

# SUICÍDIO CONSUMADO

## Nota metodológica sobre um inquérito em curso

JORGE COSTA SANTOS, EDUARDO DE FREITAS E ODETE LEITÃO DE BARROS

Cadeira de Medicina Legal e Toxicologia Forense. Faculdade de Medicina de Lisboa. Instituto de Medicina Legal de Lisboa. Portugal.

### RESUMO

O inquérito em curso pretende contribuir para um mais amplo e profundo conhecimento da epidemiologia do suicídio consumado. Para atingir tal desiderato montou-se um dispositivo de triagem complementar das autópsias no Instituto de Medicina Legal de Lisboa, que acolhe anualmente um número considerável de mortos por suicídio. Uma vez efectuada a triagem, os casos de presumível etiologia suicida são investigados, independentemente da autópsia médico-legal, mediante a aplicação de um questionário padronizado, dirigido aos familiares (e eventualmente aos amigos e/ou próximos) dos suicidados. O presente trabalho contempla essencialmente questões relativas à *validade* do procedimento analítico utilizado nesta abordagem do suicídio. Entre outras, discute-se o conceito operativo de suicídio, a pertinência do questionário construído e a qualidade da informação assim obtida.

### SUMMARY

#### Completed suicide. A brief note about an ongoing inquiry

To allow a broader and a deeper knowledge of the epidemiologic aspects of suicide the present inquiry has been prepared. This inquiry functions as a complementary though independent method of death investigation in the Forensic Pathology Department of the Institute of Legal Medicine of Lisbon where a considerable number of victims of presumable suicide are autopsied every year. Once the preliminary screening is over, the presumptive cases of suicide are further investigated, through a standard questionnaire specially directed to relatives, friends or intimates of the victims. Questions concerned with the *validity* of this analytical procedure in investigation of suicide, the intrinsic value of the questionnaire devised and the quality of information obtained are also discussed.

### INTRODUÇÃO

A investigação científica de suicídio, qualquer que seja a perspectiva em que se situe, confronta-se com inúmeras dificuldades, que resultam, da complexidade do fenómeno, por um lado, e do carácter as mais das vezes ambíguo do desejo de morte e da conduta suicidária, por outro.

O estudo do suicídio consumado, em especial, depara com sérios obstáculos. Com efeito, a única fonte de informação disponível é a das estatísticas dos óbitos segundo as causas de morte, cujo registo é reconhecidamente imperfeito e incompleto no que se refere a este tipo particular de morte. Imperfeito, porquanto o mecanismo de ocultação do suicídio leva a um sub-registo dos casos realmente verificados. E incompleto, na medida em que são muito escassos os elementos assinalados relativamente aos indivíduos suicidados e às circunstâncias que envolveram o acto suicida.

O inquérito em curso pretende justamente contribuir para um mais amplo e profundo conhecimento desta realidade. Situando-se na linha iniciada há cerca de duas décadas atrás, em Los Angeles, por Litman, Farberow, Shneidman e outros, tem por objectivo a recolha sistemática de informação em todos os casos de presumível etiologia suicida ou de morte de causa ignorada, através de entrevistas a pessoas que conheciam bem a vítima (familiares, amigos e próximos).

Experiências semelhantes realizadas noutros países têm mostrado a revelância do contributo deste procedimento de pesquisa para uma mais correcta e responsável certificação das causas de morte, e, consequentemente, da valorização das estatísticas e da epidemiologia do suicídio.

### DISPOSITIVO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

#### Justificação

O suicídio é, ainda, sócio-culturalmente estigmatizante. Embora já não constitua crime face à nossa lei penal, não deixa, por esse facto, de acarretar consequências de índole legal, social e mesmo religiosa. É precisamente este conjunto de circunstâncias que está na origem da tentativa de ocultação do suicídio sob a forma de acidente ou de morte de causa natural.

Tudo leva a crer, aliás, que uma percentagem significativa de mortes por suicídio é indevidamente atribuída a causa natural e como tal certificada. Estes casos passam, naturalmente, à margem da intervenção pericial e dos Institutos de Medicina Legal (IML).

Em princípio, todos os casos de morte violenta ou de causa ignorada requerem investigação médico-legal para esclarecimento da sua etiologia. Mas também neste âmbito surgem, não raras vezes, dificuldades relativas ao diagnóstico diferencial.

Com efeito, se, na grande maioria dos casos, é possível determinar a causa directa da morte, nem sempre é possível estabelecer, exclusivamente com base nos achados da autópsia e dos exames complementares de diagnóstico, a sua etiologia médico-legal. Isto verifica-se, sobretudo, em situações que surgem, com maior ou menor frequência, associadas quer a suicídio, quer a acidente.

Se a ingestão de pesticidas ou o enforcamento — para citar apenas as causas mais frequentes de morte por suicídio na casuística do IMLL — traduzem, por via de regra, o gesto

suicida, o mesmo não sucede relativamente a outros meios como a intoxicação por monóxido de carbono, a precipitação e o afogamento, cuja etiologia é mais frequentemente accidental. Casos há ainda particularmente complexos, como, por exemplo, certas mortes por armas de fogo, onde a autópsia, só por si, não permite excluir qualquer das etiologias, incluindo o homicídio.

O diagnóstico médico-legal de suicídio não pode, pois, fundamentar-se apenas no conhecimento ou presunção do instrumento ou meio utilizado para produzir a morte e nos resultados da autópsia, ainda que estes sejam compatíveis.

A sua formulação pressupõe uma anamnese cuidada que contemple não só as circunstâncias em que a morte ocorreu, mas também os antecedentes pessoais da vítima, tendo em conta eventuais factores de risco de suicídio.

Sempre que existe suspeita de causa violenta, os elementos relacionados com as circunstâncias em que a morte ocorreu — método utilizado; exame do local, incluindo a posição do corpo da vítima; registo da presença de armas, comprimidos ou embalagens vazias, cartas ou notas de despedida, pesquisa de determinados vestígios, etc. — são objecto de um inquérito de natureza policial. Contudo, muitos casos se verificam em que nada sugere, à partida, uma possível causalidade violenta. E, mesmo naqueles em que tal sucede, nem sempre a informação policial satisfaz, em qualidade e quantidade, as exigências periciais.

Por outro lado, as entidades a quem compete, nos termos da lei, a verificação do óbito nas mortes de causa violenta ou ignorada — serviços de urgência hospitalares —, não se encontram vocacionadas, ou sequer sensibilizadas, para uma pesquisa anamnésica, que permita orientar a investigação médica-legal ulterior<sup>1</sup>.

É, pois, este conjunto de circunstâncias que justifica a criação de um dispositivo de recolha de informação no Instituto de Medicina Legal de Lisboa (IMLL), que viabilize, em certa mediada, um diagnóstico etiológico conclusivo.

### Funcionamento

E precisamente este dispositivo, de cuja organização se dá conta com maior desenvolvimento noutro artigo<sup>2</sup>, que constitui o suporte material da metodologia adoptada no presente inquérito.

A recolha de informação no IMLL processa-se em diferentes etapas, abedecendo o critérios pré-estabelecidos, aqui apenas afluídos.

No acto da recepção do carácter, é efectuada uma primeira triagem com base num questionário — *boletim de informação preliminar* — de execução acessível e bastante expedita.

Num segundo tempo, proceder-se à convocação, mediante carta-circular, dos familiares, eventualmente de amigos ou próximos da vítima, para efeitos de entrevista.

Dado que a insuficiência de meios não permite ainda assegurar uma resposta deste tipo em todos os casos de autópsia, a convocação privilegia, naturalmente, as situações de presumível etiologia suicida ou de causa ignorada, apuradas na triagem.

A entrevista tem lugar, por via de regra, no dia imediato ao da realização da autópsia e obedece, também ela, a um questionário elaborado para o efeito — *boletim de informação complementar* —, que visa a recolha sistematizada da informação relevante.

Nos casos em que esta seja conforme à presunção de suicídio, há ainda lugar a uma *informação específica*, obtida através de um questionário adicional especialmente concebido para esta finalidade, cuja estrutura é apresentada e comentada mais adiante.

### CONCEITO OPERATÓRIO

O suicídio implica, como o assinalam Litman e outros<sup>3</sup>, uma

correlação directa entre a intenção do suicida, a sua acção auto-destrutiva e a sua morte subsequente.

A linha de investigação que prosseguimos pretende exactamente estabelecer o elo de ligação entre estas três condições, através da reconstituição da *história de vida* do suicidado.

A reconstituição da história de vida, na sua verdadeira acepção, constitui, todavia, procedimento metodológico autónomo a realizar em fase ulterior e que irá incidir, precisamente, sobre um conjunto de casos seleccionados no decurso do presente inquérito em referência a uma tipologia julgada adequada<sup>4</sup>.

O fim em vista não é apenas a identificação e ponderação dos factores de risco de suicídio — ainda que a sua relevância, só por si, o justificasse plenamente —, mas, sobretudo, tentar perceber o perfil da intencionalidade que subjaz à conduta suicidária.

É evidente que semelhante propósito se confronta com limitações de diversa índole. E, desde logo, porque a intenção do suicidado nem sempre resulta clara para o inquiridor. Não apenas por razões de ordem metodológica, mas porque a intenção é, ela própria, com frequência, ambivalente.

### INSTRUMENTO DE INQUIRIÇÃO (Questionário)

Repartido por 11 secções de alcance substantivo e extensão variável, o questionário compreende perguntas que visam fundamentalmente captar algumas coordenadas da vida do suicidado, quer numa perspectiva histórica com remissão para um passado remoto, quer numa perspectiva de procurar traçar o quadro da situação mais recente imediatamente anterior ao suicídio, e também ao que este acto diz directamente respeito.

O questionário estruturou-se internamente em função de dois objectivos: por um lado, testar a presença dos factores de risco de suicídio mais comumente recensados na literatura científica (Quadro I) e, por outro lado, contribuir para a definição de outros factores mais específicos à população dos suicidados em observação nesta pesquisa, tendo em conta o conceito operatório delineado.

A estrutura global do questionário é apresentada no Quadro II.

É fundamentalmente nas secções III, IV e V, respectivamente *Elementos da anamnese pessoal*, *Elementos da anamnese familiar* e *Acontecimentos de vida recentes destacáveis*, que se encontram as questões que apontam para a prossecução dos objectivos acima referidos.

Tomou-se uma opção metodológica de abertura da maioria das questões sem prejuízo de traduzir em *items* os factores de risco conhecidos. A título de exemplo, veja-se a questão *acontecimentos de vida relevantes* desdobrada relativamente aos períodos *infância e adolescência* e *vida adulta*. Procura-se com este *item* detectar factores de risco tais como perdas afectivas e/ou transplantações sócio-culturais do suicidado, justificando-se a abertura, isto é, a formulação da questão sob a forma aberta, pela preocupação de inventariar a maior soma de elementos adicionais susceptíveis de obter um mais amplo e rigoroso conhecimento dos casos concretos.

Dado que algumas das questões formuladas no questionário, como, por exemplo, as relativas à *situação económica/meio de vida* ou ao *modo de vida*, podem apresentar-se à partida como ambíguas ou menos claras, foram elaboradas *instruções*, onde todos os conceitos cuja latitude o justifique se encontram operacionalizados.

### INQUIRIDOS

Efectuada a triagem dos casos de presumível etiologia suicida, mediante o accionamento do dispositivo atrás descrito, desencadeia-se o processo de estabelecimento de uma relação útil do ponto de vista da inquirição de familiares do suicidado. Tal efectua-se através do envio de uma convocatória

QUADRO I  
Factores de risco de suicídio (\*)

FACTORES	CATEGORIA DE ALTO RISCO	CATEGORIA DE BAIXO RISCO
<b>I. Demográficos</b>		
1. Sexo	Masculino	Feminino
2. Idade	45 anos e mais	Menos de 45 anos
3. Raça	Branca	Não branca
4. Estado civil	Separado, divorciado, viúvo	Solteiro, casado
5. Religião	Nenhuma, protestante	Católica
6. Situação Ocupacional	Desempregado, reformado	Empregado
7. Modo de vida	Vivendo só	Vivendo acompanhado
<b>II. Antecedentes pessoais</b>		
8. Psiquiátricos		
8.1. Depressão	Sobretudo quando estão presentes sinais vegetativos. Risco muito aumentado em presença de elevados níveis de ansiedade ou agitação. Os distúrbios afectivos primários constituem um importante factor de prognóstico.	Sem antecedentes psiquiátricos. Presumivelmente normal, incluindo situações reactivas breves.
8.2. Distúrbios do pensamento	Sobretudo se associados a afecto depressivo. Risco muito elevado em pacientes com psicose depressiva reactiva ou depressão pós-parto.	
9. Doença somática	Patologia aguda ou crónica nos seis meses anteriores, especialmente se penosa ou dolorosa como o cancro.	Sem doença somática conhecida. Habitualmente saudável.
10. Abuso de álcool e drogas	Alcoolismo e toxicofilia	Sem hábitos alcoólicos ou de consumo de droga.
11. Tentativas de suicídio anteriores		
11.1 Número	Pelo menos uma tentativa anterior.	Nenhuma.
11.2 Método	Enforcamento, disparo de armas de fogo, precipitação, submersão.	Feridas incisivas, intoxicação por monóxido de carbono ou outro gás, ingestão reduzida de medicamentos.
11.3 Consequência potencial do método	Letal, se não tivesse sido encontrado e submetido a tratamento em tempo útil.	Relativamente inofensivo, susceptível de provocar dano.
11.4 Informação de terceiros	Encontrado inconsciente ou semi-consciente. Carta ou nota de despedida presente no local.	Pediu para ser socorrido. Presumivelmente normal, perturbado, etilizado, evidenciando sinais de doença.
12. Perda recente	De pessoa amada por morte ou separação desta. Perda de estatuto ou de emprego, ou amputação de parte do corpo.	Nenhuma.
<b>III. Antecedentes familiares</b>		
13. Suicidários	História familiar de suicídio.	Sem história familiar de suicídio.
14. Psiquiátricos	Risco especialmente elevado em casos conhecidos de distúrbio afectivo maior.	Sem antecedentes psiquiátricos familiares.

(\*) Adaptado de RESNIK, H.L.P. (5) e ROJAS, E. (6)

para que compareça no Instituto *pele menos um familiar próximo ou, na absoluta impossibilidade deste, de qualquer familiar, amigo ou outro, que com ele tenha privado e conheça as circunstâncias em que ocorreu o falecimento*. A razão dada, justificativa deste pedido de comparência, é a de que se destina a facilitar o seguimento do processo de autópsia.

Vale a pena enunciar alguns pontos, ainda que de conteúdo controverso, referentes à *selecção* dos inquiridos efectuada por meio de convocatória:

- a. Colhido o convocado e demais elementos da rede relacional do suicidado, em clima de descompensação psicológica, deverá assistir-se a uma provável reacção inicial de recusa em prestar declarações;
- b. A *compulsividade* administrativa da convocatória fará rever a posição anterior e abrir-se-à no interior da família um processo, mais ou menos explícito, de determinação de quem terá de assumir o ónus das declarações;

- c. No imbricado de relações afectivas estabelecidas entre familiares, o resultado da escolha do respondente far-se-à tendo presente — e sem esquecer o peso do dever de cumprir o que é institucional e oficialmente solicitado — uma de duas linhas de força: ou da interacção imputativa da responsabilidade é seleccionado o elemento psicologicamente *mais forte*, isto é, aquele que é suposto ser o mais apto em falar, ou então aquele que é sentido como o elemento psicologicamente mais dependente das injunções dos demais elementos da família;
- d. As considerações atrás expostas devem ainda ser vistas à luz da dispersão/coesão da família vivenciadas regularmente. Os processos serão evidentemente dissemelhantes e adquirirão impacto emocional diferenciado no caso de um indivíduo que se suicida e que vivia praticamente isolado — no limite, por exemplo, um indivíduo sem família —, ou no caso do indivíduo que pertencia a

QUADRO II

Estrutura global do questionário utilizado no inquérito

- I — REFERÊNCIAS
  - II — IDENTIFICAÇÃO
  - III — ELEMENTOS DA ANAMNESE PESSOAL
  - IV — ELEMENTOS DA ANAMNESE FAMILIAR
  - V — ACONTECIMENTOS DE VIDA DESTACÁVEIS
  - VI — ELEMENTOS RELACIONADOS COM O ACTO SUICIDA
  - VII — CONCLUSÕES PERICIAIS
  - VIII — INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
  - IX — APRECIACÃO FINAL QUANTO À COLABORAÇÃO PRESTADA PELOS ENTREVISTADOS
  - X — OBSERVAÇÕES
  - XI — INFORMAÇÃO PARA CONTACTO ULTERIOR
- Anexo: INSTRUÇÕES

uma família extensa ligada por fortes laços afectivos.

Estes quatro pontos agora enunciados deixarão estrever a enorme complexidade presente no processo de selecção do(s) inquirido(s). Tal processo é incontrolável pela equipa que conduz a pesquisa. Com efeito, aceite o risco de desencadear o processo de selecção dos inquiridos através da convocatória, é na rede familiar que se desenrola o jogo conducente à designação do respondente. O indivíduo que se apresenta como tal, concordante ou não com o papel singular que lhe coube, será sempre marcado por uma desvantagem psicológica. Esta desvantagem é a de quem sofreu a morte por suicídio de um seu familiar, morte socialmente estigmatizada e para a qual o respondente pode sentir ter contribuído inadvertidamente por acção ou omissão ou tão-só fantasmaticamente. Acresce ainda o facto de sentir que fala em nome da família que o *mandatou* e que por isso mesmo a expõe ao exterior através das respostas que fôr dando.

A questão que se poderá retirar do que fica dito é a seguinte: como ponderar, nas respostas efectivamente dadas pelo inquirido, os condicionalismos que modelaram o processo da selecção deste e a desvantagem de que é portador? Questão maior esta aqui colocada, estreitamente ligada à determinação da validade metodológica da aplicação deste procedimento de pesquisa.

QUALIDADE DA INFORMAÇÃO OBTIDA

A primeira apreensão a reter quanto à qualidade da informação obtida respeita ao muito desigual grau de conhecimento que os respondentes manifestam relativamente ao parente suicidado. Tal sucede mesmo quando o vínculo familiar é formalmente estreito, por exemplo, no caso de um filho que fala de sua mãe. E isto verifica-se tanto em questões factuais simples (idade, freguesia e concelho de residência), como noutras que pressupõem um conhecimento mais fino do parente (antecedentes clínicos e outros).

Esta memória apagada ou mesmo a absoluta ausência de conhecimentos, perturba fortemente a recolha de informação no grupo IV, *Elementos da anamnese familiar*, quando se verifica ser o respondente posto perante questões que o remetem para familiares pertencentes a duas gerações anteriores à sua. Por exemplo, no caso de um filho solicitado a fornecer elementos sobre os pais de sua mãe. Para este segmento do questionário, nestes casos de *excessiva* distância parental, os dados obtidos devem assim ser considerados com muita

reserva.

De um modo geral, a colaboração conseguida tem sido boa, havendo todavia a notar-se uma certa tendência, de resto previsível, de ser tanto maior a resistência do respondente a falar espontaneamente quanto mais elevado é o estrato social a que pertence. Questões eventualmente geradoras de susceptibilidade provocarão interferências enviesantes nas respostas, o que não poderá deixar de ser levado em conta na condução da entrevista.

Aliás a estratégia de condução da entrevista é problema que reputamos de primordial importância na obtenção de dados fiáveis. A opção feita vai no sentido de realizar uma entrevista tanto quanto possível não-estruturada, retirando da situação o máximo da carga negativa da inquirição administrativa. Por outro lado, não podendo nem devendo ser seguidos modelos da entrevista clínica ou da entrevista livre, nem por isso alguns traços caracterizadores destes dois modelos deixam de estar presentes. Do primeiro, a possibilidade da entrevista ser momento catártico para o familiar respondente. Da segunda, a possibilidade cometida a este de falar ao sabor da espontaneidade gerada.

O entrevistador apresenta os objectivos do estudo ao familiar convocado, tenta criar um clima de confiança e colaboração, apela para a importância decisiva das informações que o mesmo possa fornecer acerca da história pessoal do suicidado.

Tendo sempre presente as considerações acima expostas quanto ao estado de descompensação psicológica em que o familiar se pode encontrar, a entrevista desenrola-se sem a presença visível do questionário, de modo a transmitir-se, tanto quanto possível, a impressão de tratar-se de uma *entrevista sem questionário*. As perguntas são formuladas não necessariamente pela ordem em que se encontram no questionário elaborado. Este adquire, deste modo, uma feição de guia de entrevista.

A condução da entrevista faz-se tendo ainda presente um condicionalismo de tempo para a sua duração: não deve exceder os 45 minutos. A experiência já recolhida leva a admitir ser possível realizar-se a inquirição neste espaço de tempo. Casos há, no entanto, em que face a um discurso torrencial resultante de descontrolo psicológico agudizado pela evocação do familiar morto, a entrevista se prolonga para além dos 60 minutos. Nestas situações, a necessidade de provocar a travagem adequada do discurso, há-de fazer-se com o recurso a alguma sensibilidade e experiência psicoterapêutica do entrevistador.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Marlene Braz Rodrigues o interesse e cuidado postos na execução dactilográfica do trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- 1 SANTOS, J.C.; RIBEIRO, I. P. e SANTOS, F. C. — Aspectos Médico-Legais da Verificação e Certificação do Óbito. *J. Ciênc. Méd.* 1984; 8: 1-9.
- 2 SANTOS, J.C. — Serviço de Acolhimento: da informação à prevenção. *Acta Médica Portuguesa* 1988; 1: 99-104.
- 3 LITMAN, R. et al — Investigations of Equivocal Suicides. *JAMA* 1963; 184: 924-929.
- 4 FREITAS, E. — Contributos para o Estudo das Mortes Violentas em Portugal. *Rev. Centro Est. Demográf.* 1983-84; 26: 167-168.
- 5 RESNIK, H.L.P. — Suicide. In Kaplan, H.I.; Freedman A.M. e Sadock, B.J. (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol. III, pg.: 2085-2098. Williams & Wilkins, 1981.
- 6 ROJAS, E. — *Estudios sobre el suicidio* (2.<sup>a</sup> Ed.), pg.: 483-557. Salvat, 1984.

Pedido de Separatas: Jorge Costa Santos  
 Instituto de Medicina Legal  
 R. Manuel Bento de Sousa, n.º 3  
 1100 Lisboa — Portugal