principal local da ocorrência: local ermo/divisões habitacionais	Principal local da ocorrência: local ermo/divisões habitacionais
<b>Pré morbidade Psiquiátrica</b>	Ausência de Pré morbidade Psiquiátrica conhecida	Ausência de Pré morbidade Psiquiátrica conhecida	Ausência de Pré morbidade Psiquiátrica conhecida
<b>Diagnóstico Psiquiátrico</b>	Único diagnóstico Psiquiátrico referido (em alguns casos): transtornos do humor	Único diagnóstico Psiquiátrico referido (em alguns casos): transtornos do humor	Único diagnóstico Psiquiátrico referido (em alguns casos): transtornos do humor
<b>Diagnóstico não Psiquiátrico</b>	Diagnóstico não Psiquiátrico mais frequente: doença Cardio Vasculares	Diagnóstico não Psiquiátrico mais frequente: doença Cardio Vasculares	Diagnóstico não Psiquiátrico mais frequente: doença Cardio Vasculares
<b>Carta de despedida</b>	Na maioria dos casos: ausência de carta de despedida	Na maioria dos casos: ausência de carta de despedida	Na maioria dos casos: ausência de carta de despedida
<b>Associação com fenómenos de alcoolismo</b>	Na maioria dos casos: sem associação com fenómenos de alcoolismo	Na maioria dos casos: sem associação com fenómenos de alcoolismo	Na maioria dos casos: sem associação com fenómenos de alcoolismo
<b>Presença de livores cadavéricos</b>	Na totalidade dos casos os livores cadavéricos estavam presentes	Na totalidade dos casos os livores cadavéricos estavam presentes	Na totalidade dos casos os livores cadavéricos estavam presentes



Capitulo V

CONCLUSÃO



## 5.1 Caracterização dos estudos

Quadro IV

<b>Variáveis</b>	<b>Estudo Nº1 Baixo Alentejo</b>	<b>Estudo Nº2 Baixo Alentejo</b>	<b>Estudo Nº3 Margem Sul do Tejo</b>	<b>Estudo Nº1 realizado Total dos casos analisados</b>	<b>Estudo Nº2 realizado Enforcados</b>	<b>Estudo Nº3 realizado Não enforcados</b>
<b>Data</b>	1982-2001	1987	1978-1991	2004-2009	2004-2009	2004-2009
<b>Ano mais afectado</b>	1985 (79 casos)	ND*	ND*	2007 (23,6% da amostra)	2007 (27,5% da amostra)	2009 (30,0% da amostra)
<b>Nº total de suicídios</b>	1203	71	30	89	69	20
<b>Sexo predominante</b>	Masculino (77,4% da amostra)	Masculino (73% da amostra)	Masculino (maioria dos casos)	Masculino (79% da amostra)	Masculino (92,8% da amostra)	Masculino (75% da amostra)
<b>Idade mais avançada como factor condicionante</b>	Sim	Sim Mais de 45 anos de idade (69% da amostra)	ND*	Sim Mais de 45 anos de idade (89,9% da amostra)	Sim Mais de 45 anos de idade (89,8% da amostra)	Sim Mais de 45 anos de idade (85,0% da amostra)
<b>Método mais utilizado</b>	Enforcamento (45,7% da amostra)	ND*	Envenenamento (54% da amostra)	Enforcamento (77,5% da amostra)	Enforcamento (100% da amostra)	Envenenamento (15% da amostra)  Arma de fogo e trucidamento (25% da amostra)
<b>Estação do ano</b>	Maioria no Verão	Maioria no Primavera	Maioria no Verão	Maioria na Primavera	ND*	Maioria no Verão



<b>Situação profissional</b>	ND*	População não activa (63% da amostra)	ND*	Reformados (44,9% da amostra)	Reformados (46,4% da amostra)	Reformados (40,0% da amostra)
<b>Estado civil</b>	ND*	Maioria divorciados, solteiros, viúvos	ND*	Casados (33,7% da amostra)	Solteiros (31,9% da amostra)  Casados (31,9% da amostra)	Casados (40,0% da amostra)
<b>Doença física e ou mental associada</b>	ND*	Sim (56,3% da amostra)	Sim	Não	Não	Não
<b>Acontecimentos traumáticos</b>	ND*	Sim (65% da amostra)	ND*	Não	Não	Não
<b>Ideação suicida</b>	ND*	ND*	Sim (na maioria dos casos)	Na maioria dos casos não temos informação disponível	Na maioria dos casos não temos informação disponível	Na maioria dos casos não temos informação disponível
<b>Tentativas anteriores de suicídio</b>	ND*	ND*	Sim (na maioria dos casos)	Na maioria dos casos não temos informação disponível	Na maioria dos casos não temos informação disponível	Na maioria dos casos não temos informação disponível

- \*ND: não disponível



## 5.2 Conclusões gerais

O Suicídio é um fenómeno que envolve uma miríade de factores. Também se verificam nos estudos de suicídio dificuldades que consideramos muito específicas, pois é algo que frequentemente aponta para conclusões surpreendentes.

Nos estudos que consultámos e com os quais estabelecemos um grau de paralelismo com o nosso estudo verificámos o seguinte:

- O ano em que ocorreram maior número de suicídios foi o de 2007;
- O período ao longo do dia em que ocorreram maior número de suicídios foi o da tarde;
- O sexo em que o suicídio é mais frequente é no masculino;
- A faixa etária mais afectada pelo suicídio é a dos 75 aos 84 anos de idade, logo a idade avançada pode ser vista como um factor condicionante;
- Os meses quentes são os mais atingidos pelo fenómeno suicida;
- O estado civil em que o suicídio é mais frequente é no grupo dos casados;
- O grupo dos reformados é o mais atingido pelo suicídio;
- O suicídio ocorre predominantemente fora de casa;
- O principal meio de Suicídio é o enforcamento;
- As vítimas são predominantemente encontradas pela família;
- Na maioria dos casos não temos informação disponível referente às tentativas anteriores de suicídio, assim como às manifestações de ideação suicida;
- Sinais de violência não são uma característica comum entre a população suicida;
- A realização de autópsia não é feita em todos os casos de suicídios;
- Na maioria dos casos a vítima vivia acompanhada;
- Os acontecimentos traumáticos anteriores não são uma característica comum a todas as vítimas de suicídio;
- O local preferencial para cometer suicídio é divisões habitacionais e local ermo;
- A doença Psiquiátrica não é uma condição comum na população estudada;



- As doenças mais comuns entre a população suicida, são as Cardiovasculares;
- Na grande maioria dos casos de suicídio não existe associação com fenómenos de Alcoolismo;
- Em todos os casos de suicídio, a presença de livores cadavéricos foi verificada.



## Referências

- Durkheim, E. (1897). **O Suicídio. Estudos Sociológicos**. Lisboa: Editorial Presença, 6ª edição (1996).
- Gradiz, C.(1990). **Contributo para o estudo do suicídio consumado**. Beja: Centro de Saúde Mental de Beja
- Minois, G. (1998). **História do Suicídio**. Lisboa: Editorial Teorema
- Sampaio, D. (1991). **Ninguém morre sozinho – o adolescente e o suicídio**. Lisboa: Editorial Caminho, 6ª edição, (1996)
- Williams, J. H. (1996). **Studying Suicide. Health & Place**, 2 (3), 167-177.
- Santos, J.H. (2006). **A morte anunciada: Suicídio e Parassuicídio. Trilhos Editora. Lisboa.**
- Stengel, E. (1980), **Suicídio e Tentativa de Suicídio**; Publicações Dom Quixote;
- Tur, O. G.; Da Veiga, F. A.; Viñas, C.; Jacinto, R. e Saraiva, C. B.(2004); **Suicidio em Portugal e Espanha, Padrões E Contrastes De Uma Geografia Plural**, Suicidologia, Coimbra;
- Rojas, E. (1984); **Estúdios sobre el Suicidio** (2ª edição); Barcelona: Salvat;
- Barrocas, Francisco; Santos, J. H. e Gradiz, C. **A morte Voluntária no Distrito de Beja (1982-2001)**; Centro de Saúde Mental, Beja (2002);
- Calabuig, G. (1998); **Medicina Legal e Toxicología**; Masson (5ª edição); Espanha;
- Costa Santos, José M. M (1998); **Suicidio e Autopsia Psicológica**;
- Goldsmith, S. P.; Pellmar, T.C.; Kleinman, A. M. e Bunney, W. E. (2001); **Reducing Suicide: A National Imperative**; The National Academy Press;
- Karger, B.; Billeb, E.; Koops, E. e Brinkmann, B. (2002); **Autopsy features relevant for discrimination between suicidal and homicidal gunshot injuries**; Alemanha;
- Kastenbaum, R. e Aisenberg, R. (1983); **Psicologia da Morte**; Novos Ubrais Editora da Universidade de São Paulo, Brasil





- Knight, B. e Saukko P. (2004); **Forensic Pathology**; Arnold (3ª edição), UK;  
Moreno, A.; (2003). **Glória e Suicídio**; Editora Medilivro;
- Oliveira, Abílio; (2006); **Comportamentos Suicidários em Portugal**; Redhorse-Industria Gráfica Lda (1ª edição);

#### Imprensa Escrita

- Bento, A., Pires T., Silva, N. R., Bacelar, F., & Malheiro, C. (1992. Agosto/Outubro). O Suicídio nos concelhos do Montijo e de Alcochete. **Revista de Psiquiatria** Vol. V Nº 2, 71-77.
- Adams, D. M., Overholser, J.C., & Lehnert, K. L. (1994, May). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 33 (44), 498-507
- Moita, T.(2006; Setembro). **Arquivos do Jornal de Notícias**
- O Suicídio, “a única questão verdadeiramente filosófica” ( 2006,Julho); arquivos d’**A Pagina da Educação** nº 157, pag.33;
- Balci, Y.; Canogullari, G. e Ulupinar, E. Characterization of Gunshot Suicides; **Journal of Forensic and Legal Medicine**; Turquia; (2006);
- Professor Carlos Braz Saraiva (2006), **Jornal do Fundão**
- **Diário de Notícias** (2005)

#### Fontes Metodológicas

- Fortin, M. F. (1999). **Processo Investigação – Da Concepção à Realização**. Décarie Editeur. Lusociência
- Azevedo, Carlos A. Moreira – **Metodologia Científica. Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**, Porto, 1994
- Kiess, H., Bloomquist, D. – **Psychological Research Methods: a conceptual approach**. Boston: Allyn na Bacon, 1985



## Fontes Electrónicas

- Estatística, suicídio, disponível na: <http://www.spsuicidologia.pt/>
- Núcleo de estudos do suicídio, disponível na: <http://www.tu-importas.com>
- Suicídio Alentejo, disponível na: <http://www.correioalentejo.com>
- Suicide prevention, disponível não: <http://www.suicide.org/>
- Suicide: Data and Statistics, disponível na: <http://www.who.int/en/>
- História do suicídio, disponível não: <http://revista.saude-mental.net>
- O suicídio entre os mais velhos, disponível na: <http://www.portaldoenvelhecimento.net>
- Psychological Autopsy, disponível na: <http://www.all-about-forensic-psychology.com>
- Imagem capa da tese, disponível na: [www.youngreporters.org/IMG/jpg/alentejo.jpg](http://www.youngreporters.org/IMG/jpg/alentejo.jpg)
- Suicídio em Portugal, disponível na [http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim\\_14.pdf](http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_14.pdf), Junho de 2004)

## Outras

- Costa J. P. (1986); **O suicídio e as suas incógnitas**; Conferência apresentada 2ª Jornadas de Saúde Mental do Algarve; Aldeia das Açoteias;
- OMS, Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais (2000), **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**; Manuais destinados a grupos sociais e profissionais específicos; Genebra;
- OMS, Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais (2000), **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária; Manuais destinados a grupos sociais e profissionais específicos**; Genebra;
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2006); **Comportamentos suicidários em Portugal** (1ª edição);



Fim.