

# **SUICÍDIOS NO GRUPO ORIENTAL DOS AÇORES - ANÁLISE CASUÍSTICA**

Filipa Ferreira Bacalhau de Sousa Lima

Artigo Científico Original

Área Científica de Medicina Legal

Trabalho realizado sob orientação de:

Professor Doutor Duarte Nuno Vieira

Professor Doutor Francisco Côrte-Real

Número de aluno: 2013157760

Contacto: +351914677495

E-mail: filipafbsl@gmail.com

# Índice

Índice de Figuras .....	2
Índice de Tabelas .....	3
Lista de Abreviaturas.....	4
Resumo .....	5
Abstract.....	6
Palavras-chave .....	7
Introdução.....	8
Materiais e Métodos .....	11
Resultados.....	12
Discussão .....	28
Conclusões.....	34
Agradecimentos.....	35
Referências Bibliográficas.....	36

## Índice de Figuras

Figura 1 – Número anual de casos de suicídio autopsiados, no GMLF dos Açores Oriental. .....	12
Figura 2- Número de casos de suicídio em cada mês.....	13
Figura 3 – Número de casos de suicídio em cada estação do ano. ....	13
Figura 4 – Número de casos de suicídio segundo o concelho de residência. ....	14
Figura 5 – Percentagem de casos de suicídio por género. ....	15
Figura 6 - Número de casos de suicídio em cada faixa etária. ....	15
Figura 7 – Percentagem de casos de suicídio segundo o estado civil.....	16
Figura 8 – Situação profissional dos suicidas em estudo. ....	17
Figura 9 – Métodos suicidas utilizados. ....	18
Figura 10 – Distribuição dos métodos suicidas utilizados por cada ano de estudo.....	19
Figura 11 – Local onde ocorreram os suicídios.....	20
Figura 12 – História pessoal de patologia nos indivíduos que cometeram suicídio.....	21
Figura 13 – Perturbações psiquiátricas presentes nos indivíduos que cometeram suicídio. .....	22
Figura 14 – Percentagem de indivíduos com perturbação psiquiátrica, em cada faixa etária. ....	22
Figura 15 – Percentagem de casos que apresentavam historial de consumo excessivo de álcool. ....	23
Figura 16 – Percentagem de indivíduos com consumo excessivo de álcool em cada faixa etária. ....	23
Figura 17- Percentagem de casos com história pessoal de consumo de drogas de abuso. .....	24
Figura 18 – Percentagem de indivíduos toxicod dependentes, em cada faixa etária.....	24
Figura 19 – Tipos de drogas consumidas pelos indivíduos com antecedentes pessoais de abuso de drogas. ....	25
Figura 20 – Percentagem de casos que apresentaram ideação suicida ou tentativa suicida anterior.....	26

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Taxa de suicídios ocorridos por 100.000 habitantes nos arquipélagos da Macaronésia.....	26
Tabela 2 – Taxa de suicídios por 100.000 habitantes em Portugal, no geral, e Grupos Oriental, Central e Ocidental da RAA.....	27

## **Lista de Abreviaturas**

<b>INMLCF</b>	Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
<b>GMLF</b>	Gabinete Médico-Legal e Forense
<b>RAA</b>	Região Autónoma dos Açores
<b>RAM</b>	Região Autónoma da Madeira
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>SREA</b>	Serviço Regional de Estatística dos Açores
<b>DREM</b>	Direção Regional de Estatística da Madeira
<b>INECV</b>	Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde
<b>ISTAC</b>	<i>Instituto Canario de Estadística</i>

## Resumo

O suicídio é um problema de enorme dimensão em todo o mundo e, embora seja um fenómeno ainda um pouco incompreendido, sabe-se que é influenciado por múltiplos fatores. Torna-se assim importante caracterizar o perfil do suicida de um determinado local de modo a serem identificados fatores de vulnerabilidade que possam ser úteis na prevenção dos suicídios. Devido à carência de estudos realizados no Arquipélago dos Açores e por se saber que a realidade insular é diferente de Portugal continental, foram objetivos deste trabalho a caracterização do perfil dos suicidas autopsiados no Gabinete Médico-Legal e Forense (GMLF) dos Açores Oriental e a comparação das taxas de suicídio no local em estudo, com Portugal e os Açores no geral e também com os restantes arquipélagos pertencentes à Macaronésia. Foram analisados os casos de suicídio autopsiados no GMLF dos Açores Oriental, entre os anos de 2009 a 2014, tendo sido realizada a análise descritiva de frequências das variáveis em estudo. Foram ainda calculadas as taxas de suicídios por 100.000 habitantes para Portugal, Açores, Madeira, Canárias e Cabo Verde através do uso de dados disponibilizados pelos respetivos institutos ou serviços de estatísticas nacionais ou regionais. No total, foram autopsiados 70 casos de suicídio nos anos de 2009 a 2014, sendo 88,5% indivíduos do género masculino e 11,43% do género feminino. A estação do ano com maior número de suicídios foi a primavera (25 casos) e o mês com mais suicídios foi o mês de maio (10 casos). A faixa etária dos 25-34 anos foi a que teve maior número de suicídios (21 casos) e verificou-se também uma maior percentagem de suicídios em indivíduos casados, comparativamente aos restantes estados civis. O método suicida mais utilizado foi o enforcamento (60%) e o local onde ocorreram foi maioritariamente na residência das vítimas (52,9%). 60% dos indivíduos apresentavam patologia diagnosticada, consistindo em 68,6% em patologia psiquiátrica, maioritariamente depressão, abuso de drogas ilícitas e abuso do álcool. Relativamente às taxas de suicídio, os Açores apresentaram os valores mais elevados na maioria dos anos em estudo, com os Grupos Central e Ocidental a registarem taxas bastante elevadas. O perfil do suicida encontrado, no Grupo Oriental dos Açores, tem características próprias, que o individualizam do perfil antes descrito para o continente português. Este aspeto e as elevadas taxas de suicídio apresentadas nos Açores reforçam a importância da implementação de estratégias de prevenção adequadas e individualizadas.

## **Abstract**

Suicide is one of the biggest problems in the world, and although it is still somewhat misunderstood, it is known that suicide is influenced by multiple variables. Therefore, it is important to characterize the suicide profile in a specific region, in order to find vulnerability factors that can help the creation of preventive strategies. The lack of studies about this thematic in the Azores and the fact that it's already known there are some difference between the reality of the Portuguese islands and mainland, motivated this study. So the main goals were to characterize the profile of the suicide victims autopsied in the Medical Office of Eastern Azores and to compare the suicide rates in Eastern Azores, Portugal, Azores (in general), as well as the other archipelagos that belong to Macaronesia. The suicides that occurred between 2009 and 2014 were analysed and it was made a descriptive analysis of frequencies of the variables in study. The suicide rates for 100.000 persons of Portugal, Azores, Madeira, Canary Islands and Cape Verde were also calculated using the data available in statistical institutes/services. A total of 70 suicides were autopsied between 2009 and 2014, about 88,5% males and 11,43% females. The season with the highest number of suicides was spring (25 cases) and the month with more suicides was May (10 cases). The age range of 25-34 years was the one with the highest number of suicides (21 cases). There was also a highest number of suicides in individuals who were married, comparatively with other marital status. The most common suicide method was hanging (60%) and the place where suicides occur was mostly the residence of the victims (52,9%). 60% of the subjects that committed suicide were previously diagnosed with medical pathology, 68,6% of which with a psychiatric disorder, mostly depression, alcohol and illicit drugs abuse. Regarding suicide rates, Azores revealed the highest numbers in most of the years in study, with Central and Western groups of this archipelago obtaining the highest rates. The suicide profile found in the Eastern group of Azores has particularities and different characteristics comparing to the one previously described for mainland. This aspect and the high suicide rates in Azores strengthen the importance of the implementation of preventive strategies that should be individualized and appropriated for the target population.

## **Palavras-chave**

Suicídio; 2009-2014; Grupo Oriental do Arquipélago dos Açores; Epidemiologia.

## **Keywords**

Suicide; 2009-2014; Eastern group of archipelago of Azores; Epidemiology.



## Introdução

A vida, na sua plenitude é o que torna a medicina numa arte tão complexa e poderosa. O ato de “acabar com a própria vida”, torna-se assim preocupante, pois é exatamente o contrário do que o médico pretende: melhorar a qualidade de vida dos doentes, o máximo que a ciência permita.

O suicídio é um problema de enorme dimensão em todo o mundo com taxas por 100.000 habitantes que variam entre 0,6 e 35,1, segundo a OMS [1]. Por ser um fenómeno ainda tão incompreendido tem vindo a ser alvo de estudo por inúmeros filósofos e cientistas. Para já, sabe-se que o comportamento suicidário é um fenómeno multifatorial, isto é, os fatores predisponentes podem ser genéticos, psicológicos ou ambientais, entre outros [2]. Nas últimas décadas, vários autores têm defendido uma sinergia entre as perturbações psiquiátricas e o ato suicida, uma vez que a vulnerabilidade associada a essas perturbações pode provocar um menor limiar na tentativa de suicídio e aproximar a ideação suicida do ato propriamente dito [3]. Outros fatores de vulnerabilidade que têm sido estudados mais aprofundadamente são a história pessoal de etilismo crónico, a toxicod dependência, o contexto socioeconómico em que o indivíduo se insere, o isolamento social, e também questões ambientais, como a exposição solar, a temperatura e a poluição.

Para a sociedade o ato suicida é o “fim da linha”, ou a “total desesperança”, e gera em torno dos familiares e amigos de indivíduos que cometeram suicídio o sentimento de frustração ou até mesmo de culpa por não terem ajudado o seu ente próximo. Para outros, é considerada uma morte menos digna do que a causada por uma doença crónica, por exemplo, e tudo isto causa um enorme abalo na sociedade, considerando-se que um só suicídio afete pelo menos outras seis pessoas [4].

Deve constituir, então, preocupação de todos os médicos e outros profissionais de saúde, prevenir a ocorrência destas situações, não só através da atuação direta, nas consultas, mas também de uma forma indireta, mas não menos importante, com o ensino da comunidade, de formas de prevenção do suicídio e dos sinais de alarme, até porque o suicídio é considerado uma das causas de morte mais preveníveis em todo o mundo [5].

Torna-se assim fundamental caracterizar o perfil do suicida, ou seja, o conjunto de características que permitem descrever, de forma global, tanto os indivíduos que cometem suicídio, como o próprio ato em si, numa determinada área ou local. Através do estudo desse perfil conseguiremos perceber quem estará em maior risco e de que forma irá, provavelmente, cometer suicídio, ajudando-nos também a avaliar a presença de fatores de vulnerabilidade para a população em estudo e a direcionar a prevenção aos indivíduos alvo. Em Portugal continental, o perfil do suicida aceite é o de um indivíduo de género masculino, com mais de 50 anos, que resida abaixo da linha de Santarém, separado, divorciado, ou viúvo, desempregado ou reformado, com baixos rendimentos e igualmente baixo nível de instrução. Socialmente será um indivíduo isolado e com história de perturbações psiquiátricas, nomeadamente depressão, perturbação da personalidade, etilismo crónico e apresentando concomitantemente outras patologias de outros órgãos ou sistemas. Para além disso, habitualmente já teve ideação ou tentativa suicida anterior, sendo as estações do ano de maior ocorrência de suicídio a primavera ou o verão e os métodos mais utilizados o enforcamento e o envenenamento por tóxicos [6-8]. Este é o padrão apresentado no continente português, sabendo-se contudo que a realidade nos arquipélagos é um pouco diferente [9].

Devido à carência de estudos realizados no Arquipélago dos Açores, e por sermos micaelenses, decidimos então estudar os suicídios autopsiados no Gabinete Médico-Legal e Forense (GMLF) dos Açores Oriental<sup>1</sup>, de forma a caracterizar o perfil dos suicídios aí ocorridos, procurando identificar padrões nas diferentes variáveis: idade, género, estado civil, situação profissional, estação do ano, meio suicida, análises toxicológicas, história pessoal de consumo excessivo de álcool, abuso de drogas, ideação suicida ou tentativa anterior, doença física diagnosticada e perturbação psiquiátrica.

Outro objetivo deste trabalho foi a comparação da taxa de suicídio, no local em estudo, com Portugal (continente + ilhas) e os Açores, no geral, de forma a percebermos se há alguma relação entre os suicídios ocorridos no Grupo Oriental da Região Autónoma dos Açores (RAA) com os sucedidos nos Grupos Central, Ocidental e no país, na sua globalidade. Para além disso, serão também analisadas as taxas de suicídio de outros arquipélagos, nomeadamente os pertencentes à Macaronésia: Madeira, Canárias e Cabo

---

<sup>1</sup> Tem como área de atuação as ilhas de Santa Maria e São Miguel (Grupo Oriental do Arquipélago dos Açores).

Verde, de modo a avaliar se há alguma semelhança em ilhas geograficamente relacionadas.

Serão ainda descritos determinados casos, que pela sua especificidade demonstrem interesse em ser aprofundados e expostos, com mais pormenor, neste trabalho.

## **Materiais e Métodos**

Foram analisados os casos de suicídio autopsiados no GMLF dos Açores Oriental, entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2014. A informação pretendida foi obtida dos relatórios periciais presentes no processo clínico em papel (totalidade dos casos de 2009 e alguns de 2010 e 2011) e na plataforma informática *MEDLEG.NET* (restantes casos de 2010 e 2011 e a totalidade dos casos de 2012 a 2014). Devido a questões éticas, legais e de confidencialidade, estipuladas pela Direção do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), os dados foram recolhidos pela secretária do gabinete em questão e posteriormente enviados para mim.

Os dados foram analisados estatisticamente através do programa *IBM SPSS Statistics 20* (Statistical Package for Social Sciences), tendo sido utilizada a análise descritiva de frequências para as diferentes variáveis em estudo, com a criação de gráficos.

Para o cálculo das taxas de suicídios por 100.000 habitantes foram utilizados os valores da população residente e o número de suicídios ocorridos, nos anos de 2009 a 2013<sup>2</sup>. Os dados referentes a Portugal foram retirados de publicações anuais do *Instituto Nacional de Estatística* (INE), as referentes à RAA de publicações anuais do *Serviço Regional de Estatística dos Açores* (SREA), as da RAM do Anuário Estatístico e Publicações de Saúde da *Direção Regional de Estatística da Madeira* (DREM), as referentes a Cabo Verde, do Relatório Estatístico Anual, publicado pelo *Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde* (INECV) e, por sua vez, as informações relativas às Canárias, foram retiradas da plataforma online, do *Instituto Canario de Estadística* (ISTAC). Os dados referentes à população residente no grupo oriental da RAA foram obtidos também das publicações do SREA e o número de suicídios foram os observados neste trabalho, excluindo apenas 2 casos do total de autopsiados no GMLF dos Açores Oriental, uma vez que os indivíduos em causa eram residentes no Grupo Central da RAA (ilhas Terceira e São Jorge). Os dados relativos aos Grupos Central e Ocidental da RAA, foram os únicos que foram obtidos pela subtração dos valores na RAA e no Grupo Oriental dos Açores.

---

<sup>2</sup> Os dados de 2014, referentes à população e ao número de suicídios, por ainda não terem sido publicados, até à altura de conclusão deste trabalho, não foram incluídos.

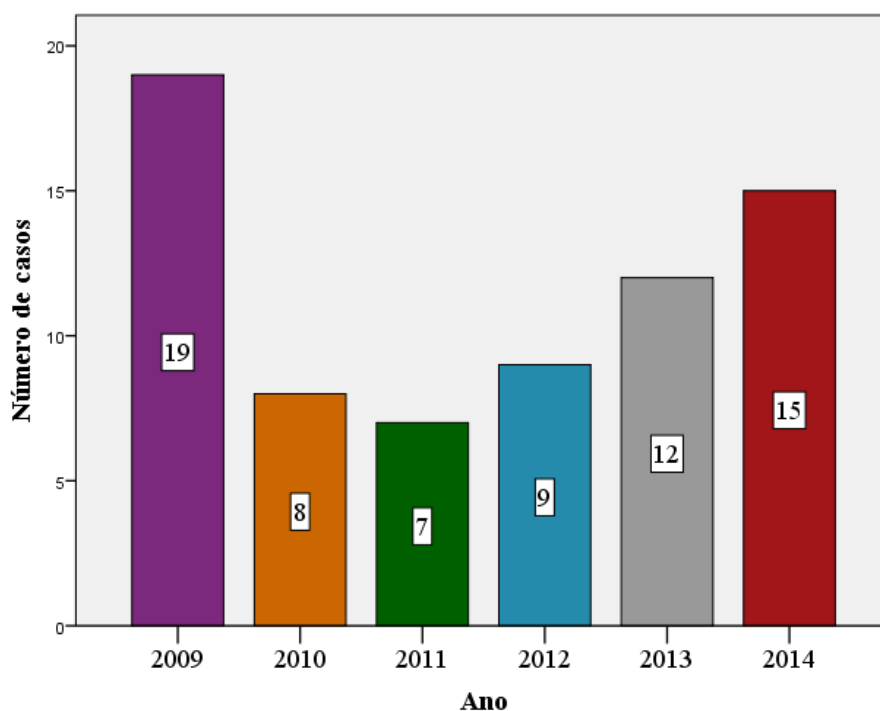
## Resultados

### ▪ Número de Casos em estudo

Foram autopsiados no total 70 casos de suicídio, entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2014, no GMLF dos Açores Oriental.

### ▪ Ano, mês e estação do ano

O maior número de suicídios ocorreu no ano de 2009, com 19 casos autopsiados. O número diminuiu em 2010 e em 2011 (com 8 e 7 suicídios respetivamente), com posterior aumento do número de casos até 2014, altura em que ocorreram 15 suicídios (figura 1).



*Figura 1 – Número anual de casos de suicídio autopsiados, no GMLF dos Açores Oriental.*

O mês de maio foi o que teve maior número de suicídios, com 10 casos no total, seguido de fevereiro e abril, com 8 casos cada. Os meses com menos suicídios foram julho, com 2 casos, seguido de setembro, com 3 casos, e agosto, com 4 casos (figura 2).

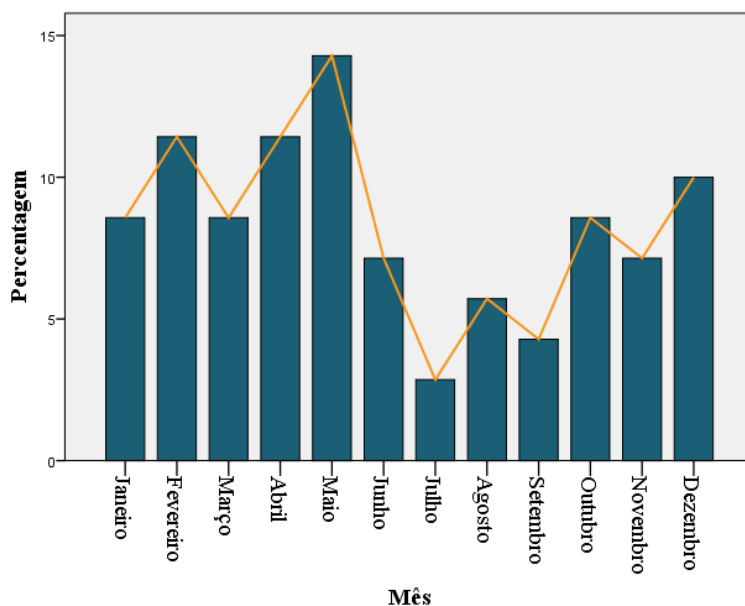


Figura 2- Número de casos de suicídio em cada mês.

Como é possível visualizar na figura 3, a estação do ano com maior número de suicídios foi a primavera (25 casos), seguida do inverno (19 casos), do outono (17 casos) e, por último, do verão (9 casos).

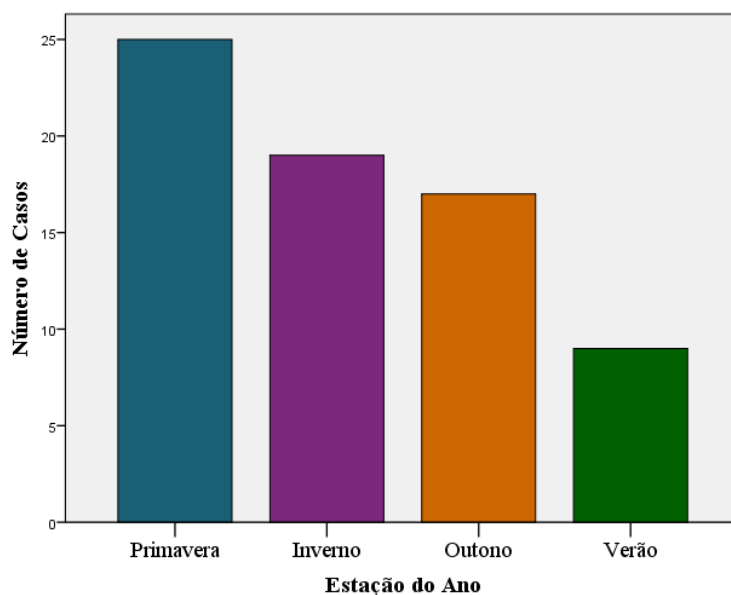


Figura 3 – Número de casos de suicídio em cada estação do ano.

▪ **Local de Residência dos Suicidas**

Relativamente ao local de residência dos indivíduos que cometeram suicídio, nos anos em estudo, verificou-se que 45 viviam na Ilha de São Miguel, residindo 20 no concelho

de Ponta Delgada (28,6%), 12 na Ribeira Grande (17,1%), 6 no concelho da Lagoa (8,6%), 4 em Vila Franca do Campo (5,7%), 2 na Povoação (2,9%) e 1 no Nordeste (1,4%), estando assim os cinco concelhos da ilha representados. Na Ilha de Santa Maria (concelho de Vila do Porto), verificaram-se 3 suicídios, o que corresponde a 4,3% do total de casos.

Em 20 casos (28,6%), a informação relativa ao local de residência dos indivíduos, não se encontrava disponível.

Foram ainda autopsiados no GMLF dos Açores Oriental mais 2 casos: um referente a um indivíduo de Angra do Heroísmo (ilha Terceira) e outro residente nas Velas (ilha de São Jorge).

A figura 4 esquematiza os concelhos de residência dos suicidas.

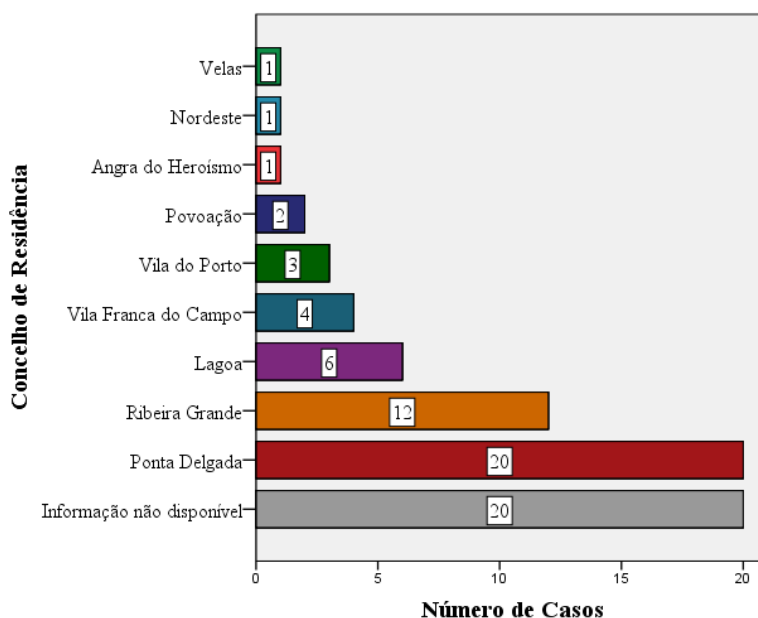


Figura 4 – Número de casos de suicídio segundo o concelho de residência.

#### ▪ Género e distribuição por faixa etária

Dos 70 casos de suicídio em estudo, 62 eram indivíduos do género masculino e 8 eram indivíduos do género feminino, o que corresponde a uma percentagem de 88,57% de homens e 11,43% de mulheres, como mostra a figura 5.

Das 8 mulheres que se suicidaram, dois casos foram em 2009, três em 2012, dois em 2013 e um em 2014, não se verificando portanto suicídios de mulheres, no Grupo Oriental dos Açores, nos anos de 2010 e 2011.

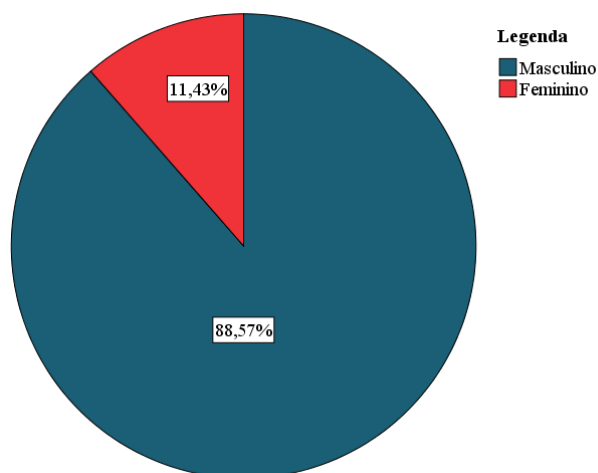


Figura 5 – Percentagem de casos de suicídio por género.

Relativamente às idades com que cometeram suicídio (figura 6), verifica-se que a maior percentagem de casos ocorreram na faixa etária dos 25 a 34 anos, com 30% dos casos (21 suicídios), seguida da faixa etária dos 35 aos 44 anos, com 18,6% dos casos (13 suicídios), e pela faixa dos 45 aos 54 anos, com 15,7% dos casos (11 suicídios). As faixas etárias correspondentes aos 15 a 24 anos e aos 55 a 64 anos tiveram, cada uma, 12,9% do total de casos (9 suicídios), e, por último, a faixa etária com menor número de suicídios foi a de 65 e mais anos, com apenas 10% dos casos (7 suicídios).

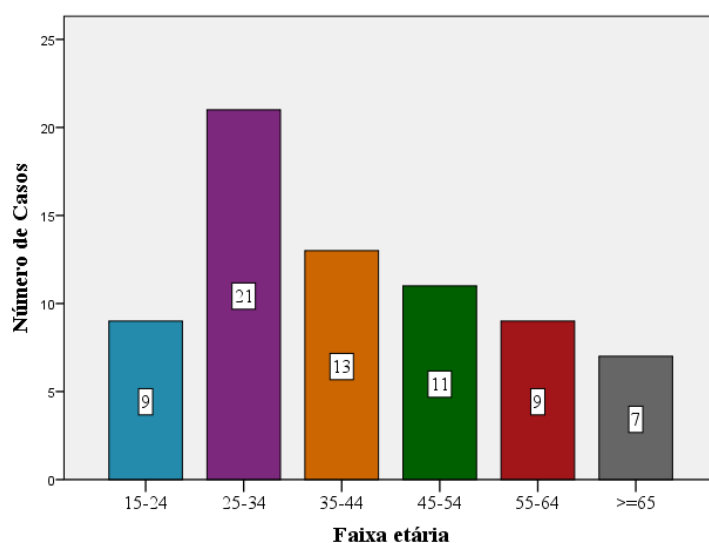


Figura 6 - Número de casos de suicídio em cada faixa etária.



## ▪ Estado Civil

Na figura 7, podemos constatar que a maior percentagem de suicídios ocorreu em indivíduos casados, com cerca de 25 vítimas no total. Da totalidade de casos em estudo, 18 eram ainda solteiros, 3 divorciados, 2 encontravam-se em união de facto e 1 era viúvo. Por fim, 3 indivíduos estavam separados, todos eles em processo de divórcio e com graves conflitos conjugais.

Em 18 relatórios periciais não se encontrava disponível a informação relativa ao estado civil.

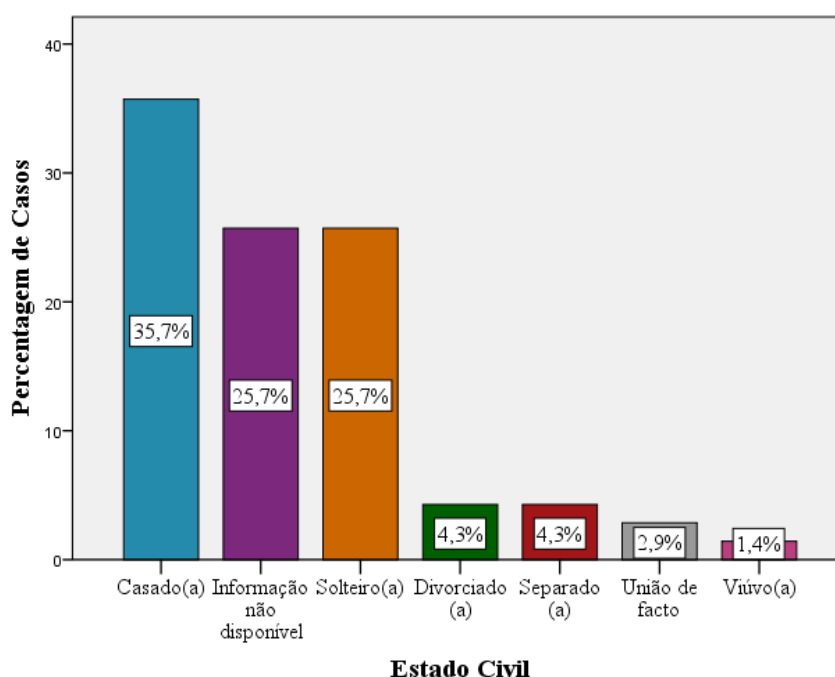


Figura 7 – Percentagem de casos de suicídio segundo o estado civil.

## ▪ Situação Profissional

A situação profissional foi atribuída a cada indivíduo segundo uma lista de 16 itens composta pelas seguintes profissões ou situações profissionais<sup>3</sup>:

1. Área técnica, científica ou similar;
2. Diretor ou quadro superior administrativo;
3. Empregado administrativo ou similar;
4. Construção civil (inclui a profissão de pedreiro, pintor, serralheiro e electricista);

<sup>3</sup> Foi seguida a classificação em vigor no INMLCF e que constava na base de dados do GMLF dos Açores Oriental.

5. Condutor de transportes ou máquinas;
6. Serviços de proteção ou de segurança;
7. Serviços domiciliários, pessoais ou similares (inclui empregadas da limpeza e domésticas);
8. Agricultor ou criador de animais;
9. Pescador;
10. Comerciante ou vendedor;
11. Estudante;
12. Profissionais de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar);
13. Professor;
14. Reformado;
15. Desempregado;
16. Profissão não especificada (nenhuma das situações acima numeradas).

A figura 8 representa a situação profissional dos suicidas, verificando-se que em 11,4% dos casos esta informação não se encontrava disponível nos relatórios, pelo que não foi possível determinar o grupo profissional. Em 18,6% dos casos, a profissão é não especificada, não correspondendo a nenhum dos outros grupos acima assinalados; 15,7% dos indivíduos encontravam-se desempregados; 10% eram reformados; 8,6% trabalhavam na construção civil; 7,1% eram agricultores ou criadores de animais e a mesma percentagem trabalhava numa área técnica, científica ou similar; 4,3% eram estudantes e também seguranças e prestadores de serviços domiciliários ou pessoais; 2,9% eram professores. Por último, 1,4% eram respetivamente comerciantes ou vendedores, condutores de transportes ou máquinas, militares e pescadores.

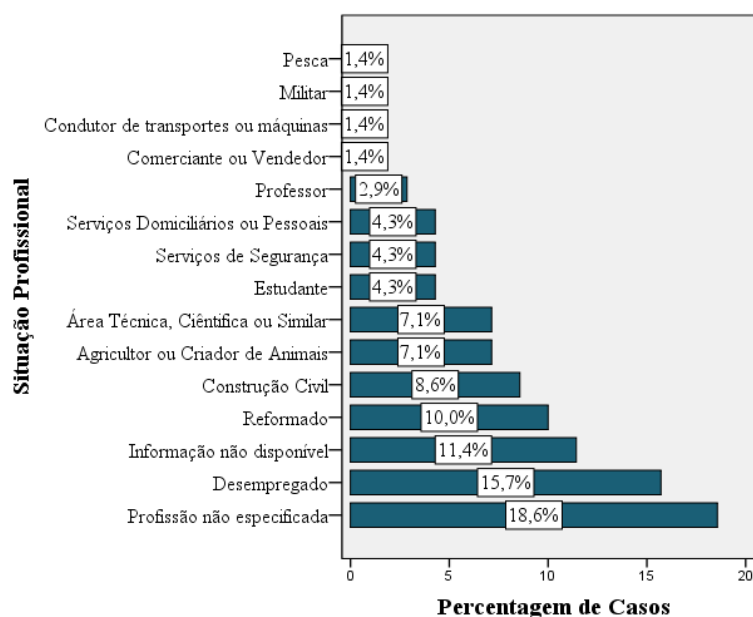


Figura 8 – Situação profissional dos suicidas em estudo.

### ▪ Método suicida

Analisando os métodos utilizados para cometer o ato suicida (figura 9), verifica-se que o enforcamento foi o método mais utilizado, em 42 indivíduos, o que corresponde a 60% dos casos. O 2º método mais utilizado foi a intoxicação medicamentosa, em 10 casos (14,3%); seguidamente a utilização de armas de fogo, em 8 casos (11,4%); a queda de local elevado, em 4 casos (5,7%) e o afogamento, em 2 casos (2,9%). O acidente de viação e a intoxicação por herbicida foram métodos utilizados por apenas 1 suicida, cada, o que corresponde a 1,4%. Em 2,9% dos casos (2 suicídios) o método suicida foi considerado indeterminado.

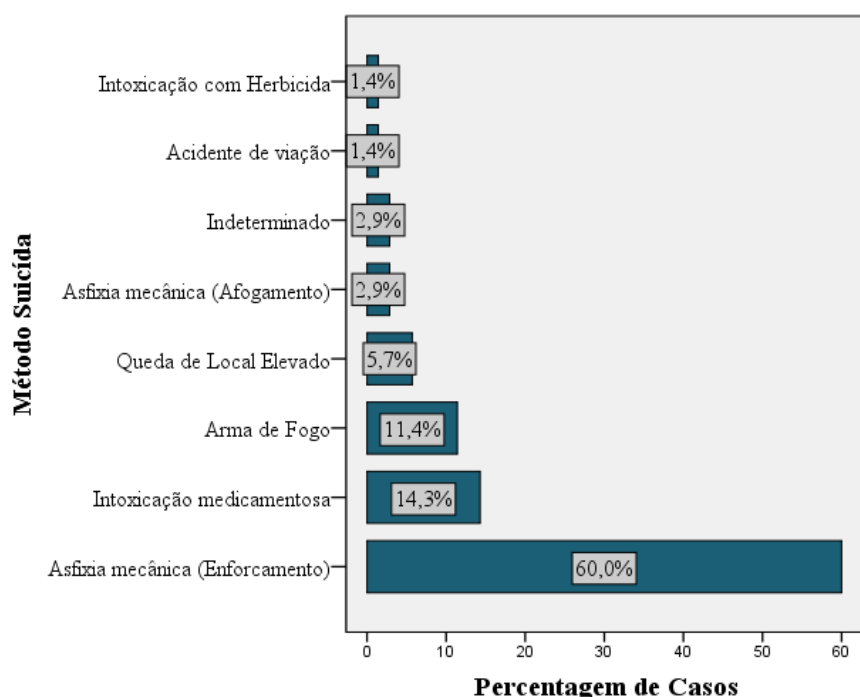


Figura 9 – Métodos suicidas utilizados.

Relativamente à relação dos métodos suicidas utilizados com o género, verificou-se que o enforcamento foi o método mais utilizado pelo género masculino, tendo 41 do total de 62 indivíduos homens (66,1%) utilizado esse método. Seguiu-se a utilização de arma de fogo (8 casos), a intoxicação medicamentosa (5 casos), a queda de local elevado (3 casos), o afogamento (2 casos), o acidente de viação e a intoxicação com herbicida, cada um com 1 caso. Apenas uma situação envolveu método indeterminado.

No género feminino, o método mais utilizado foi a intoxicação medicamentosa, com 5 de um total de 8 casos (62,5%). Para além deste método, foram utilizados em 1 caso cada, o

enforcamento e a queda de local elevado, havendo também uma situação cujo método foi considerado indeterminado.

Na figura 10, pode-se observar os métodos suicidas mais utilizados em cada um dos anos em estudo. O ano de 2009 foi o que teve maior diversidade de métodos utilizados com 8 casos de enforcamento, 4 suicídios por arma de fogo, 3 casos por intoxicação medicamentosa, 2 por queda de local elevado e 2 casos cujo método não foi possível determinar. Em 2010, 5 casos foram por enforcamento, 2 por intoxicação medicamentosa e 1 por arma de fogo. No ano de 2011, houve 4 suicídios por enforcamento e 1 caso, respetivamente, por arma de fogo, afogamento e queda de local elevado. Em 2012, 3 dos casos foram por enforcamento e outros 3 por intoxicação medicamentosa, 1 caso por queda de local elevado, 1 caso por arma de fogo e 1 caso por afogamento. Em 2013, houve 8 suicídios por enforcamento, 2 por intoxicação medicamentosa, 1 por arma de fogo e 1 também por intoxicação com herbicida. Finalmente, em 2014, 14 suicídios foram por enforcamento e apenas 1 por acidente de viação.

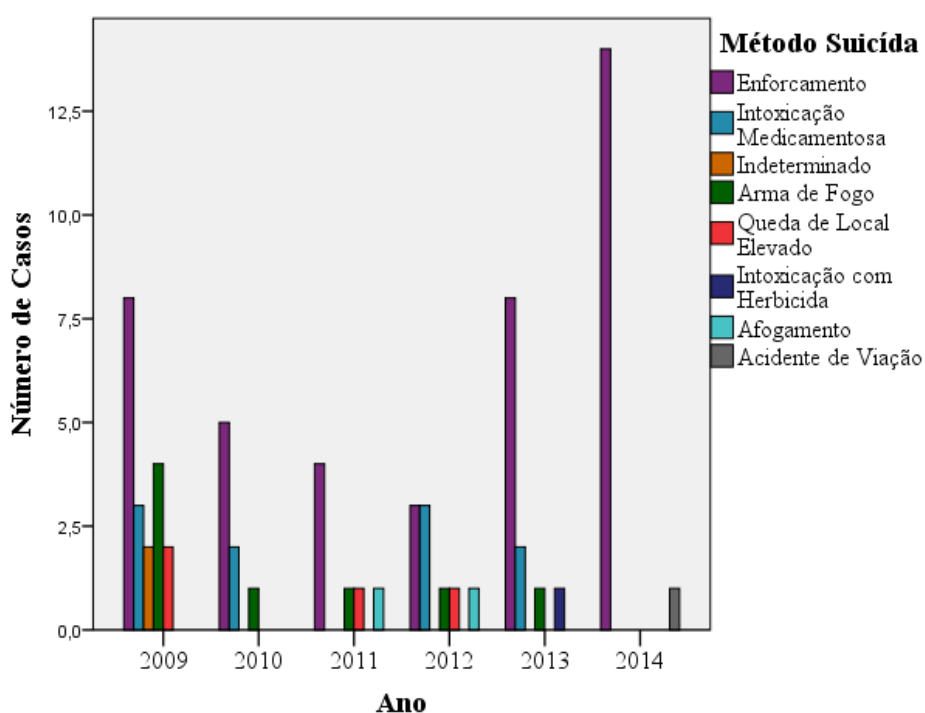


Figura 10 – Distribuição dos métodos suicidas utilizados por cada ano de estudo.

▪ **Local onde ocorreu o suicídio**

Em 37 casos (52,9%) o ato suicida foi cometido na residência das vítimas. Em 10 casos (14,3%) a informação relativa ao local do suicídio, não se encontrava disponível no relatório

pericial. 8 suicídios (11,4%) sucederam em terreno baldio; 3 casos (4,3%) ocorreram numa ponte; 2 tiveram lugar no automóvel, outros 2 em balneário de praia ou desportivo, em embarcação e também na via pública (cada um correspondendo a uma percentagem de 2,9%). O local de trabalho, lagoa, falésia e unidade de saúde foram cada um deles utilizado para um suicídio, nos anos em estudo, (correspondendo cada um a 1,4% do total dos locais utilizados). A figura 11 esquematiza a percentagem de suicídios ocorrida em cada local.

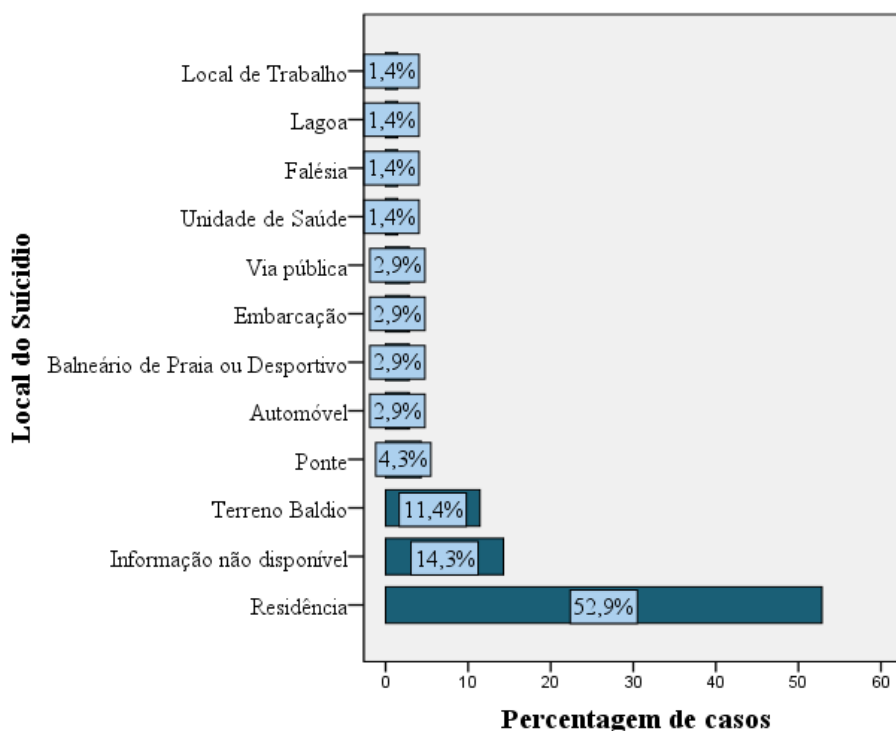


Figura 11 – Local onde ocorreram os suicídios.

#### ▪ Análises Toxicológicas

Em 74,2% do total de casos, 52 indivíduos, não havia informação referente à realização de análises toxicológicas.

Em 9 casos (12,9%) foram detetados nas análises toxicológicas medicamentos, entre os quais benzodiazepinas, anabolizantes, antagonista da Vitamina K, e morfina (nos restantes 5 não foram especificados os fármacos encontrados em análise); 6 indivíduos (8,6%) apresentavam uma taxa de alcoolémia entre 0,12g/L e um máximo de 1,59g/L; e em 3 casos (4,3%) foram detetados respetivamente canabinóides (6ng/mL), paraquat e heroína, desconhecendo-se as concentrações destes últimos dois.

▪ **Antecedentes Pessoais (de doença física e mental)**

Relativamente aos antecedentes pessoais de doença física e/ou mental observou-se que 40% (28 indivíduos) não apresentava patologia diagnosticada ou que esta não era referida no relatório pericial. Dos 60% com patologia diagnosticada (42 indivíduos), como se pode visualizar na figura 12, 68,6% (35 indivíduos) apresentavam perturbação psiquiátrica; 7,8% (4 casos) patologia cardiovascular; 5,9% (3 indivíduos) doença oncológica; 3,9% apresentava, respetivamente, epilepsia, patologia reumatológica, patologia renal e patologia gastrointestinal (cada um correspondendo a 2 casos); e 2% (1 individuo) tinham diagnóstico de patologia infecciosa.

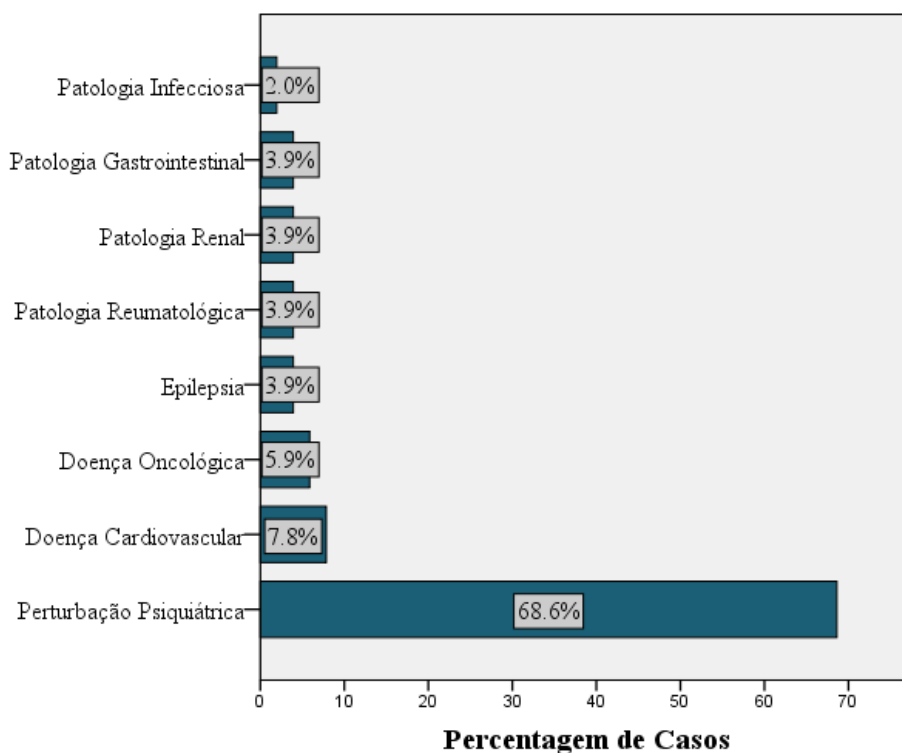


Figura 12 – História pessoal de patologia nos indivíduos que cometeram suicídio.

Considerando apenas as perturbações psiquiátricas apresentadas, verificou-se que 42,6% correspondia a perturbação depressiva; 24,1% apresentava toxicod dependência e a mesma percentagem etilismo crónico; 3,7% sofriam de demência; e 1,9% apresentavam respetivamente esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo e doença bipolar (figura 13).

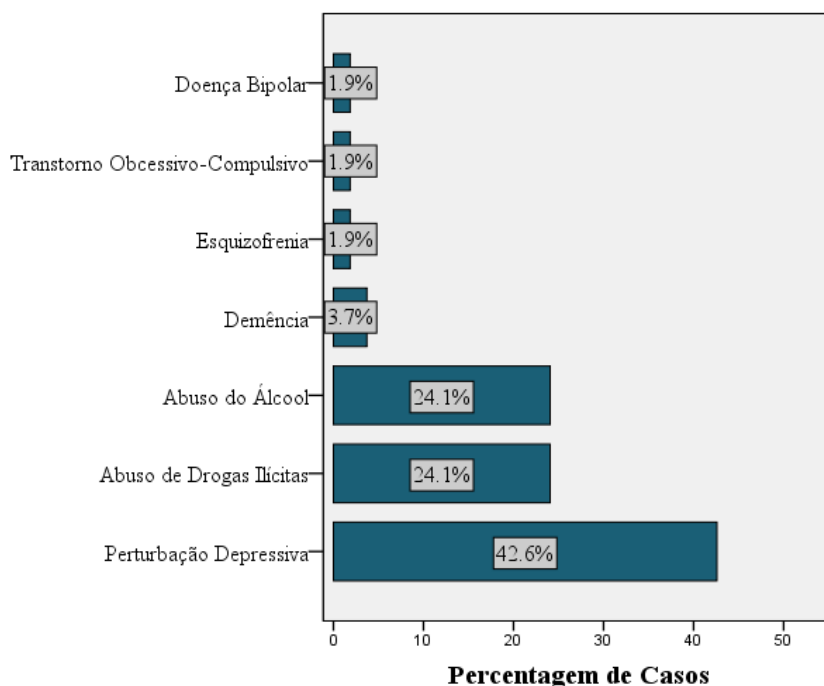


Figura 13 – Perturbações psiquiátricas presentes nos indivíduos que cometeram suicídio.

Relacionando a presença de perturbação psiquiátrica com a faixa etária (figura 14) verificou-se que as faixas etárias com maior número de indivíduos com perturbações psiquiátricas foi a dos 25 a 34 anos (28,6%), seguida da dos 35 a 44 anos (25,7%) e da dos 45 a 54 anos (20%).

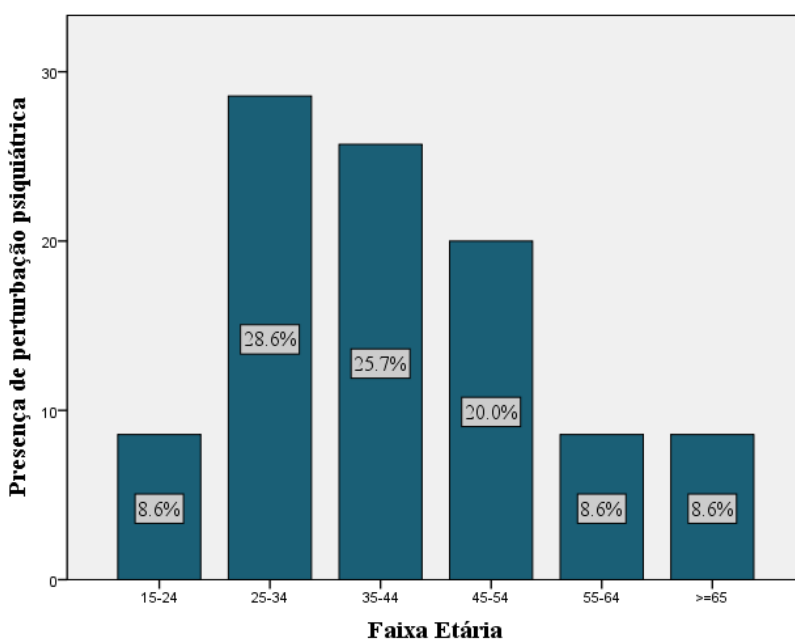


Figura 14 – Percentagem de indivíduos com perturbação psiquiátrica, em cada faixa etária.

▪ **Antecedentes pessoais de etilismo e abuso de drogas**

A figura 15 representa a percentagem de suicidas que apresentavam na sua história pessoal o consumo excessivo de álcool. De salientar, que em 67,1% a informação não foi disponibilizada nos relatórios periciais, pelo que não se conseguiu apurar a presença de etilismo ou não. Em 18,6% havia história de consumo excessivo de álcool e em 14,3% não havia consumo excessivo.

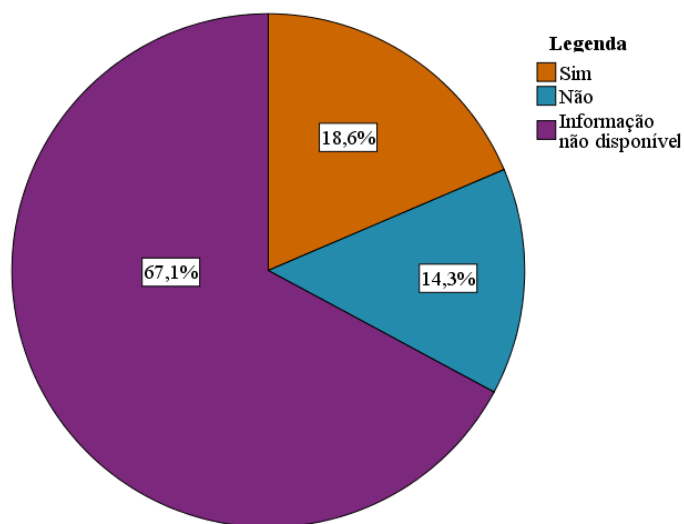


Figura 15 – Percentagem de casos que apresentavam historial de consumo excessivo de álcool.

Dos indivíduos que apresentavam história pessoal de consumo excessivo de álcool, 45,2% pertenciam à faixa etária dos 35 a 44 anos, 30,8% à dos 25 a 34 anos e, por último, 23,1% à dos 45 a 54 anos (figura 16).

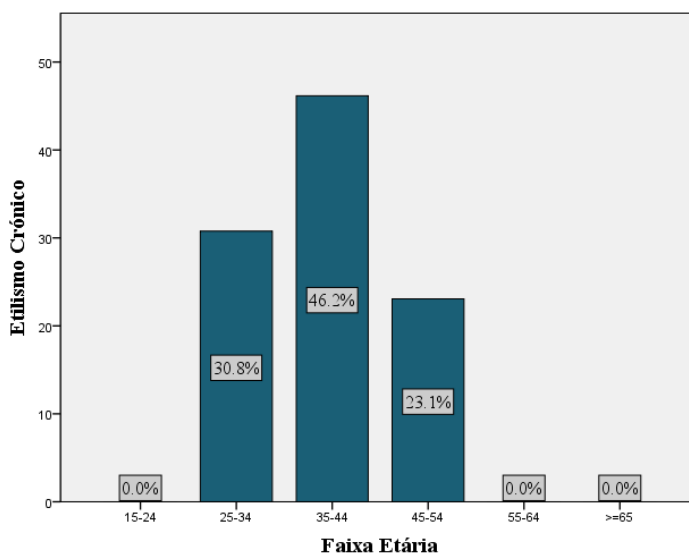


Figura 16 – Percentagem de indivíduos com consumo excessivo de álcool em cada faixa etária.



Relativamente ao consumo de drogas, a análise dos dados permite-nos verificar que 18,57% dos indivíduos eram toxicodependentes; 15,71% não eram consumidores de drogas. Em 65,71% dos casos essa informação não se encontrava disponível nos relatórios periciais (figura 15).

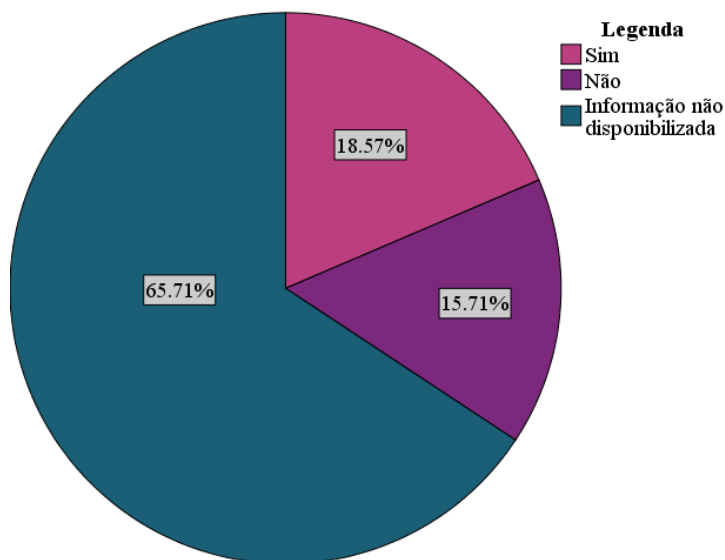


Figura 17- Percentagem de casos com história pessoal de consumo de drogas de abuso.

A figura 18 representa a percentagem de indivíduos toxicodependentes, em cada faixa etária, verificando-se que 38,5% dos toxicodependentes tinham entre 25 e 34 anos, 30,8% tinha entre 15 e 24 anos, 23,1% entre 35 e 44 anos e, finalmente, 7,7%, tinham idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos.

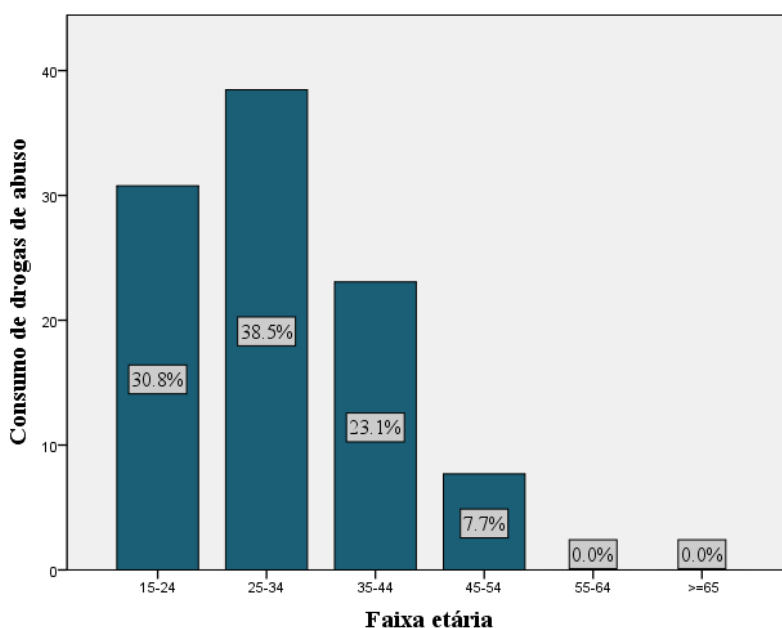


Figura 18 – Percentagem de indivíduos toxicodependentes, em cada faixa etária.

Não foi possível identificar as drogas consumidas em 50% dos casos, devido a falta de informação disponibilizada nos relatórios periciais. Naqueles em que foi possível obter tal informação, 18,8% eram consumidores de heroína; 18,8% eram também consumidores de canabinóides; e 12,5% consumidores de cocaína (figura 19).

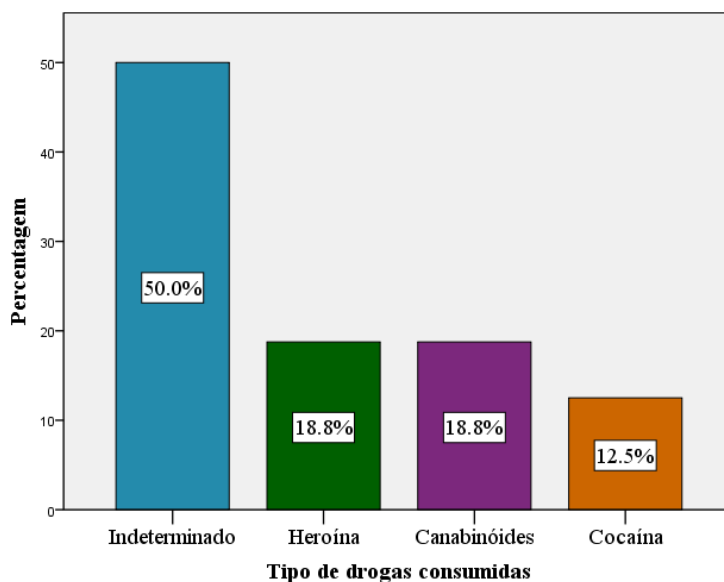


Figura 19 – Tipos de drogas consumidas pelos indivíduos com antecedentes pessoais de abuso de drogas.

- **Presença de isolamento, solidão ou conflitos**

Em 25,7% dos relatórios periciais foi referida a presença de isolamento ou solidão das vítimas. Em 10% dos casos, havia apoio familiar e de amigos, não havendo presença de isolamento social ou solidão e em 64,3% dos relatórios não havia qualquer referência a apoio dos indivíduos e se haveria ou não presença de isolamento ou solidão.

Em alguns relatórios, foi ainda possível identificar a presença de conflitos, entre os quais, conflitos conjugais ou familiares e problemas financeiros. Contudo, estes apenas estavam descritos em 13 casos (18,57%).

- **Ideação suicida ou tentativa suicida anterior**

Na figura 20, verifica-se que 38,6% das vítimas tiveram ideação ou tentativa suicida anterior; em 7,1% não se verificou ideação e tentativa suicida antes do ato

propriamente dito. Em 54,35% não se conseguiu determinar, uma vez que a informação não estava disponível no relatório pericial.

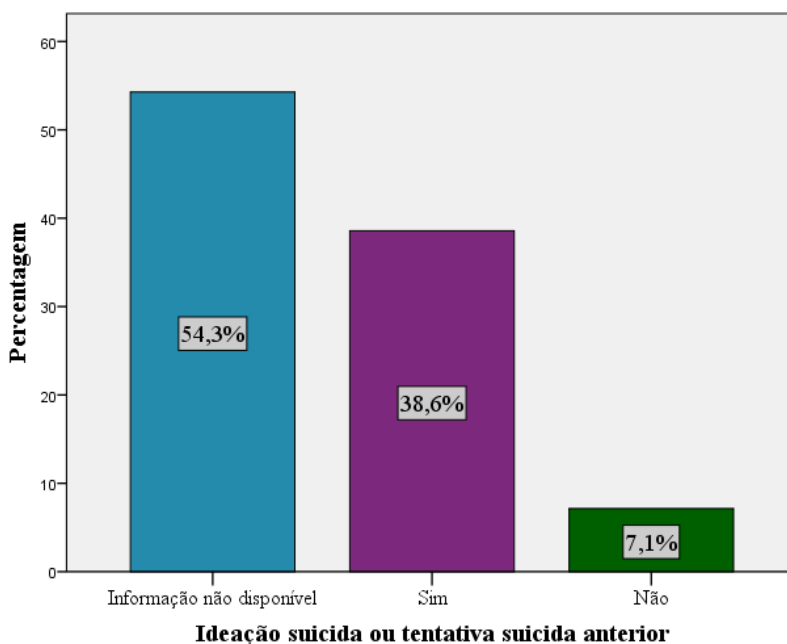


Figura 20 – Percentagem de casos que apresentaram ideação suicida ou tentativa suicida anterior.

- **Comparação das taxas de suicídio em Portugal, Açores, Madeira, Cabo Verde e Canárias**

**Tabela 1** - Taxa de suicídios ocorridos por 100.000 habitantes nos arquipélagos da Macaronésia

	Taxa de suicídios por 100.000 habitantes				
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>RAA</b>	12,23	9,36	15,38	12,12	10,10
<b>RAM</b>	10,51	9,69	7,13	7,98	7,27
<b>Cabo Verde</b>	4,92	4,88	8,20	8,70	7,22
<b>Canárias</b>	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73

Avaliando a tabela 1, que apresenta a taxa de suicídios por 100.000 habitantes, nos 4 arquipélagos que compõem a Macaronésia, entre os anos de 2009 e 2013, verifica-se que:

- Na RAA a taxa de suicídios foi mais elevada em 2011, e apresentou taxas superiores aos restantes arquipélagos nos anos de 2009, 2011, 2012 e 2013;

- b) Na RAM a taxa de suicídios foi mais elevada no ano de 2009 e em 2010 foi o arquipélago que obteve a maior taxa de suicídios, único ano em que a taxa foi superior na RAM do que na RAA;
- c) Cabo Verde apresentou um grande acréscimo na taxa de suicídios em 2011, comparativamente aos anos de 2009 e 2010. O ano em que a taxa de suicídios foi mais elevada foi em 2012;
- d) Por sua vez, as Canárias mantiveram uma taxa relativamente constante, com o maior número de suicídios por 100.000 habitantes a ocorrer em 2012, à semelhança do sucedido em Cabo Verde.

**Tabela 2** – Taxa de suicídios por 100.000 habitantes em Portugal, no geral, e Grupos Oriental, Central e Ocidental da RAA.

	<b>Taxa de suicídios por 100.000 habitantes</b>				
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Portugal</b>	9,53	10,40	9,60	10,16	10,08
<b>Grupo Oriental RAA</b>	12,87	4,99	4,87	6,24	8,09
<b>Grupo Central e Ocidental da RAA</b>	11,37	15,15	30,01	20,32	13,11

Relativamente à tabela 2 observa-se que:

- a) Em Portugal, a taxa de suicídios por 100.000 habitantes foi mais elevada no ano de 2010, mantendo-se os valores relativamente próximos, ao longo dos 4 anos;
- b) O Grupo Oriental da RAA apresentou a taxa de suicídios mais alta do ano de 2009, comparativamente também aos arquipélagos expostos na tabela 1, e houve uma grande flutuação nas taxas, durante os vários anos analisados;
- c) Nos Grupos Central e Ocidental da RAA, houve também uma grande flutuação nas taxas de suicídio, com valores muito elevados nos anos de 2011 e 2012, sendo também neste local, comparativamente aos restantes presentes na tabela 1, onde se observou as maiores taxas de suicídio por 100.000 habitantes dos anos de 2010 a 2013. De verificar, também, que a taxa de suicídios nestes dois Grupos da RAA foram sempre superiores à taxa nacional, no geral.

## Discussão

O perfil do suicida encontrado, no Grupo Oriental da RAA, tem características próprias, que o individualizam do perfil antes descrito para o continente português. A maior incidência numa faixa etária tão jovem é, desde logo, um fator que chama a atenção e traz alguma preocupação, verificando-se o maior número de suicídios em indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos e uma progressiva diminuição do número de casos com o avançar da idade, sendo o número mais baixo visualizado em indivíduos com 65 ou mais anos. Na maior parte dos países europeus e em algumas regiões de Portugal [10], observa-se um perfil em curva ascendente, em que os suicídios aumentam à medida que a idade avança, aliás já Durkheim, psicólogo e sociólogo, no final do século XIX, constatou este padrão [11]. Contudo, o observado neste trabalho é um padrão em curva convexa, com um pico nos jovens adultos, coincidindo com o que se observa em alguns países como a Irlanda, Finlândia e China. Tem-se também observado uma mudança no padrão etário, em alguns países que antes apresentavam maior incidência de suicídios nas faixas etárias mais avançadas e que agora apresentam um pico de suicídios também nos jovens adultos. As justificações que alguns autores dão para esta mudança são o maior número de divórcios, o maior deslocamento de pessoas, alterações da estrutura familiar, maior desenvolvimento urbano e menor religiosidade [12]. Os mais jovens correspondem também a uma maior proporção de indivíduos em idade ativa e que estão em atividade, estando também mais sujeitos a maior competição e fatores de stress [13]. O desemprego e as consequentes dificuldades financeiras são também fatores de risco e podem justificar uma maior instabilidade em adultos que vêm a possibilidade de um futuro melhor comprometida. Avaliando algumas estatísticas, publicadas no SREA, observa-se que a RAA apresenta das taxas de desemprego mais elevadas do país, no entanto, o verificado nos dados em estudo é que a percentagem de suicidas desempregados é inferior à dos empregados, o que demonstra que a falta de emprego pode ser um fator de vulnerabilidade, mas não justifica, por si só, esta incidência tão elevada nos mais jovens. Nos dados analisados, verificou-se também que a presença de perturbações psiquiátricas, o consumo excessivo de álcool e o abuso de drogas, na população em estudo, foram superiores nas faixas etárias mais jovens, e sendo estes também fatores de vulnerabilidade importantes para o comportamento suicida, podem contribuir para a maior incidência nesta faixa etária. Coloca-se agora a questão do porquê

desta diferença tão grande nas idades dos suicidas no continente e nas ilhas de um mesmo país. Talvez a insularidade e a maior ruralidade existente nas ilhas possam contribuir para uma maior instabilidade nos jovens adultos, por falta de oportunidades e menores perspectivas para o futuro e, pelo contrário, as baixas incidências nas faixas etárias mais avançadas se deverem a uma maior estabilidade nos mais idosos, que se encontram enraizados no ambiente e calma das ilhas.

A distribuição dos suicídios por género é similar à observada na maioria dos países desenvolvidos, com taxas bastante superiores para o género masculino. Também o método suicida mais utilizado por cada género segue os padrões habituais, com os homens a utilizar mais métodos violentos, como o enforcamento e as armas de fogo, e as mulheres com maior utilização de métodos não violentos, como a intoxicação medicamentosa. Em dois casos os métodos suicidas foram considerados indeterminados, pelo que será pertinente analisá-los com mais pormenor. Um dos casos refere-se a um indivíduo de género masculino, com 26 anos. Segundo o relatório pericial, a vítima teria feito uma tentativa suicida, por enforcamento, cerca de uma semana antes, na sequência de desavença com a companheira. Deu entrada na urgência do Hospital de Ponta Delgada, no dia 5 de junho, e teve alta no dia seguinte, contra o parecer médico, tendo sido sugerido o seguimento pela psiquiatria. No dia 9 de junho, foi levado para um internamento compulsivo, primeiro no Hospital, sendo depois transferido para a Casa de Saúde de São Miguel, centro assistencial na área de psiquiatria, saúde mental e reabilitação psicossocial, existente na ilha de São Miguel, devido à falta de capacidade de resposta do hospital nestas áreas. Na manhã do dia 11 de junho o indivíduo foi encontrado cadáver no quarto, encontrando-se na cama em posição de decúbito lateral. No processo não havia qualquer referência à autópsia e exames toxicológicos, pelo que não foi possível perceber a causa de morte, sendo apenas o suicídio provável devido à história apresentada. O outro caso de suicídio com método indeterminado foi o de uma senhora, de 38 anos, empregada de café. Apresentava antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crónica, não cumprindo o tratamento proposto. Para além disso, apresentava também etilismo crónico descompensado. Nas análises toxicológicas foi detetado *Cumatetralil*, um antagonista da Vitamina K. A informação que me foi entregue não apresentava dados relativos à autópsia psicológica, referindo apenas que “conjugando as informações disponíveis com os achados do exame autóptico, conclui-se que a morte foi devida a suicídio, não sendo possível descartar homicídio”. Ora, estes casos revelam

algumas falhas de informação: no primeiro, relativamente à autópsia médico-legal, propriamente dita, e no segundo, relativamente à autópsia psicológica. A primeira deve incluir o exame do local, da documentação, do vestuário, o exame externo e interno do cadáver e os exames complementares, como as análises toxicológicas; a segunda tem como objetivo tentar clarificar determinadas mortes, essencialmente as indeterminadas pelos métodos referidos acima, através da reconstrução dos “antecedentes pessoais e familiares do falecido, os traços da sua personalidade, o seu estilo de vida, a dinâmica familiar e sócio-profissional, as experiências recentes potencialmente traumatizantes, a sua conduta nos dias que precederam imediatamente a morte e as circunstâncias em que esta viria a ocorrer” [13].

Ainda relativamente aos métodos utilizados, de salientar os dois casos de suicídio que ocorreram por queda de precipício, numa mesma ponte do concelho do Nordeste. Embora, não faça parte do estudo, em 2015 já ocorreram mais suicídios na referida ponte. Muito provavelmente trata-se do denominado fenómeno de imitação ou “Fenómeno de Werther”, sendo, por isso, importante adotar estratégias de prevenção de suicídios no local, como a colocação de uma vedação na ponte ou a realização de campanhas, como por exemplo, a colocação de cartazes com os números das linhas de apoio anti suicídio, na referida zona.

Quanto ao estado civil, o que se verificou foi uma realidade bastante diferente de outros países, em que os casados apresentam as taxas de suicídio mais baixas e os solteiros, viúvos e essencialmente os divorciados apresentam as taxas mais elevadas. De salientar que em 25,7% dos casos analisados a informação relativa ao estado civil não se encontrava disponível, percentagem essa que podia mudar o panorama geral. Contudo, o observado foi que a percentagem de suicidas casados é bastante elevada e a de divorciados bastante baixa. Uma justificação para isto pode ser o facto de nas ilhas, devido à maior religiosidade e por ser um ambiente mais pequeno e fechado para o exterior, haver mais casamentos indesejados ou então mais conflitos não relatados e frustração conjugal ou dever-se, por exemplo, a problemas financeiros e à sensação de incapacidade dos indivíduos para sustentar a família. Portanto, ao contrário do defendido na literatura, no Grupo Oriental da RAA o casamento não parece ser um fator protetor para o suicídio.

O número de suicídios sofreu algumas variações nos anos em análise, com 2009 a obter o maior número de casos. De 2011 a 2014 houve um aumento progressivo no número de comportamentos suicidas e em 2014 houve a segunda maior taxa de suicídios.

Uma justificação para este aumento poderá ser a situação económica do país, até porque se sabe que o suicídio é a causa de morte que mais aumenta em períodos de resseção económica [14], havendo uma aparente correlação entre esses períodos de resseção e os comportamentos suicidas [15-17]. As medidas de austeridade acentuaram-se em Portugal no ano de 2011, com progressivos cortes orçamentais nos anos seguintes que podem ter contribuído para um agravamento da situação socioeconómica dos indivíduos e com consequente aumento do número de suicídios. Contudo, não é possível afirmar haver uma correlação direta da crise em Portugal e o suicídio na RAA.

Quanto ao local de residência das vítimas, mais uma vez a falta de dados nos processos releva a insuficiência de informação elementar nos relatórios periciais. Do que se pôde constatar, a maioria dos indivíduos que cometeram suicídio residiam nos concelhos mais populosos das ilhas em estudo. Contudo, dois dos suicidas autopsiados no GMLF dos Açores Oriental eram residentes no Grupo Central da RAA, que apresenta um GMLF próprio, pelo que esses casos serão descritos de seguida. Um deles, ocorrido em 2009, correspondeu a um indivíduo do género masculino, com 44 anos, electricista de profissão, que disparou uma arma de fogo na região fronto-parietal direita no seu local de residência que, como não teve morte imediata, foi transferido do Hospital de Angra do Heroísmo para o Hospital de Ponta Delgada, onde veio a falecer mais tarde. Foi, por isso, autopsiado no GMLF dos Açores Oriental. O outro caso refere-se a um indivíduo, também do género masculino, de 40 anos, que era pescador. Encontrava-se no barco de pesca, em serviço, quando ocorreu o ato suicida, por intoxicação medicamentosa, e devido à embarcação estar mais próxima da ilha de São Miguel foi autopsiado no GMLF dos Açores Oriental.

A presença de doenças nos antecedentes pessoais, com especial enfoque para as perturbações psiquiátricas, tem-se revelado um fator de risco importante para os comportamentos suicidários [18-21]. De facto, verificou-se uma maior percentagem de casos com patologias diagnosticadas e dessas a maioria eram perturbações psiquiátricas. De acordo com a *Classificação Internacional de Doenças – CID 10*, o abuso de álcool e drogas foram considerados, neste trabalho, um tipo de perturbação psiquiátrica, contribuindo portanto para a sua percentagem de casos. A perturbação depressiva foi, no entanto, a que apresentou maior percentagem nos casos analisados, mas, devido à falta de informação, não foi possível perceber, em números concretos, quantos tinham seguimento em consultas de psiquiatria e se encontravam a fazer tratamento. Estes seriam



dados interessantes para compreendermos se o acompanhamento destas pessoas foi realizado, ou se as estratégias para prevenção de suicídio não foram de todo utilizadas, ou se foram, mas se revelaram insuficientes.

A variação do suicídio com as estações do ano tem sido muito estudada verificando-se na maioria dos estudos sobre o tema um pico de suicídios na primavera, o que também se observou neste trabalho, com o maior número de casos a ocorrer no mês de maio. As justificações sugeridas para este aumento da incidência na primavera são muitas, como por exemplo, ser consequente a uma descompensação das perturbações psiquiátricas, particularmente das perturbações do humor, que tendem a agravar-se nessa estação do ano [22]. O Professor Carlos Braz Saraiva descreve mesmo que “No outono o humor depressivo está em sintonia com a natureza (triste por dentro, triste por fora), na primavera o contraste é acentuado (triste por dentro, alegre por fora). E isto tornaria a dor psicológica mais intolerável” [6]. Contudo, é defendido também uma menor incidência de suicídios no inverno, o que não se verificou de todo, no Grupo Oriental da RAA, com esta estação a ocupar o segundo lugar na incidência de atos suicidas; e o verão, que deveria apresentar um elevado número de suicídios, foi a estação com menos suicídios ocorridos.

Para além da influência das doenças mentais, também as variações de temperatura, a precipitação, a nebulosidade e a exposição aos raios solares são fatores que se considera alterarem os padrões suicidas, embora ainda não haja um consenso sobre a forma como atuam [2,23–25]. As conclusões a que se chega com este trabalho é que a distribuição sazonal dos suicídios no Grupo Oriental da RAA, embora tenha semelhanças com o que se observa em outros locais, como a maior incidência na primavera, apresenta particularidades na distribuição pelos restantes meses do ano, que devem ser melhor estudadas em futuros estudos. Até porque, o clima nos Açores é bastante distinto, uma vez que é influenciado pelo *Anticiclone dos Açores*, o que resulta em elevados níveis de humidade do ar, temperaturas amenas, taxas de insolação pouco elevadas, chuvas abundantes e um regime de ventos ligeiramente vigorosos [26]. Assim, uma justificação para a elevada incidência de suicídios no inverno e no outono poderá ser o facto de nesses meses haver maior precipitação, menor exposição solar e a temperatura ser mais baixa, enquanto no verão, estação em que se verifica o menor número de suicídios, as temperaturas encontram-se mais altas, existe uma maior exposição solar, menor nebulosidade nas ilhas, e também menor precipitação.

Um dos objetivos deste trabalho consistia, também, em fazer a comparação das taxas de suicídio da RAA com outros locais, nomeadamente com os restantes arquipélagos que compõem a Macaronésia. O que se verificou foi que os arquipélagos portugueses apresentam sempre taxas mais elevadas comparativamente aos outros dois, com os Açores em primeiro lugar em três dos quatro anos avaliados e demonstrando taxas, também muitas vezes superiores às nacionais, presentes na tabela 2. Os dados referentes a Cabo Verde, obtidos de publicações do INECV, revelaram-se, contudo, um pouco duvidosos, uma vez que na tabela com os óbitos ocorridos por causas externas eram considerados em separado, o suicídio, os enforcamentos e a asfixia mecânica e sufocação, não sendo perceptível o porquê desta distinção. Os valores utilizados foram apenas os correspondentes ao suicídio, pelo que não é possível perceber se as taxas obtidas para Cabo Verde estarão corretas.

Comparando o Grupo Oriental da RAA com os grupos Central e Ocidental, constituídos por ilhas de menores dimensões do que São Miguel, também com menos população e, no geral, mais rurais, verifica-se uma disparidade muito grande nas taxas de suicídio, em alguns anos, com os grupos Central e Ocidental a obter valores, em 2011 e 2012, bastante elevados, pelo que seria importante percebermos se o perfil do suicida nas restantes ilhas açorianas é semelhante ao encontrado neste trabalho e avaliar também os fatores de vulnerabilidade mais aprofundadamente, de forma a criar estratégias de prevenção mais adequadas.

Este estudo apresentou como principal limitação a falta de informação nos relatórios periciais disponibilizados, especialmente daquela informação que se obtém através do que habitualmente se designa por autópsia psicológica. Contudo, também dados mais básicos e elementares, fundamentais para a identificação das vítimas e dados relativos à autópsia médico-legal, falharam muitas vezes. Fica assim, como resultado também deste estudo, o apelo a que haja uma melhor descrição da informação em relatórios periciais futuros e também para que se realizem outros estudos na RAA, no futuro, desta vez englobando mais ilhas e um maior período de tempo.

## Conclusões

1. O perfil do suicida encontrado, nos casos autopsiados no GMLF dos Açores Oriental, corresponde a um indivíduo do género masculino, com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos, casado, residente na ilha de São Miguel, com antecedentes pessoais de patologias diagnosticadas e com provável perturbação depressiva.
2. O método suicida utilizado foi o enforcamento, habitualmente cometido no local de residência, durante a primavera ou o inverno, em especial nos meses de maio, fevereiro e abril.
3. Existiu frequentemente tentativa ou ideação suicida anterior.
4. Tendo em conta o perfil encontrado e as elevadas taxas de suicídio na RAA, comparativamente a outros arquipélagos e a Portugal, no geral, estratégias de prevenção adequadas e individualizadas devem ser implementadas. O Plano Regional de Saúde para os anos de 2014 a 2016 apresenta algumas estratégias como: a criação de equipas multidisciplinares de saúde mental que possam intervir em situações de crise e façam a gestão integrada dos casos, com especial enfoque nos grupos vulneráveis; a implementação dos cuidados de saúde mental no sistema regional de saúde, ao nível dos cuidados primários, hospitalares e continuados; e a implementação de redes de referência de saúde mental. Assim, com a implementação destas medidas e de outras, que se venham a revelar necessárias, espera-se que seja possível a redução das taxas de suicídio nos Açores, nos próximos anos.
5. Verificaram-se substanciais insuficiências na informação constante dos relatórios de autópsia no GMLF dos Açores Oriental, justificando-se uma particular atenção relativamente a esta realidade.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira pela forma como prontamente me recebeu como sua orientanda e por todo o seu contributo, disponibilidade e ajuda na realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Francisco Côrte-Real agradeço também todo o apoio prestado.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, agradeço por me ter possibilitado a realização deste estudo e à Dra. Rosa Soares pelo envio dos dados, pois sem ela não teria sido possível concluir este trabalho.

Agradeço ainda ao Vítor, aos meus pais, irmã, restante família e amigos, pois o seu apoio e incentivo são muito importantes para mim e foram muito úteis durante a realização deste trabalho.

## Referências Bibliográficas

1. Malakouti SK, Davoudi F, Khalid S, Ahmadzad Asl M, Moosa Khan M, Alirezai N, et al. The Epidemiology of Suicide Behaviors among the Countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO: a Systematic Review. *Acta Med Iran*. 2015;53(5):257–65.
2. Grudet C, Malm J, Westrin Å, Brundin L. Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood. *Psychoneuroendocrinology*. Elsevier Ltd; 2014;50:210–9.
3. Kumar D, Nizamie SH, Abhishek P, Prasanna LT. Identification of suicidal ideations with the help of projective tests: A review. *Asian J Psychiatr*. Elsevier B.V.; 2014;12:36–42.
4. Who. *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. 2000.
5. Dixon P, Sinyor M, Schaffer A, Levitt A, Haney C, Ellis K, et al. Association of Weekly Suicide Rates with Temperature Anomalies in Two Different Climate Types. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(11):11627–44.
6. Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual - Sociedade Portuguesa de Suicidologia [Internet]. *Psiquiatria Clínica*. 2010 [cited 2015 Sep 28]. Available from: <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>
7. Nogueira PJ, Silva AJ, Ferreira S. *Saúde em Números 2013*. DGS. 2013;
8. Dias D, Mendonça MC, Real FC, Vieira DN, Teixeira HM. Suicides in the Centre of Portugal: seven years analysis. *Forensic Sci Int*. 2014;234:22–8.
9. Veiga FA da. O Suicídio em Portugal [Internet]. 2002 [cited 2015 Sep 28]. Available from: <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/96-o-suicidio-em-portugal>
10. Sampaio D, Telles-Correia D. Suicídio nos mais velhos: Fundamental não esquecer! *Acta Med Port*. 2013;26(1):1–2.
11. Durkheim É. *O Suicídio - Estudo de Sociologia*. Martins Fontes, editor. São Paulo; 1999. 85-99 p.

12. Saraiva CB. Estudos Sobre o Para-Suicídio - o que leva os jovens a espreitar a morte. 1ª ed. Redhorse, editor. Portugal; 2006.
13. Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, Oliveira A, Carvalho Á de, Melo AC de, et al. Comportamentos Suicidários em Portugal. 1ª ed. Suicidologia SP de, editor. Portugal; 2006.
14. Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald a. P, Perry IJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis. *Int J Epidemiol*. 2015;1–9.
15. Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J psychiatry*. 2015;5(2):243–54.
16. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the “Eurozone periphery.” *Soc Sci Med*. Elsevier Ltd; 2015;145:63–78.
17. Santana P, Costa C, Cardoso G, Loureiro A, Ferrão J. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health Place*. Elsevier; 2015;35:85–94.
18. Julião M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B. Prevalence and factors associated with desire for death in patients with advanced disease: Results from a portuguese cross-sectional study. *Psychosomatics*. Elsevier Inc.; 2013;54(5):451–7.
19. Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neurosci Biobehav Rev*. Elsevier Ltd; 2013;37(10):2372–4.
20. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders-Who, When, and Why? *Can J Psychiatry*. 2014;59(3):120–30.
21. Dinis-Oliveira RJ, Carvalho F, Duarte JA, Dias R, Magalhães T, Santos A. Suicide by hanging under the influence of ketamine and ethanol. *Forensic Sci Int*. 2010;202(1-3):e23–7.
22. Postolache TT, Mortensen PB, Tonelli LH. Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of mood disorders. NIH. 2010;

23. Hiltunen L, Haukka J, Ruuhela R, Suominen K, Partonen T. Local daily temperatures, thermal seasons, and suicide rates in Finland from 1974 to 2010. *Environ Health Prev Med*. 2014;ePub(ePub):ePub – ePub.
24. Ajdacic-Gross V, Lauber C, Sansossio R, Bopp M, Eich D, Gostynski M, et al. Seasonal Associations between Weather Conditions and Suicide--Evidence against a Classic Hypothesis. *Am J Epidemiol*. 2006;165(5):561–9.
25. Preti A, Miotto P. Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy. *Psychiatry Res*. 1998;81(2):219–31.
26. GeoAçores. Geoparque Açores [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://www.azoresgeopark.com/cores/clima.php>