UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

TAINAH DOVIZINSKI REIS

ANÁLISE DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUICIDAS NA CIDADE DE TUBARÃO NOS ANOS DE 2013 A 2018

Tubarão

2019

TAINAH DOVIZINSKI REIS

ANÁLISE DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUICIDAS NA CIDADE DE TUBARÃO NOS ANOS DE 2013 A 2018

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Linha de pesquisa: Justiça e Sociedade.

Orientador: Profª. Keila Comelli Alberton, Esp.

Tubarão

2019

TAINAH DOVIZINSKI REIS

ANÁLISE DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUICIDAS NA CIDADE DE TUBARÃO NOS ANOS DE 2013 A 2018

Esta Monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Bacharel em Direito e aprovada em sua forma final pelo Curso de Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 27 de junho de 2019.

Professora e orientadora Keila Comelli Alberton, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Suzana Pereira Claudino, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Claudio Damaceno Paz, MSc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico este trabalho a minha família que com uma paciência ímpar, me acalentavam e por diversas vezes, me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos que de alguma forma, colaboraram para que este sonho se tornasse possível.

Agradeço primeiramente a minha família, que desde o início, me deram apoio e suporte para que eu não desistisse de tudo que eu almejava e para conquistar minha formação acadêmica.

A minha mãe e ao meu namorado, que sempre “aturaram” as minhas crises e me acalmavam em meio à loucura em que eu me encontrava. A Deus, que diante dos diversos obstáculos que tive nesta caminhava, me manteve firme e forte.

A minha orientadora, Prof. Keila Comelli Alberton, suas “loucuras”, sem dúvidas me ajudaram desde o início do curso.

E aos meus colegas de sala que sempre se fizeram presente, em especial à Maria Júlia de Oliveira Marcírio, Iasmin Izidório Elias, Alexsander Matheus Schmitz, que por diversas vezes me incentivaram e me motivaram.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo, analisar o perfil dos suicidas na região de Tubarão nos anos de 2013 a 2018, através de boletins de ocorrência e inquéritos policiais. Quanto ao nível, a pesquisa classificou-se como descritiva. Quanto ao método de abordagem utilizado foi quantitativo, sendo demonstrados gráficos e comparados com os dados nacionais e com relação ao método de procedimento, classifica-se como documental e bibliográfica, em razão da análise em livros e inquéritos policiais. O corpus da pesquisa será a análise em 34 (trinta e quatro) inquéritos policiais e boletins de ocorrência, que envolvam jovens, adultos e idosos que se suicidaram nos anos de 2013 a 2018. Com relação ao instrumento de coleta de dados, será apresentada uma tabela, sendo preenchida conforme a análise no material mencionado e posteriormente, apresentada nesta pesquisa, através de gráficos. De acordo com o que foi analisado através dos boletins de ocorrência e inquéritos policiais, foram obtidas informações acerca dos aspectos sociodemográficos e psicológicos dos 34 indivíduos que se suicidaram entre os anos de 2013 a 2018, gerando desta forma um perfil. Com relação aos aspectos sociodemográficos, o principal perfil foram homens (74%), faixa etária de 39-55 anos (35%), aposentados (21%), ensino fundamental incompleto (35%), solteiros, divorciados ou viúvos (53%), 65% possuíam filho, 44% não tinham vícios, 73% se suicidaram na própria residência, 88% optaram pelo método de asfixia por enforcamento. Destes indivíduos suicidas, 17/34 nunca teriam tentado cometer suicídio. Em relação à religião, os familiares ou amigos, não informaram durante as investigações sendo 91% dos casos, da mesma forma a respeito do seguro de vida, 64% dos familiares ou amigos, não informaram se os indivíduos possuíam ou não, por fim, 79% dos familiares ou amigos, estavam cientes da condição emocional do indivíduo. Com relação aos aspectos psicológicos dos suicidas, 68% tinham depressão, 47% não realizavam acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e por fim, 56% faziam uso de medicamentos. Os resultados apresentados no presente trabalho, demonstram que há números consideráveis acerca do suicídio na cidade de Tubarão/SC. Tendo em vista de que, não houve trabalhos ou pesquisas relacionadas ao suicídio nesta urbe, nos anos de 2013 a 2018, espera-se que os dados obtidos com a pesquisa monográfica, auxiliarão em trabalhos, pesquisas e projetos futuros, inclusive em trabalhos referentes à prevenção de tal ato, haja vista de que hoje, é considerado como uma questão de saúde pública.
Palavras-chaves: Suicídio. Aspectos sociais. Tubarão/SC.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the profile of suicides in the region of Tubarão in the years of 2013 to 2018, through news bulletins and police inquiries. As for the level, the research was classified as descriptive. As for the method used was quantitative, being shown graphs and compared with the national data and in relation to the procedure method, it is classified as documentary and bibliographic, due to the analysis in books and police inquiries. The corpus of the research will be the analysis in 34 (thirty-four) police inquiries and incident reports, involving young people, adults and elderly people who committed suicide in the years of 2013 to 2018. With regard to the data collection instrument, a table, being filled according to the analysis in the mentioned material and later, presented in this research, through graphs. According to what was analyzed through police bulletins and police inquiries, information was obtained about the sociodemographic and psychological aspects of the 34 individuals who committed suicide between the years of 2013 and 2018, thus generating a profile. As for sociodemographic aspects, the main profile was men (74%), 39-55 years (35%), retired (21%), incomplete elementary school (35%), single, divorced or widowed (53%), 65% had children, 44% had no vices, 73% committed suicide at home, 88% opted for the method of suffocation by hanging. Of these suicidal individuals, 17/34 would never have attempted suicide. Regarding religion, relatives or friends, did not report during the investigations being 91% of the cases, in the same way with regard to life insurance, 64% of family members or friends did not report whether individuals had or did not, finally, 79% of family members or friends were aware of the individual's emotional condition. Regarding the psychological aspects of suicides, 68% had depression, 47% did not undergo psychological or psychiatric and finally, 56% used drugs. The results presented in the present study demonstrate that there are considerable numbers about suicide in the city of Tubarão/SC. Considering that there were no studies or work related to suicide in this city in the years of 2013 to 2018, it is expected that the data obtained with the monographic research will assist in future studies, research and projects, prevention of such an act, given that today, it is considered as a public health issue.
Keywords: Suicide. Social aspects. Tubarão/SC.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do suicídio por faixa etária 43
Gráfico 2 - Distribuição do suicídio por gênero 44
Gráfico 3 - Distribuição por grau de instrução 47
Gráfico 4 - Distribuição do suicídio por estado civil 48
Gráfico 5 - Distribuição do suicídio por descendentes 49
Gráfico 6 - Distribuição do suicídio por religião 50
Gráfico 7 - Distribuição do suicídio por vícios 51
Gráfico 8 - Distribuição do suicídio por seguro de vida 51
Gráfico 9 - Distribuição do suicídio por tentativas anteriores 54
Gráfico 10 - Distribuição por familiares cientes ou não da condição 55
Gráfico 11 - Distribuição do suicídio por acompanhamento psiquiátrico ou psicológico 56
Gráfico 12 - Distribuição do suicídio por uso de medicamentos 57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de casos por profissão..... 46
Tabela 2 - Distribuição do suicídio por local do óbito 52
Tabela 3 - Distribuição do suicídio pelo método utilizado no ato..... 53
Tabela 4 - Distribuição do suicídio por doença ou transtorno mental..... 55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E DELIMITAÇÃO DO TEMA 13
1.2 JUSTIFICATIVA 13
1.3 OBJETIVOS 15
1.3.1 Geral **15**
1.3.2 Específicos **15**
1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 15
1.5 DESENVOLVIMENTO: ESTRUTURAÇÃO DOS CAPÍTULOS 17
2 SUICÍDIO: ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS 18
2.1 CONCEITUAÇÃO DE SUICÍDIO 18
2.2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E RELIGIOSAS ACERCA DO SUICÍDIO 19
2.3 O SUICÍDIO COMO UM TRANSTORNO MENTAL 21
2.4 SUICÍDIO E TABUS CULTURAIS 22
2.5 O SUICÍDIO NA VISÃO DE ÉMILE DURKHEIM 23
2.5.1 Espécies de suicídio **23**
2.5.2 Suicídio como uma monomania **26**
2.6 EPIDEMIA DO SUICÍDIO 27
3 O SUICÍDIO NO ORDENAMENTO JURÍDICO 30
3.1 SUICÍDIO NO CÓDIGO PENAL 30
3.1.1 Induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio **31**
3.1.1.1 Causas de aumento de pena 33
3.1.2 Pacto de Morte **34**
3.2 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS 35
3.2.1 Dignidade da pessoa humana **35**
3.2.2 Princípio da Autonomia **36**
3.3 O DIREITO À LIBERDADE 37
3.3.1 Ortotanásia e “suicídio assistido” **38**
3.3.2 Hipótese do "direito à morte digna” ou direito de morrer” **39**
4 ANÁLISE DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUICIDAS NA CIDADE DE TUBARÃO NOS ANOS DE 2013 A 2018 41
4.1 MÉTODOS 41
4.2 DADOS DA CIDADE DE TUBARÃO/SC 42

4.3 ANÁLISE DE DADOS 42
4.3.1 Aspectos sociodemográficos 43
4.3.1.1 Faixa etária 43
4.3.1.2 Gênero 44
4.3.1.3 Profissão 45
4.3.1.4 Grau de instrução 47
4.3.1.5 Estado civil 48
4.3.1.6 Descendentes 49
4.3.1.7 Religião 49
4.3.1.8 Vícios 50
4.3.1.9 Seguro de vida 51
4.3.1.10 Local de consumação do ato 52
4.3.1.11 Método de auto eliminação 52
4.3.1.12 Já havia tentado? 53
4.3.1.13 Família estava ciente da condição? 54
4.3.2 Aspectos psicológicos 55
5 CONCLUSÃO 58
REFERÊNCIAS 60
APÊNDICES 65
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 66
ANEXOS 67
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 68

1 INTRODUÇÃO

A palavra suicídio deriva do latim, com a união das palavras sui e caedes e significa ação de matar a si mesmo. Palavra esta, considerada pela primeira vez em 1737, uma consternação, levando a pessoa a tirar a própria vida. Émile Durkheim, em 1897, criou a obra chamada “O suicídio”, que basicamente, gerou um estudo de casos referentes ao título da obra apresentada. Durkheim (2000, p. 14), diz que o suicídio é um ato realizado pela pessoa que queria e sabia que geraria tal resultado.

Segundo Botega (2015, p. 30), no ano de 1990, o suicídio passou a ser considerado um problema a ser afrontado na área da saúde pública. De forma contínua, através de alguns programas, a Organização Mundial da Saúde e a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio, consideraram o dia 10 de setembro de 2003, como o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, dando origem ao setembro Amarelo.

Convém observar que, com a mídia tratando a respeito, em filmes, séries e novelas, acaba ocasionalmente estimulando, pessoas que já queiram/pensam em tirar a própria vida. Sendo tratado como um tabu, não se fala com tanta frequência sobre o suicídio em locais públicos, o que teria de ser expressamente significativo, pelo motivo de que o quanto antes descoberto tais pensamentos, necessita-se de uma intervenção profissional, afirma Botega. (2015, p. 273)

Hoje o suicídio, é uma das maiores causas de mortes no mundo, atingindo, desde crianças até adolescentes, que muitas vezes, não sabendo lidar com algum estresse, acaba cometendo tal ato por motivo fútil, no entanto, a mortalidade prevalece nos idosos com mais de 70 anos de idade, e em relação a etnia, os indígenas encontram-se com a maior taxa, todavia, com a faixa etária de 10 a 19 anos. (BRASIL, 2017, p. 3-14-16)

Conforme Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2011 a 2015, 55.649 pessoas vieram a óbito por suicídio, sendo a maior parte, pessoas do sexo masculino, 8,7 por 100 mil habitantes, um número quatro vezes maior do que pessoas do sexo feminino, sendo 2,4 por 100 mil habitantes. Além disso, pessoas com mais de 70 anos, caracterizam 8,9 por 100 mil habitantes, comprovando ser o maior índice. (BRASIL, 2017, p. 7-8)

Do mesmo modo, dados divulgados também pelo Ministério da Saúde em setembro de 2017, afirmam que o suicídio, é a quarta maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos, entre homens da mesma faixa etária, é a terceira maior causa e entre mulheres, é a oitava. Em média, um total de onze mil mortes por ano. (BRASIL, 2017, p. 4)

Em relação às tentativas de suicídio, as mulheres ficam na frente, com um total de 48.204 (quarenta e oito mil, duzentos e quatro) casos, sendo 58% por envenenamento ou intoxicação. Estes métodos de tirar a própria vida são os mais utilizados, ficando na frente de objeto perfuro cortante e enforcamento. (BRASIL, 2017, p. 8)

Conforme exposto por Maliska e Wallauer (2012, p. 121), após uma tentativa de suicídio, tal pessoa é internada, visto que é nítido seu sofrimento. A pessoa, que tentou suicidar-se, estando internada, acaba por conversar e manter contato com pacientes ou médicos, desta forma, algumas palavras ou ações, podem levá-la a acreditar que tirar a própria vida, seria a melhor saída para tal situação. No Código Penal, uma pessoa que induz, instiga ou auxilia, levando outra a suicídio, tem uma pena prevista, com alguns agravantes, conforme o artigo dispõe:

> Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:
> Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.
> Parágrafo único - A pena é duplicada:
> Aumento de pena
> I - se o crime é praticado por motivo egoístico;
> II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência. (BRASIL, 1940)

Por iguais razões, tem-se como exemplo um profissional da saúde mental, dependendo do modo como este exprimir, ou conduzir a conversa com um paciente, pode levar a pessoa a convencer-se ou não de que deve tirar a própria vida, sendo estes profissionais, responsáveis pelas suas palavras.

Por outro enfoque, as crenças culturais, muitas vezes, influenciam extremadamente a pessoa a cometer tal ato, entretanto, conforme Alvarez (1999) citado por Maliska e Wallauer (2012, p. 28), quem tirava sua própria vida, teria um espírito inquieto, tal fato, causou aos outros medo e terror, gerando desta forma, um tabu.

É sabido que todos, um dia, chegarão ao seu fim, isto é inevitável, porém, de acordo com o princípio da dignidade da pessoa humana, a pessoa tem o direito e liberdade de tirar a própria vida, para então manter sua dignidade, tem-se como exemplo, uma pessoa com doença terminal, no qual a sua decisão, deve ser respeitada. (MÖLLER, 2008, p. 165)

Do mesmo modo, Botega (2015, p. 93), entende que quando a pessoa entra em desespero, talvez, não tenha como entrar em um acordo, para que esta não cometa suicídio:

> [...] a combinação de desespero e desesperança leva à necessidade de um alívio rápido: a cessação da consciência para interromper a dor psíquica. Na crise suicida, o estado de construção cognitiva não permite opções de ação para enfrentar os problemas.

Segundo Chachamovich et. al (2009), citado por Maliska e Wallauer (2012, p. 85), “um recente artigo publicado na Revista de Psiquiatria Brasileira faz um levantamento de pesquisas sobre depressão e suicídio confirmando que as características clínicas da depressão estão relacionadas a casos de suicídio e comportamento suicida”.

Concluídas as premissas, é evidente que o suicídio, conforme Botega (2015, p. 300), deve continuar sendo tratado como uma questão de saúde pública, e não como um tabu. Parentes, médicos ou pessoas próximas da vítima, devem ter um conhecimento do transtorno, depressão ou outro tipo de doença, assim, gerando um grande passo para a prevenção do ato.

De acordo com Durkheim (1982, p. 25), “[...] na constituição individual ou, pelo menos, na constituição de uma classe importante de indivíduos, houvesse uma propensão, de intensidade variável segundo regiões, que arrastasse diretamente as pessoas ao suicídio”.

Ademais, tendo em vista os aspectos observados, algumas cidades contam com uma maior concentração de casos por suicídio, como a cidade de Tubarão no estado de Santa Catarina.

Destarte, a presente pesquisa, tem como intuito, apresentar gráficos, com análise em boletins de ocorrência e inquéritos policiais, demonstrando o perfil sociodemográfico, bem como o sexo do suicida, a faixa etária, se possuía grau de instrução, ou até mesmo, se fazia tratamento psicológico, entre outros aspectos, na cidade acima mencionada.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E DELIMITAÇÃO DO TEMA

Quais os aspectos e perfis sociodemográficos dos suicidas, na comarca de Tubarão no período de 2013 a 2018?

1.2 JUSTIFICATIVA

O objeto do presente estudo, “suicídio”, é visto atualmente, como uma das maiores causas de mortes no Brasil e no mundo, de forma que segue aumentando expressivamente o número de casos, com o passar dos anos. Sendo um tema deveras polêmico, empregado em filmes e livros, ainda sim, é brevemente discutido por ser considerado um tabu. Em conformidade a isso, o suicídio, causa um impacto descomunal na vida dos familiares, a dor que um suicida deixa a todos, não é algo simples de se lidar, mas a crise e a angústia que a pessoa sente, antes de cometer tal fato, é desproporcional, se for comparar, conforme entende Botega:

> A crise pode levar ao colapso existencial, acarretando vivências de angústia e desamparo, de incapacidade e esgotamento, de falta de perspectiva de solução. Se ela ultrapassar a capacidade pessoal de reação e adaptação, pode aumentar a vulnerabilidade para o suicídio, que passa a ser visto como solução única para uma situação insuportável. (BOTEGA, 2015, p. 13)

Após breve análise, percebe-se que a região sul de Santa Catarina não possui fartos casos de estudos alusivos ao suicídio. Desta forma, realizando algumas pesquisas dos casos de suicídios em umas cidades do sul de Santa Catarina, através de boletins de ocorrência, a cidade de Tubarão, obteve números consideráveis comparada com as demais comarcas.

Por esta razão, a pesquisa monográfica tem por finalidade, apresentar números exclusivamente de suicídios consumados na comarca mencionada, nos anos de 2013 a 2018, não abrangendo tentativas de suicídio, além disso, terá como intuito demonstrar que o tema deve continuar sendo tratado como uma questão de saúde pública e ainda, sendo apontado como um problema sociodemográfico, conforme o entendimento de Maliska e Wallauer (2012, p. 15):

> Devido à sua característica multifacetada, o suicídio é um fenômeno que deve ser enfrentado através de iniciativas interdisciplinares e intersetoriais, que reúnam as áreas da saúde, assistência social, educação, justiça, dentre outras tantas iniciativas governamentais e não governamentais.

Émile Durkheim, em 1897, trouxe sua obra, chamada “O suicídio”, para que as pessoas entendessem que tal fato, é um acontecimento da vida, que isso irá acontecer de uma forma ou de outra. Já Maliska e Wallauer (2012, p. 13) afirmaram que “[...] não são apenas os jovens as únicas vítimas do suicídio, os demais grupos com altas cifras são os adultos de até trinta e cinco anos e os idosos”, conforme comprovado por diversos dados publicados pelo Ministério da Saúde. Desta forma, entende-se que o suicídio está presente em qualquer faixa etária, sendo um dos pontos analisados nesta pesquisa.

Destarte, observou-se que este estudo, de forma quantitativa, sensibilizaria e exibiria para outras pessoas a realidade dos suicidas, demonstrando um perfil sociodemográfico, qual seja a faixa etária predominante, a renda, o sexo da pessoa, o estado civil, se possuía seguro de vida, entre outros fatores, e assim, servindo de alerta, podendo salientar diversas pessoas, como podemos aos poucos, prevenir tal fato.

Antes o exposto, a pesquisa monográfica, tem como base, boletins de ocorrência e inquéritos policiais já instaurados e livros e artigos para melhor elucidação da história do suicídio até os dias atuais.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Analisar o perfil dos suicidas na região de Tubarão nos anos de 2013 a 2018, através de boletins de ocorrência e inquéritos policiais.

1.3.2 Específicos

Conceitualizar a palavra suicídio.

Dissertar acerca da história do suicídio e de seus aspectos sociológicos e epidemiológicos.

Discutir sobre o suicídio ser tratado como uma questão de saúde pública.

Abordar a relação do suicídio no ordenamento jurídico brasileiro e seus aspectos relevantes.

Analisar o perfil sociodemográfico dos suicidas, por meio dos elementos anteriormente apresentados, de modo que interfiram na sociedade, estimulando pessoas a desejarem a prevenção e a diminuição dos casos.

Verificar se os dados dos fatores predominantes, colhidos através de boletins de ocorrência e inquéritos policiais, influenciam ou possuem relevância para levar outras pessoas ao suicídio.

Analisar os aspectos psicológicos e psiquiátricos, que podem estar associados à prática do suicídio.

Apresentar os dados coletados e comparar com os dados nacionais, a fim de verificar se está de acordo com o que fora demonstrado em artigos e gráficos.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Quanto ao nível, a pesquisa monográfica, identifica-se como descritiva, de modo que descreve características de determinada população ou fenômeno a partir da associação de variáveis. Na presente pesquisa monográfica, será demonstrado a associação de variáveis para então, se ter um conhecimento dos dados de suicídio, demonstrando a realidade acerca de tal tema, conforme entende Leonel e Marcomim (2015, p. 13), “[...] conhecer uma determinada realidade, interpretando-a sem buscar mudanças em seu contexto, sem modificá-la”.

Com relação ao método de abordagem, a pesquisa identifica-se como quantitativa, assim entendendo Leonel e Marcomim (2015, p. 27, “As pesquisas quantitativas normalmente traduzem seus resultados em tabelas e gráficos, exigindo uma descrição dos indicadores que são apresentados”. Sendo o problema da pesquisa, analisar, através de boletins de ocorrência e inquéritos policiais, na Central de Plantão Policial da comarca de Tubarão no Estado de Santa Catarina, o perfil sociodemográfico dos suicidas nos anos de 2013 a 2018.

Do mesmo modo, em relação ao procedimento, a pesquisa será realizada pelo método bibliográfico e documental. Bibliográfico, haja vista a análise e o posicionamento de doutrinadores e pessoas, através de livros, artigos, sites online, a respeito do suicídio. E documental, em razão da análise, visando demonstrar o problema de saúde pública que é o suicídio atualmente e devido a coleta de dados em boletins de ocorrência e inquéritos policiais, objetivando apresentar o perfil do suicida, sendo disponibilizados pela Polícia Civil.

Sob o mesmo ponto de vista, com relação ao corpus do presente projeto, serão analisados, em torno de 34 (trinta e quatro) Boletins de Ocorrência e Inquéritos Policiais, dos últimos cinco anos, envolvendo jovens, adultos e idosos que tiraram a própria vida, na comarca de Tubarão do Estado de Santa Catarina, entre os anos de 2013 a 2018.

Em conformidade a isto, o instrumento da coleta de dados será realizado por meio de uma tabela, no qual irá sendo preenchida conforme a análise nos boletins de ocorrência d nos inquéritos policiais. A tabela será organizada com fatores sociodemográficos, de forma que, possa ser realizado o levantamento dos perfis dos suicidas, sendo analisada, a faixa etária, o sexo, a profissão, o grau de instrução, se a vítima tomava alguma medicação ou tinha algum vício, se a família sabia da atual condição, entre outros.

Considerando que a pesquisa não será feita de forma direta com os seres humanos, prevê riscos mínimos, sobretudo os relacionados a identificação dos sujeitos do estudo. Todavia todas as medidas serão tomadas para que seja garantido o anonimato dos participantes, não há possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa.

Tendo em vista que o presente trabalho envolve seres humanos, mas de forma indireta, uma vez que, será analisado apenas documentos, este será submetido à aprovação do Comitê de Ética e pesquisa da Unisul (CEP – Unisul), com a apresentação do seguinte documento: Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas, bem como o cronograma a ser realizado durante a elaboração da presente pesquisa.

1.5 DESENVOLVIMENTO: ESTRUTURAÇÃO DOS CAPÍTULOS

O desenvolvimento da pesquisa se dividiu em três capítulos. O primeiro capítulo, contém uma análise história, sociológica e epidemiológica do suicídio. Considerações acerca da teoria de Émile Durkheim, o suicídio sendo tratado como um transtorno mental e como um tabu cultural, e uma análise dos dados epidemiológicos no aspecto global e no Brasil.

O segundo capítulo, conta com a interpretação do suicídio no ordenamento jurídico, analisando o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio e suas causas de aumento que estão previstos no artigo 122 do Código Penal e os princípios constitucionais que tenham qualquer relação com o suicídio. Ainda, foi realizada uma análise ao pacto de morte, ao suicídio assistido, ortotanásia e ao direito de morrer.

Importante mencionar que acerca dos princípios constitucionais e as análises ao pacto de morte, ao suicídio assistido e ao direito de morrer, serão abordados para que possa ser demonstrada a relação do ordenamento jurídico com a vida humana.

No terceiro capítulo, serão analisados os perfis sociodemográficos dos suicidas registrados na cidade de Tubarão/SC no período de 2013 a 2018. Visa apresentar os perfis dos suicidas, ou seja, as informações pessoais, sendo analisados por meio de porcentagem e comparados com os dados no Brasil e em Santa Catarina. E o último capítulo, a conclusão do trabalho.

2 SUICÍDIO: ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

No presente capítulo, será averiguado, com base teórica, o fenômeno chamado suicídio, de modo que, serão apresentados alguns aspectos históricos e sociológicos, o suicídio sendo tratado como um transtorno mental e ainda, se o suicídio, nos dias atuais, é considerado um tabu, por fim, será analisada a epidemia do suicídio no aspecto global, em especial, os dados do Brasil.

2.1 CONCEITUAÇÃO DE SUICÍDIO

"O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal", conforme entende a Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014, p. 09)

De acordo com Botega (2015, p. 12), o suicídio é comentado desde o século XVII, possuindo diversas definições e conceitos, porém, apenas uma ideia central, o ato de terminar com a própria vida. Neste sentido, Pedroso (1995, p. 201), entendeu que o suicídio é:

> [...] também denominado autoquiria ou auticídio, conceituado como a deliberada destruição da própria vida. Consiste na morte ou exício que alguém dá a si mesmo, eliminando e ceifando sua existência. É a voluntária deserção da vida, realizada por ato próprio.

A psicóloga Maria Aparecida Crepaldi, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, mencionou no livro "Suicídio" de Alina Wallauer e Maurício Eugênio Maliska (2012, p. 14):

> O suicídio assume diferentes significados em função da subjetividade de cada pessoa que o utiliza como forma de enfrentamento dos dissabores da vida, dizimando-a violentamente, assim como de um contexto social dado. É nesse contexto que este trágico evento deve ser compreendido. Ele pode tanto ser resultado de situações temporárias, como aquelas relativas à defesa da honra, indo até a revelação de uma patologia grave.

O suicídio, pode ainda ser entendido como "a morte de si mesmo". De início, este conceito pode aparentar ser satisfatório, porém, ao estudar afundo, analisando causas da morte e fatores relacionados à esta, podemos observar que se trata de um conceito abundantemente amplo. (CASSORLA, 2018, p. 11)

Durkheim (2000, p. 15), em sua obra chamada "O suicídio", entendeu que "chama-se suicídio todo caso de morte que resulta, direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, executado pela própria vítima, e que ela sabia que deveria produzir esse resultado".

2.2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E RELIGIOSAS ACERCA DO SUICÍDIO

A palavra suicídio passou a ser utilizada apenas no século XII, anteriormente, era empregado o termo “morte voluntária”, conforme afirmado pelo Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 16). Neste sentido, Celva (2016, p. 365), afirmou que “O suicídio é um fenômeno universal, presente em toda a história humana”

Netto, na obra “suicídio e os desafios para a psicologia” do Conselho Federal de psicologia (2013, p. 79), afirma que muitas pessoas, acreditavam e ainda acreditam que se suicidando, não irão para um lugar específico depois da sua morte e sim, que vão para um lugar ruim, desta forma, acaba gerando um sofrimento maior ainda.

Ao falar em religião, o autor, anteriormente citado, Netto (2013, p. 79), do Conselho Federal de Psicologia, menciona que no antigo testamente, houve diversas mortes voluntárias, tendo como exemplo Sansão e Abimelec, contudo, não ocorreu nenhum juízo negativo de valor.

De acordo com Botega (2015, p. 40), a crença em religiões e culturas, pode afetar de forma significativa, a decisão de um suicida. Conforme entende o autor, o Judaísmo menciona o quinto mandamento da lei, que afirma ser proibido matar, mas não faz menção a atentar contra a própria vida. No protestantismo, Lutero acreditava que as pessoas se suicidavam, por conta do demônio. Na religião islâmica, o Alcorão, sendo o livro sagrado do Islã, condena os suicidas, sendo assim, apresentam poucos casos de suicídio.

Em conformidade a isso, Botega (2015, p. 41-42) mencionou sobre a religião do Budismo e do xintoísmo, no qual, afirmava que, na China, a pessoa que se suicidava, com a intenção de vingança, frente a um inimigo, era uma pessoa honrosa, um ato a ser honrado. Já os evangélicos pentecostais, a igreja realiza cultos, voltados para a cura física e emocional e solução para os problemas afetivos. A religião do espiritismo encara o suicídio como a maior infelicidade que recai sobre o espírito, neste sentido:

> As preocupações políticas e econômicas frente ao suicídio, tanto na Grécia Antiga quanto em Roma, eram valorizadas e discutidas. Em Atenas, os cidadãos que não desejavam mais viver, deveriam explicitar suas razões ao Conselho. Caso esse autorizasse, seria fornecida cicuta para que o cidadão concretizasse a própria morte. (MALISKA; WALLAUER, 2012, p. 30)

Algumas tribos primitivas consideravam o suicídio como um ato de bravura e honra, a exemplo, os vikings – guerreiros da Escandinávia, para entrar no *Valhalla* (paraíso), era necessário morrer, de forma honrosa, mais especificamente em uma guerra ou batalha, do mesmo modo, em algumas tribos africanas, onde escravos e guerreiro se suicidavam, afim de

reencontrar seu Rei no paraíso, conforme menciona Alvarez (1999) citado por Maliska e Wallauer (2012, p. 28).

Além de morte honrosa, o suicídio já foi considerado um ato altruísta e necessário por muitas culturas. Para os esquimós, escandinavos, samoanos e algumas comunidades indígenas americanas, o suicídio era encorajado e aceito entre doentes e idosos, conforme afirma Jaminson (1999), citado por Maliska e Wallauer. (2012, p. 29)

Neste sentido, fuga da escravidão desonra e idades avançadas são alguns dos diversos "motivos" que se tem registro dos casos de suicídios antigamente. No caso de idade avançada, a pessoa se suicidava com o intuito de não ser um fardo para seu povo, gerando um ato de honra e altruísmo. (BOTEGA, 2015, p.18)

Conforme menciona Alvarez (1999), citado por Maliska e Wallauer (2012, p. 29-30), Aristóteles, Platão e Sócrates, entendiam que o suicídio, era um desrespeito aos deuses e ao estado. Inicialmente, Sócrates e Aristóteles eram contra o suicídio, já Platão, defendeu o suicídio em casos de doenças terminais e sofrimento intolerável.

"O suicídio, ao longo da história da humanidade, já foi tolerado, aceito e admirado, como também discriminado, punido e condenado" (MALISKA; WALLAUER, 2012, p. 27), insta constar que, diferentemente do que foi explicitado, Celva (2016, p. 367), afirma que antigamente, o suicídio, na igreja era um pecado grave, mas que hoje, o suicida é um considerado um sofredor:

> O que inibia um pouco os suicídios era a influência da Igreja, que sempre considerou um pecado Gravíssimo.
> Só recentemente, com o aumento do número de casos, é que se foi consolidado a ideia de que esse é um problema de saúde pública. Não mais se considera o suicida um pecador condenado, mas um sofredor desesperado.

Cassorla (2018, p. 28), afirmou que muitas pessoas, acreditam na vida após a morte, e necessariamente, está ligada na comunicação com os mortos, levando assim, as pessoas a acreditarem em sua crença, em sua religião. Em consideração a isso, é arcaico as pessoas desejarem a ressurreição, e a religião demonstra essa necessidade para os seres humanos.

Com relação aos dias atuais, é evidente que a história e a religião, ainda afetam a sociedade podendo também impactar os suicidas, contudo, é importante mencionar que, de acordo com o Portal do Ministério da Saúde, o suicídio foi aceito como uma questão de saúde pública, e para tal fato, desde o ano de 2014, o dia 10 de setembro é considerado o dia mundial de prevenção ao suicídio e o principal influenciador para a criação de tal data, foi o Centro de Valorização da Vida (CVV), criado no ano de 1962, visando também à prevenção

do suicídio. Ambos possuem como finalidade, o tratamento de transtornos mentais e vícios que podem ocasionar o suicídio, obtendo diversas plataformas e números para contatos de pessoas que estão sempre disponíveis para conversar com alguém em situação crítica e talvez evitando mais um suicídio.

2.3 O SUICÍDIO COMO UM TRANSTORNO MENTAL

"Quase 95% de todas as pessoas que cometem suicídio ou que fazem tentativas de suicídio foram diagnosticadas com algum transtorno mental". (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 764)

Para explicar a relação entre o suicídio e doença mental, Cassorla (2018, p. 51), diferentemente do que foi apresentado pelos autores citados anteriormente, esta, concluiu que "aproximadamente 50% das pessoas que se mataram ou tentaram fazê-lo não apresentam manifestações de doenças mentais evidentes, segundo a nomenclatura psiquiátrica clássica".

Distintivamente, Botega (2015, p. 36) em sua obra, afirmou que existem diversas crenças errôneas relacionadas ao suicídio, e dentro elas, está a frase "*O suicídio só ocorre quando há uma doença mental*" onde o autor, demonstrou que não está correta, tendo em vista de que, por mais que a pessoa esteja sofrendo, em um estado mental totalmente abalado, não necessariamente está correlacionada a uma doença, insta constar também que, "a maioria das pessoas acometidas por um transtorno mental não se mata".

Além disso, o autor, anteriormente mencionado, Botega, demonstra que as mídias muito vêm expondo acerca de tratamentos, para possíveis casos de transtornos mentais relacionados ao suicídio e constatando que deve ser tratado como uma questão de saúde pública e não como um tabu, como era tratado pelos povos primitivos. (2015, p. 304)

Conforme mencionado por Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 764), entre os transtornos mentais, diagnosticadas nas pessoas que cometeram suicídio, ou tentativas, estariam a depressão, esquizofrenia e demência. Ainda, as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, mais precisamente, 25% eram dependentes alcoólicos.

> Diagnósticos de abuso de substância e transtorno da personalidade antissocial ocorreram com mais frequência nos suicídios de pessoas com menos de 30anos, e diagnósticos de transtornos do humor e transtornos cognitivos são mais frequentes nos suicídios a partir dos 30 anos. Estressores associados ao suicídio antes dos 30 anos são separação, rejeição, desemprego e problemas legais; estressores de doenças ocorreram com mais frequência entre vítimas de suicídio com mais de 30 anos. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 764)

Em conformidade a isto, Cassorla (2018, p. 101), afirmou que “O alcoolismo já é uma morte crônica e, entre os alcoólatras, de 12% a 21%, acabam por se suicidar intencionalmente”. Botega (2015, p. 114), informou após estudos que, um transtorno mental, como por exemplo, a depressão, misturada com o alcoolismo, a pessoa pode estar mais propensa a cometer suicídio.

2.4 SUICÍDIO E TABUS CULTURAIS

O suicídio, desde os povos primitivos, até os dias atuais, é considerado um tabu ao invés de ser tratado de forma natural. O Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 38), afirma que o tabu, é um dos desafios mais impactantes para os psicólogos, devendo ser instruída a família, para que deixem de lado o que é apresentado em mídias e histórias da sociedade, para que a pessoa possa ser tratada e identificada se possui transtorno mental ou algum problema mais grave.

Desde o primeiro caso de suicídio, diversas religiões, culturas e mitos geraram tabus ao longo dos anos. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014, p. 11):

> Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande “pecado”, talvez o pior deles. Por esta razão, ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública.

Nos dias atuais, ao falar sobre suicídio, inúmeras pessoas discorrem acerca da existência de muitas crenças e tabus sobre, segundo Alvarez (1999 apud MALISKA e WALLAUER, 2012, p. 28), “Além das crendices frente ao fato da morte, o indivíduo que provocava intencionalmente sua própria morte era considerado um espírito inquieto e vingativo, além de produzir medo e terror pela possibilidade de retornar”.

Nesse sentido, Botega (2015, p. 18) entendeu que, a sociedade sempre acreditou que em casos de mortes, principalmente por suicídio, os mortos poderiam retornar para causar mal a alguém que estivesse vivo. Alguns povos primitivos, criaram formas de “proteção” contra o retorno destes, gerando diversos tabus e rituais, como também entenderam os autores Maliska e Wallauer (2012, p. 27)

> Desde as tribos mais primitivas até a sociedade atual, o suicídio foi descrito e explicado por cada uma delas de acordo com suas crenças. Essas crenças, mutáveis ao longo da história e registradas através da literatura, leis e sanções religiosas, foram sofrendo uma construção, desconstrução e reconstrução social que nos leva até as crenças contemporâneas e aos tabus atuais sobre o suicídio.

O Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 16), em estudos acerca da morte voluntária na sociedade capitalista, pode concluir que, o suicídio, era considerado um tabu e que as pessoas optavam por não comentar sobre tal morte. Ainda, quando ocorria alguma morte por suicídio, as pessoas buscavam entender o motivo e mudar seu estilo de vida, para que tal fato não ocorresse novamente na sociedade.

2.5 O SUICÍDIO NA VISÃO DE ÉMILE DURKHEIM

Desde o primeiro ato suicida, até os dias atuais, diversos profissionais da saúde e psicólogos, vêm tentando explicar o que seria o suicídio. O estudo sociológico realizado por Émile Durkheim, deu início a exploração acerca do assunto, sendo um dos poucos sociólogos que aprofundou e buscou novos conhecimentos sobre o tema.

2.5.1 Espécies de suicídio

"[...] há, digamos, suicídio quando a vítima, no momento em que comete o ato que deve dar fim a seus dias, sabe com toda certeza o que normalmente deve resultar dele". (DURKHEIM, 2000, p. 15)

Émile Durkheim, em sua primeira exploração acerca do suicídio, descreveu este de três formas: o suicídio egoísta, o altruísta e por último, o anômico.

Em um primeiro momento, Durkheim (2000, p. 177) exemplificou o suicídio egoísta no caso da confissão religiosa. Para o sociólogo, o suicídio não é bem desenvolvido no caso dos puramente católicos encontrando-se nos países Europeus, contudo, já nos países protestantes, tendo como exemplo a Dinamarca, o suicídio atinge seu ápice.

Nesta espécie de suicídio, não é a religião que afeta ou incentiva a cometer tal ato, mas sim, pelo fato de que com os diversos questionamentos da população, vem à tona as dúvidas a respeito das crenças ou culturas. Durkheim (2000, p. 182), menciona ainda sobre os judeus, tendo em vista de que o número de suicídios é menor que dos protestantes, entretanto, como estes vivem mais, diferente de outras religiões, estão mais propensos a cometer a autodestruição.

Em conformidade a isso, o suicídio egoísta é atribuído também nos casos de homens solteiros, divorciados e viúvos. (DURKHEIM, 2000, p. 210) "[...] seria a família que, por sua ação, neutralizaria a propensão ao suicídio ou impediria sua manifestação", afirmou Durkheim (2000, p. 218) sobre a família estar diretamente relacionada com o suicídio.

Entretanto, no caso de uma má condição física, não será a família que poderá “evitar” o suicídio, Durkheim (2000, p. 219), mencionou que os homens casados, possuem uma garantia maior de saúde física e moral, se comparado ao homem solteiro.

Assim, entende-se que o suicídio egoísta, é exemplificado nos casos em que a pessoa tira a própria vida, em razão do enfraquecimento da sociedade em que o mesmo conviveu.

Neste sentido, ainda expondo sobre as espécies de suicídio, o autor Émile Durkheim mencionou um segundo tipo, consistindo no suicídio altruísta, que ocorria em maior número, apenas em sociedades simples, já o suicídio egoísta, ocorria em sociedades inferiores. (DURKHEIM, 2000, p. 270)

Antigos guerreiros, quando apresentavam qualquer doença ou já em estado de velhice, demonstrando fraqueza e impossibilidade de prestar ajuda a sociedade, optavam pelo suicídio, não aceitando tais sintomas por vergonha, conforme mencionado por Bartholin (1690), citado por Durkheim. (2000, p. 270)

Outro fato em que Durkheim (2000, p. 271), considera ser suicídio altruísta, é o caso nos costumes hindus, “[...] as viúvas com frequência são obrigadas a se matar por ocasião da morte de seus maridos. Essa prática bárbara é tão inveterada nos costumes hindus que persiste apesar dos esforços dos ingleses”.

Em outros países, nunca um servidor, vassalo ou escravo, poderia sobreviver caso seu chefe ou rei fosse morto, era uma obrigação tirar a própria vida (SPENCER, 1843 apud DURKHEIM, 2000, p. 272), e caso este dever não fosse cumprido, menciona Durkheim (2000, p. 272) que “[...] se o homem se mata, não é porque se arroga o direito, mas, o que é bem diferente, *porque tem o dever*. Quando falta a essa obrigação, é punido com a desonra e também, na maioria das vezes, por castigos religiosos”.

Durkheim (2000, p. 275), apesar de mencionar que o suicídio altruísta não se fez tão presente na sociedade, concluiu a respeito desta espécie que:

> Chamaremos de suicídio altruísta aquele que resulta de um altruísmo intenso. Mas, como ele apresenta, por outro lado, a característica de seu cumprido como um dever, é importante que a terminologia adotada expresse essa particularidade. Portanto, daremos o nome de *suicídio altruísta obrigatório* [...].

Reavaliando a obra de Durkheim, Nunes (1998), após analisar os casos mencionados e acerca do suicídio altruísta, afirmados pelo autor, pode concluir que:

> Para o autor, este tipo de suicídio é endêmico em sociedades inferiores, e depois de exemplificar com casos históricos, classifica-os em três categorias: 1) suicídios de pessoas que chegaram ao limiar da velhice ou adoeceram; 2) suicídios de mulheres por ocasião da morte do marido; 3) suicídios de clientes ou servidores ao ensejo da morte dos seus chefes. Esclarece que há o suicídio altruísta obrigatório, como há o

> facultativo, e, ainda, o suicídio altruísta agudo, do qual o suicídio místico é o melhor exemplo.

Por último, o suicídio anômico, da mesma forma que dos anteriormente citados, é uma espécie de suicídio, de acordo com a obra de Émile Durkheim. Este "tipo" de suicídio é relativo à anomia, onde uma população não respeita as normas e regras morais da sociedade em que convivem.

Inicialmente, Durkheim (2000, p. 303), menciona acerca das crises econômicas, onde afeta diretamente o pensamento e a vontade do suicida, aumentando, em diversos países, os casos de suicídio. Mas com esse crescimento, surgem diversas dúvidas do motivo pelo qual as pessoas tiraram a própria vida, Durkheim (2000, p. 305), em sua resposta, entendeu que: "[...] se as mortes voluntárias aumentassem porque a vida se torna mais dura, elas deveriam diminuir sensivelmente quando o bem-estar se torna maior".

O suicídio anômico, conforme mencionado anteriormente possui uma relação direta com a sociedade, de modo que, Durkheim (2000, p. 307) apresentou o caso do Reino da Prússia, onde, atualmente, é uma parte da Alemanha. No ano de 1866, esse Reino, passou a desenvolver um primeiro crescimento, com o poder aumentando, os casos de suicídio elevaram de forma considerável. Com o término da guerra, entre os anos de 1875 e 1886, os suicídios aumentaram em 90%. Insta constar que com o caso exposto, Durkheim entendeu que não necessariamente a crise econômica que afetou o aumento dos suicídios, mas sim o ganho de poder e glória da sociedade.

Dado o exposto, a respeito do suicídio anômico, Durkheim (2000, p. 311) concluiu que: "Se, portanto, as crises industriais ou financeiras aumentam os suicídios, não é por empobrecerem, uma vez que crises de prosperidade têm o mesmo resultado; é por serem crises, ou seja, perturbações da ordem coletiva".

Levando-se em consideração as espécies mencionadas por Durkheim, pode-se entender que o suicídio, possui relação direta com a sociedade, e para dar um "fim" ao caso das pessoas tirarem a própria vida, é necessário, um possível reforma para que voltem ao estado em que antes se encontrava, não possuindo elevados casos de suicídio, desta forma, mencionou Durkheim (2000) "é preciso, sem afrouxar os laços que ligam cada parte da sociedade ao Estado, criar poderes morais que tenham sobre a multidão de indivíduos uma ação que o Estado não pode ter".

2.5.2 Suicídio como uma monomania

"O suicídio oferece todas as características das alienações mentais. [...] A pessoa só atenta contra a vida quando está em delírio; logo, os suicidas são alienados", de acordo com Esquirol (1827), citado por Durkheim. (1982, p. 25)

Durkheim (2000, p. 34), em sua obra, mencionou a respeito da monomania, sendo uma paranoia ou obsessão que a pessoa cria em sua mente, com um único objetivo, no caso do suicídio, é a autodestruição ou automutilação.

Caso o suicídio seja um ato de loucura, deve-se ser parcial e limitada, vinculada a apenas uma única prática. Ainda, para que seja caracterizado um delírio, o suicídio deve ser incidido apenas a este problema mental. Monomania é a palavra utilizada para delírios. (DURKHEIM, 1982, p. 26)

"O monômano é um doente cuja consciência é perfeitamente sã, exceto em um ponto: ele apresenta uma única tara, e esta, nitidamente localizada" (DURKHEIM, 1982, p. 27). Assim sendo, Durkheim (1982, p. 27), entendeu que, se houver uma loucura, relacionada ao suicídio, com certeza é uma monomania.

> O fundo da vida mental é o mesmo no monômano e na pessoa sã de espírito; só que, no primeiro, um estado psíquico determinado se destaca desse fundo comum po um relevo excepcional. Na ordem das tendências, de fato a monomania é tão somente uma paixão exagerada e, na ordem das representações, uma ideia falsa, mas de tal intensidade a ponto de obcecar o espírito e lhe arrebatar toda liberdade. (DURKHEIM, 1982, p. 27)

Hoje, não se pode afirmar apenas observando, que a monomania é inexistente, contudo, pode-se declarar que não é possível citar apenas uma monomania incontestável em meio a outras (DURKHEIM, 2000, p. 36). "É impossível, portanto, que uma seja lesada sem que essa lesão repercuta nas outras", reiterou Durkheim (2000, p. 37) a respeito das diversas atividades conscientes ou monomanias, existentes na mente de uma pessoa.

A respeito das funções psíquicas presentes na mente de uma pessoa, Durkheim (2000, p. 38), entendeu que: "[...] as funções psíquicas não têm órgãos suficientemente distintos uns dos outros para que um possa ser afetado sem que os outros o sejam", ou seja, a loucura pode atingir apenas uma parte, um órgão, não atingindo os demais.

Para concluir, Durkheim (1982, p. 29), afirmou que "se, pois, não há monomanias, não poderia haver uma monomania-suicídio e, por conseguinte, o suicídio não é uma loucura distinta".

2.6 EPIDEMIA DO SUICÍDIO

"Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) feitas para o ano de 2012, a taxa de suicídio foi de 800 mil mortes. Estamos falando de um suicídio, em algum lugar do planeta, a cada 45 segundos [...]". (BOTEGA, 2015, p. 48). Do mesmo modo, o autor mencionou acerca dos suicídios na década de 1990 em alguns países:

> Nos últimos 60 anos, os índices de suicídio vinham aumentando, mas, a partir de meados da década de 1990, passaram a decrescer. Os coeficientes mais elevados de suicídio migraram da Europa Ocidental, principalmente da Escandinávia, para a Europa Oriental e para a Ásia, e também para alguns países da África e da América Latina. Índia e China são, atualmente, os países com o maior número de mortes por suicídio. Na Coreia do Sul, a taxa de suicídio dobrou ao longo da última década. (BOTEGA, 2015, p. 50)

Conforme dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde, a OMS (2017, p. 07), "O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas. Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.".

Neste sentido, Cassorla (2018, p. 85) afirmou que não é possível precisar exatamente quantas pessoas se matam por dia, tendo em vista de que os dados são extraídos de atestados de óbito, porém, nem sempre pode-se confiar nestes. Ainda, é possível que alguns casos de acidente, como envenenamento, acidente de trânsito ou afogamento, sejam suicídios, porém não entram nas estatísticas.

Países da Europa Oriental, como Rússia, Bulgária, Lituânia e Ucrânia, no início do século XXI, possuíam as maiores taxas de suicídio, porém, nos últimos 25 anos, as taxas diminuíram, e países como Cazaquistão, Nepal, Tanzânia, Moçambique, entre outros, assumiram com taxas de 25 a 45 suicídios a cada 100 mil habitantes. Taxas consideradas médias, sendo de 10 a 20 casos, a cada 100 mil habitantes, encontram-se em países como, Canadá, Estados Unidos, Hong Kong, Dinamarca, Uruguai, Chile, entre outros. Já os índices, considerados baixos, sendo menos de 10 suicídios por 100 mil habitantes, estão nos países europeus mediterrâneos, como Nova Zelândia, Holanda e Portugal e países da América Latina, como Peru, Paraguai, entre outros. (CASSORLA, 2018, p. 87)

"O Brasil pertence aos países com taxas baixas – em torno de seis suicídios a cada 100 mil habitantes por ano". (CASSORLA, 2018, p. 87)

Dados da Organização Mundial da Saúde (2017, p. 08), indicam que o Brasil está no índice global com taxas baixas, porém, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com as maiores taxas de suicídio.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014, p. 15), o Brasil está entre os 10 países com maior índice de suicídio:

> O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens.

Em conformidade a isto, Botega (2015, p. 51), demonstrou, através de pesquisas que "O coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil pode ser considerado relativamente baixo, se comparado ao de outros países. A despeito disso, por sermos um país populoso, ocupamos o oitavo lugar entre os que registram os maiores números de mortes por suicídios".

Conforme entende Cassorla (2018, p. 88), no Brasil, o suicídio, é a terceira maior causa de mortes entre jovens, entretanto, as maiores taxas, estão entre pessoas mais velhas. As maiores taxas no Brasil, estão concentradas na região sul, visto que, possui bastante migrantes da Europa central, tendo como exemplo, a Alemanha. Em relação ao sexo, a taxa superior está entre o sexo masculino, sendo de dois a três homens para cada mulher.

A Organização Mundial da Saúde (2017, p. 15) informou que os principais fatores de risco do suicídio, são: transtornos mentais, perfis sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes.

Da mesma forma, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014, p. 16), entende que todos os suicidas, tiveram algum tipo de transtorno psiquiátrico, que não tenha sido identificado ou diagnosticado de forma correta. Os principais tipos de transtornos, incluem: depressão, alcoolismo, transtorno bipolar e abuso de substâncias químicas.

Segundo Maliska e Wallauer (2012, p. 52), "[...] há uma estimativa de que 30 – 70% das pessoas que cometeram suicídio, seriam vítimas de transtornos de humor, sendo que sua associação com álcool ou abuso de substâncias aumentaria ainda mais essa estimativa".

Em diversos casos, o suicida, com sintoma de depressão, pode entender que sua morte, fará bem para sua família, fazendo com que esta pare de sofre, e o mesmo, acredite que esteja agindo de forma altruística (CASSORLA, 2018, p. 25).

A Organização Mundial da Saúde (2000a, 2000b) citado por Maliska e Wallauer (2012, p. 57), demonstra que, dentre as características demográficas, as principais são: sexo, idade, estado civil, profissão, entre outros.

Neste mesmo sentido Joiner (2005), afirma que, a chance de um homem cometer suicídio, é quatro vezes maior, em comparação às mulheres. Em relação à idade, conforme entende a OMS (2000b), citado por Maliska e Wallauer (2012, p. 58), o suicídio afeta pessoasde 15 – 35 anos e idosos acima de 75 anos, visto que, com a idade avançada, muitas

pessoas não gostariam de ser um fardo para sua família. Já com relação a profissão, o ambiente em que a pessoa vive, pode afetar a vida das pessoas, conforme entende Maliska e Wallauer (2012, p. 58), onde afirmam que “os profissionais da saúde são os que mais se suicidam”.

Ainda, de acordo com a OMS (2000b, p.11 apud Maliska e Wallauer, 2012, p. 59), o desemprego pode ser uma agravante para levar a pessoa ao suicídio, não sendo necessariamente o desemprego, mas sim, a perda de um emprego.

Em conformidade a isto, o Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 28), entendeu que para que o trabalho de médicos ou psicólogos, ocorra com sucesso, estes devem estar sempre inteirados dos diversos fatores de riscos que podem levar ao suicídio, como por exemplo, “um transtorno psiquiátrico, brigas na família e a perda de um emprego”.

“A presença de um transtorno psiquiátrico (com frequência, depressão) costuma ser identificada em mais de 90% dos casos de suicídio, de acordo com estudos retrospectivos realizados nos Estados Unidos e na Europa”. (ARSENAULT,2004; BERTOLOTE, 2002; HARRIS, 1997 apud BOTEGA, 2015, p. 79)

3 O SUICÍDIO NO ORDENAMENTO JURÍDICO

Neste capítulo, será analisado e interpretado o suicídio no ordenamento jurídico, em especial, o crime previsto no artigo 122 do Código Penal, dispondo acerca do caso de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, as suas causas de aumento e uma análise do pacto de morte. De forma secundária, serão apresentados princípios constitucionais que possam ter qualquer relação com o suicídio e ainda, uma análise ao suicídio assistido, à ortotanásia e ao "direito de morrer".

3.1 SUICÍDIO NO CÓDIGO PENAL

No ordenamento jurídico brasileiro, o suicídio em si, conforme entende Greco (2017, p. 511), é considerado um indiferente penal, visto que não se pode considerar crime, uma pessoa que tenha tirado a própria vida. Nesta vertente, entende-se que a pessoa se suicidando, não caracteriza como uma conduta criminosa, tendo em vista de que, com o princípio da alteridade, só poderá ser punida as condutas que excedem a figura do seu autor. "Não são puníveis as condutas que lesionam ou expõem a perigo bens jurídicos pertencentes exclusivamente a quem a praticou". (MASSON, 2014, p. 72)

Em vista de que o Código Penal não admite tentativa de suicídio, caso a pessoa sobreviva ao ato de se auto eliminar, "[...] não merece castigo, mas sim tratamento, amparo e proteção. A imposição da pena traria ainda mais prejuízos àquele que considera sua vida como bem de pouca ou nenhuma importância.". (MASSON, 2014, p. 72)

Diferentemente do que foi explicitado, o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio ou crime de participação em suicídio, como a maioria dos doutrinadores assim preferem dizer, irá punir apenas a pessoa que colaborar com o ato suicida de terceiro. As condutas previstas no artigo 122 do Código Penal, pressupõe que exista a figura de um executor. "Assim, quando uma pessoa convence outra a matar a vítima, o homicida é chamado de autor e quem a induziu a praticar tal crime é partícipe". (GONÇALVES, 2011, p. 133)

Como qualquer outro crime previsto no Código Penal, o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, possui sua classificação, dessa forma, Masson (2014, p. 70), demonstra que o dispositivo legal é de "crime comum; crime de dano; crime comissivo ou omissivo; crime material; crime condicionado à produção de resultado naturalístico; crime de forma livre; crime simples; instantâneo; unissubjetivo e plurissubsistente".

Pedroso (1995, p. 201) afirma que, o suicídio de forma frustrada ou tentada, não configura crime algum. Neste mesmo sentindo, acerca do crime de suicídio, previsto no artigo 122 do Código Penal, Nucci (2018, p. 299) entende que o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, não admite tentativa, tendo em vista de que, para sua concretização, é necessária que haja uma lesão grave ou a morte da vítima.

"Para que haja legalmente um suicídio que possa dar origem ao crime em análise, não é suficiente que alguém tire a própria vida. Com efeito, só existe juridicamente um suicídio em caso de supressão consciente e voluntária da própria vida". (GONÇALVES, 2011, p. 133)

3.1.1 Induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio

O Código Penal (BRASIL, 1940), a respeito do crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, dispõe que:

> Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:
> Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.
> Parágrafo único - A pena é duplicada:
> Aumento de pena
> I - se o crime é praticado por motivo egoístico;
> II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

O suicídio, pode ser entendido como um crime de ação múltipla e um crime condicionado. Referente ao artigo citado anteriormente, Capez (2018, p. 363) demonstra que, tal artigo, é visto como um crime de ação múltipla, entendendo ainda que "é aquele em que o tipo penal descreve várias modalidades de realização do crime [...]", nesta vertente, Nucci (2018, p. 142) entende as respeito dos crimes condicionados que: "o delito de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio depende do advento do suicídio ou, em caso de tentativa de suicídio, da ocorrência de lesões graves para a vítima".

Neste mesmo sentido, Greco, (2017, p. 79), dando como exemplo o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio para crime de ação múltipla, demonstrou que "Crimes de ação múltipla ou de conteúdo variado são os que preveem uma multiplicidade de comportamentos nucleares, sendo que a prática de vários deles pelo agente não importa, consequentemente, numa multiplicidade de crimes"

Masson (2014, p. 72) entende que a participação no crime de suicídio, é moral, quando a pessoa induzir ou instigar alguém ao ato, e material, no caso de auxílio ao suicídio.

Além disso, acerca do induzimento, entendeu que “significa incutir na mente alheia a ideia do suicídio, até então inexistente”. No caso da instigação, afirma que é quando a vítima já pensava em suicidar-se, e o agente, sabendo da situação, reforça o pensamento para levá-la ao suicídio. Nucci (2018, p. 621), demonstrou que induzir a pessoa ao suicídio, é sugerir, dar ideia de a pessoa tirar a própria vida, já no caso de instigação, a ideia da auto eliminação já é existente, entretanto, é reforçada.

Diferentemente do que tenha sido apresentado, Masson entendeu, que o fato de auxiliar a pessoa ao suicídio, é “[...] concorrer materialmente para a prática do suicídio. Exemplo: Ciente de que “A” deseja suicidar-se, e querendo que isso se concretize, “B” lhe empresta uma arma de fogo municiada”, entretanto, nesta situação, o ofendido que deve se auto eliminar, o sujeito não pode ter participação direta na morte, a exemplo, atirar contra quem estava implorando pela morte. Do mesmo modo, Nucci (2018, p. 623), afirmou que o auxílio a suicídio “é a forma mais concreta e ativa de agir, pois significa dar apoio material ao ato suicida”.

Em conformidade a isto, ainda no caso do auxílio ao suicídio, Masson (2014, p. 73) afirmou que “o auxílio deve ser eficaz, isto é, precisa contribuir efetivamente para o suicídio. Assim, se “A” empresta a “B” um revólver, mas ela se mata fazendo uso de veneno, àquele não será imputado o crime previsto no art. 122 do Código Penal”.

Tendo em vista de que a participação no crime de suicídio é considerada um crime, tipificado no Código Penal, este possui uma pena prevista. De acordo com Greco (2017, p. 514), a pena de reclusão, para caso o suicídio seja consumado, é de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e na tentativa, resultando lesão corporal de natureza grave, é de 1(um) a 3 (três) anos, neste caso, se houver presentes os requisitos determinados no artigo 89 da Lei 9.099/95, “seja levada a efeito proposta de suspensão condicional do processo pelo Ministério Público”, entretanto, não é possível caso o crime tenha sido cometido por motivo egoístico, a vítima sendo menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência, tendo em vista de que, conforme o parágrafo único, do artigo 122 do Código Penal, nestes casos, a pena será duplicada. Nos dois casos, a ação penal é de iniciativa pública incondicionada.

Importante mencionar que, a pessoa que comete alguns dos casos previstos no parágrafo único do artigo 122 do Código Penal, será julgada pelo rito do tribunal do júri, conforme disposto no artigo 74 do Código de Processo Penal.

3.1.1.1 Causas de aumento de pena

Nos incisos I e II do artigo 122, do Código Penal, tem-se as causas de aumento de pena do crime de induzimento, instigação e auxílio ao suicídio. De acordo com Nucci (2018, p. 622), a pena será duplicada nos seguintes casos: quando a pessoa comete o suicídio por motivo egoístico; nos casos em que for menor de 18 anos e maior de 14 anos; ou quando a sua capacidade de resistência tiver sido diminuída.

Em um primeiro momento, entende-se que o motivo egoístico é um apego excessivo a si mesmo, destacando desta forma, o desprezo pela vida alheia, conforme entende Nucci (2018, p. 624). Compartilhando de tal entendimento, Masson (2014, p. 74) afirma que, o motivo egoístico, é um individualismo exagerado, "aquele que evidencia excessivo apego próprio em detrimento dos interesses alheios".

Com relação ao aumento de pena, nos casos em que a vítima é menor de 18 anos e maior de 14 anos, Gonçalves (2011, p. 134) afirmou que esse aumento de pena, se dá em razão das pessoas menores de idade, serem influenciadas e levadas ao suicídio mais facilmente. Do mesmo modo, Nucci (2018, p. 623) entende que neste caso, o menor de idade é aquele maior de 14 anos e menor de 18 anos, tendo em vista de que a criança menor de 14 anos, não tem aptidão para aceitar um ato sexual, igualmente, não terá para tirar a própria vida, em razão disto, a pessoa que comete tal conduta, responde por homicídio, podendo ser de forma consumada ou até mesmo tentada.

O segundo caso do inciso II, estabelecido no artigo 122 do Código Penal, diz respeito ao caso de a vítima ter a sua capacidade de resistência diminuída por qualquer causa. Para Gonçalves (2011, p. 143), "a expressão "capacidade de resistência diminuída" foi empregada para se referir à pessoa que está fragilizada e, portanto, mais suscetível de ser convencida a cometer o suicídio", dando como exemplo o caso da pessoa que está com depressão, crise financeira ou amorosa. Entretanto, o autor afirma que caso a pessoa não tenha nenhuma capacidade de resistir, o crime não será o previsto no artigo 122, do Código Penal, mas sim, o artigo 121 do mesmo Código. Neste mesmo sentido Masson (2014, p. 76), afirmou que a diminuição da resistência, pode ser por uma enfermidade física ou mental, ou sob efeito de álcool e drogas.

3.1.2 Pacto de Morte

O pacto de morte, podendo ser chamado de ambicídio, ou suicídio a dois, nada mais é quando ocorre duas pessoas deliberam por tirar a própria vida, mas de forma conjunta.

É comum os casos em que uma pessoa sobrevive a este “acordo”, podendo lhe ser imputado determinado crime previsto no Código Penal, como exemplo, no caso do suicídio por aplicação de veneno, em que uma pessoa injeta na outra, ou seja, a pessoa executou a morte do outro, neste caso, o sobrevivente, responderá por crime de homicídio, se apenas houve um auxílio, responde pelo crime previsto no artigo 122 do Código Penal. Diferente do que foi dito, caso ambos os suicidas praticaram os atos de execução, mutuamente, porém sobreviveram, responderão por tentativa de homicídio. Caso ambos tenham apenas auxiliado um ao outro, vindo a sobreviver os dois, responderão pelo crime de participação em suicídio, entretanto, deve resultar lesões corporais de natureza grave. Ainda, pode ocorrer o caso de apenas um praticar os atos de execução dos dois, porém, se caso ambos sobreviverem, o que praticou os atos responde por tentativa de homicídio e o outro apenas responde por participação em suicídio, entretanto, deve, a pessoa que executou os atos, sofrer lesão corporal grave. (MASSON, 2019, p. 75)

Em conformidade a isso, Hungria (p. 232), citado por Greco (2017, p. 515), exemplifica o pacto de morte no caso de um casal de namorados, que decide se suicidar-se juntos com gás carbônico, no momento em que um deles abre o bico do gás e o outro cobria as janelas para que o gás não saísse, se caso algum sobrevivesse, responderá este por homicídio, se ambos sobrevivam, responderão ambos por tentativa de homicídio. Diferente disto, mas no mesmo exemplo, o autor menciona a situação de que, caso apenas um tenha aberto o bico do gás e tivesse tampado as janelas, realizando os atos sozinho, e ambos sobrevivam, este responderá por tentativa de homicídio e o outro por instigação ao suicídio, desde que decorra uma lesão corporal de natureza grave.

Compartilhando de tal entendimento, Gonçalves (2011, p. 139), no caso do pacto de morte em que um deles fica responsável por matar o outro e depois se matar, demonstra exemplificando que, no caso de A atirar em B e depois atirar em si mesmo, se B vier a sobreviver, responderá por participação em suicídio, entretanto, se caso A sobreviver e B falecer, responderá A por homicídio. No caso de A e B sobreviverem, A responderá por tentativa de homicídio e B pelo crime de participação em suicídio, porém, deve resultar lesão grave.

3.2 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

Atualmente, a vida, é considerada um bem jurídico indisponível, sendo a mesma protegida pela constituição em seu artigo 5º. Em vista de que o direito é regido por diversos princípios norteadores, encontramos alguns na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que são imensamente fundamentais para a devida aplicação da lei e a proteção da vida.

Em conformidade a isto, Barroso (1999, p. 147), acerca dos princípios norteadores, entende que são normas usadas como fundamentos ou qualificações indispensáveis para a ordem jurídica. A interpretação para a aplicação do princípio que irá reger a espécie, deverá observar desde o princípio mais genérico, ao mais específico. Barroso, afirma ainda que "os princípios constitucionais consubstanciam as premissas básicas de uma dada ordem jurídica, irradiando-se por todo o sistema. Eles indicam o ponto de partida e os caminhos a serem percorridos".

Nesta vertente, Moraes (2010, p. 36), citado por Dorigon (2018), a respeito da vida e da morte, demonstra que "a Constituição Federal proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência".

3.2.1 Dignidade da pessoa humana

O princípio da Dignidade da pessoa humana está previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu artigo 1º, inciso III:

> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
> [...]
> III - a dignidade da pessoa humana; (BRASIL, 1988).

A respeito de tal princípio, Moller (2008, p. 81) afirmou que não possui uma definição específica, entretanto, é válida para qualquer pessoa, em qualquer lugar. Inerente a qualquer pessoa, tal princípio não pode simplesmente ser retirado de alguém, não existe a possibilidade do seu humano perder sua dignidade. (BARBOSA-FOHRMANN, 2012 apud DORIGON, 2018)

Neste sentido, Degrava e Moreira (2018), entenderam que a dignidade da pessoa humana, é o que rege todo o ordenamento jurídico brasileiro, não sendo possível identificar o

ser humano sem a existência deste. Os autores, ao pensarem na dignidade, afirmaram que esta, deve ser compreendida como a eficácia ou eficiência de decidir seu próprio rumo, neste sentindo, afirmaram que “A pessoa, ser humano dotado de dignidade não é um ser finalizado, mas sim, um processo em constante andamento, e por isso deve ter o poder de fazer suas escolhas quando e como desejar”. Em conformidade a isto, Deval (2012, p. 12) citado por Deval e Gouvea (2018, p. 54), afirma que:

> A dignidade humana é um conceito que permeia todo o corpo legislativo contemporâneo, contudo, a sua conceituação é de difícil definição, haja vista que, para a formação de um conceito, em especial no que tange à dignidade humana, leva-se em conta não só o pensamento jurídico, mas também valores inerentes àquele que descreve tal conceito.

Do mesmo modo, acerca de tal princípio, Barroso e Martel (2010) afirmaram que:

> A vida de qualquer ser humano tem um valia intrínseca, objetiva. Ninguém existe no mundo para atender os propósitos de outra pessoa ou para servir a metas coletivas da sociedade. O valor ou princípio da dignidade humana veda, precisamente, essa instrumentalização ou funcionalização de qualquer indivíduo.

Neste contexto, Dorigon (2018) reiterou que “[...] também faz parte da dignidade da pessoa humana o direito de escolher o rumo da própria vida, dos próprios bens, se tais rumos não prejudicarem terceiras pessoas”. Compartilhando de tal entendimento, Pinheiro (2016), a respeito do prejuízo de terceiros, afirmou que “[...] a liberdade atribuída ao homem não é absoluta, pois ela expande-se, mas também limita-se até certo ponto, ou seja, se o ser humano vive em sociedade, a sua liberdade não pode afetar os direitos de outra pessoa”.

3.2.2 Princípio da Autonomia

Inicialmente, importante apresentar o significado e o conceito de Autonomia, sendo esta, decorrente da dignidade da pessoa humana. Conforme Morais (2010, p. 292), citado por Dorigon (2018):

> Semanticamente, autonomia é derivado do grego autos, que significa ao mesmo tempo o mesmo, ele mesmo e por si mesmo, e nonus, que significa compartilhamento, lei do compartilhar, uso, lei. Nesse sentido, autonomia significa propriamente a competência humana em dar-se suas próprias leis. Da junção dos dois termos confere à ideia de autonomia o significado de autogoverno; autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetam sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais. Portanto, autonomia refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é bom; aquilo que é seu bem-estar.

Segundo entende Moura (2017), a autonomia é o direito do indivíduo fazer suas escolhas, sejam elas a respeito do seu futuro, existenciais ou morais, entretanto, a pessoa

deverá assumir os riscos de suas escolhas. Com relação ao seu corpo, o indivíduo tem o direito de decidir o que fazer com este, todavia, deve ser preservada sua integridade física e mental.

De acordo com Dorigon (2018), o princípio da autonomia, determina que a pessoa possa realizar qualquer ato que entender ser correto, não importando o desejo e pensamentos externos de terceiros. Neste sentido, afirmou ainda que o princípio da autonomia está diretamente ligado aos direitos fundamentais, sendo decorrente do princípio da dignidade da pessoa humana. No que diz respeito ao princípio da autonomia, Azevedo (2010, p. 13), citado por Moura (2017), confirma que

> O direito à vida garantido constitucionalmente no art. 5º, caput, CF/88, por conseguinte, pressupõe não apenas o direito de existir biologicamente. Se o direito à vida é um direito fundamental alicerçado na dignidade humana, a vida assegurada pela Constituição é a vida com autonomia e liberdade.

Diante do que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, todos os cidadãos detêm o direito à liberdade e a autonomia para decidir a respeito da vida e da morte, de modo que, resulte apenas prejuízo para si e não para outrem. (DORIGON, 2018)

3.3 O DIREITO À LIBERDADE

O direito à liberdade, está previsto no caput do artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, assim dispondo que “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade [...]”. (BRASIL, 1988)

De acordo com Marinoni, Mitidiero e Sarlet (2018, p. 490-491), a liberdade, é um dos direitos fundamentais que possuem certa relevância na Constituição brasileira. O direito a liberdade, possuindo definições específicas como liberdade de expressão e liberdade de reunião e manifestações, é vista como um direito geral de liberdade.

O direito geral de liberdade, dá ao indivíduo, diversas possibilidades para que possa expressar a manifestação das suas vontades, preferências a autonomia pessoal, tendo em vista de que, alguns desses casos, não possuem uma liberdade específica. (MARINONI; MITIDIERO; SARLAT, 2010, p. 490)

Acerca da liberdade do indivíduo de tirar ou não, sua vida, Gama (2018), entende que o suicídio, é acessível a qualquer ser humano quanto o direito de ir e vir, direito de crença, entre outros. Miranda (2007, p. 541-542), mencionado por Gama (2018), afirma que:

> Assim, a liberdade é uma condição inerente ao próprio ser humano, no qual, se afirma que a liberdade é um direito que não pode ser cerceada, salvo por critérios

> legais, sendo que, no caso do suicídio, a ninguém é dado o direito de interferir na livre escolha do pensamento em analisar de forma totalmente imparcial sobre o seu direito de continuar ou não vivendo na sociedade [...].

Nesta vertente, Magalhães (2014), a respeito da liberdade do indivíduo, afirma que "impor a vida como obrigação é privar o indivíduo de sua liberdade, e, por consequência, de sua dignidade. Se estes são critérios mínimos para que o indivíduo viva, proceder de tal forma é condená-lo a viver sem exercer o direito à vida".

3.3.1 Ortotanásia e "suicídio assistido"

Atualmente no Código Penal, o "suicídio assistido", onde o paciente próprio tira sua vida, é considerado um crime, previsto no artigo 122 do Código mencionado, tendo em vista de que a pessoa que autorizou o suicídio, prestou um "auxilio", ocasionando desta forma, o crime, mesmo em casos que a pessoa, por exemplo, tenha um câncer, já em estado terminal ou está apenas sendo mantida viva por aparelhos.

Diferentemente do suicídio assistido, que é considerado crime, a ortotanásia está prevista na resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, Lopez (2015) afirma que é um ato do próprio médico, autorizado pela pessoa ou seu representante legal, sendo regulado por tal resolução:

> Ortotanásia é a conduta pela qual o médico limita ou suspende procedimentos e tratamentos que prolonguem artificialmente a vida de paciente portador de enfermidade incurável, em estado terminal e irremediável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Em conformidade a isto, Martins (2013) afirma que a ortotanásia ocorre quando o médico, para evitar que seu paciente sofra mais do que já está sofrendo e vendo que sua morte já é certa, decide pelo seu falecimento, entendendo também que "não ocorre a ação de interromper a vida do paciente, mas sim a omissão em forçar sua manutenção".

Apesar de que tenha a resolução a respeito da ortotanásia, Nucci (2018, p. 247), entendeu que "[...] uma mera resolução do Conselho Federal de Medicina não tem o condão de modificar a lei penal, autorizando, pois, a ortotanásia. Mas evidencia, certamente, uma mudança nítida de mentalidade", desta forma, entende que na área jurídica, a "vida", é um direito indisponível, quaisquer que sejam as situações, diferentemente no meio médico, gerando assim, diversos debates acerca do tema.

A ortotanásia, diz respeito apenas nos casos em que o paciente está em um estado irreversível, onde já se esgotou todas as possibilidades de "cura", não ocorrendo desta forma, qualquer crime. Entretanto, entende a doutrina que o direito à vida é indisponível, visto que

ninguém pode renunciar tal direito, por mais que uma pessoa peça para a outra que lhe tire a vida, é considerado crime, não importando a situação. (MARTINS, 2013)

Neste sentido, porém, com um ponto de vista diferente do que foi exposto, Nucci (2018, p. 246), cita, como exemplo, que nas Artes Marciais Mistas, os competidores estão dentro do exercício regular do direito, por mais que ocorra uma fratura exposta, é um consentimento do ofendido, em seguida, citando a ortotanásia, o autor afirma que: “Trata-se de uma pobreza intelectual imensa ser contra o consentimento do ofendido em vários cenários, por exemplo, a ortotanásia, praticada todos os dias, em todos os hospitais do Brasil, mas camufladamente. É o direito penal da hipocrisia”.

A ortotanásia, de acordo com França (p. 200) mencionado por Greco (2017, p. 506), diz respeito apenas nos casos de “suspensão de meios medicamentosos ou artificiais de vida de um paciente em coma irreversível e considerado em ‘morte encefálica’, quando há grave comprometimento da coordenação da vida vegetativa e da vida de relação”.

Por fim, Dorigon (2018) afirmou que o suicídio assistido e a ortotanásia, são formas que dão uma morte digna à pessoa, seja por doença, casos que a pessoa esteja sofrendo por qualquer motivo ou apenas deseja não viver mais, entretanto, estas formas não podem prejudicar terceiros.

3.3.2 Hipótese do "direito à morte digna” ou direito de morrer”

O “direito a morte digna” ou “direito de morrer”, é visto ainda, nos dias atuais, como um tabu, entretanto, é importante uma discussão mais aberta, tendo em vista de que a morte sempre fará parte da humanidade, não devendo ser apenas tratado como algo natural e que não se têm controle. Vislumbra-se que, em razão da “não discussão”, muitas pessoas acabam por sofrer e agonizar, esperando chegar ao fim da sua vida de forma lenta. (DORIGON, 2018)

Como exemplo, do “direito de morrer”, tem-se o caso de Noa Pothoven que residia em Holanda. Depois de ter sido vítima de abuso sexual e estupro aos 11 e 14 anos, decidiu que não suportava mais seu sofrimento e solicitou a Eutanásia, que no país, é legalizado desde o ano de 2002, entretanto, não se tem a causa definitiva da morte, um parlamentar local afirmou que a mesma parou de beber e comer, já a imprensa, afirma que a mesma estava com médicos. Em sua conta na rede social Instagram, Noa deixou a seguinte mensagem "Não vou fazer rodeios: vou estar morta no máximo em dez dias. Após anos de batalha, minha luta acabou. Finalmente vou me libertar do meu sofrimento, que é

insuportável. Não tentem me convencer de que isso não é bom. [...]". (ADOLESCENTE, 2019)

Diversos estudiosos, entendem que o direito de morrer, deve ser visto como um direito fundamental, “[....] sendo a eutanásia, a ortotanásia e o suicídio assistido, formas humanas de exercer este direito de morrer com dignidade”, entretanto, não deve-se confundir o direito à morte digna e o direito de morrer. A morte digna, tem ligação com uma pessoa que já está em estágio terminal de uma doença e quer se libertar de tal sofrimento. (DORIGON, 2018)

A respeito da morte digna, é importante lembrar que o prolongamento da vida de uma pessoa em estado irreversível, só aumentará seu sofrimento, prejudicando ainda seus familiares que acompanham a situação, sendo a distanásia uma situação desumana. Contudo, é importante analisar o caso em si, verificar o motivo pelo qual a pessoa não deseja mais viver, caso haja medicamentos ou tratamentos para mudar esse estado, deve sempre optar por evitar a morte, porém, em casos de extrema necessidade, onde a pessoa demonstra que não há mais razões para estar neste mundo, deve ser concedida a morte a esta pessoa, baseado no princípio da dignidade da pessoa humana. (DORIGON, 2018)

Magalhães (2014), demonstra que, o direito de ter a própria morte, é uma forma de autonomia e dignidade, caso o suicídio fosse regulamentado, seria evitável que o indivíduo não tenha sofrimentos desnecessários no ato ou até mesmo, uma possível sequela, caso a tentativa não obtenha êxito. Mesmo não obtendo nenhuma regulamentação, o ato não deixa de existir clandestinamente, mas seria uma forma do indivíduo ter uma morte digna.

4 ANÁLISE DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUICIDAS NA CIDADE DE TUBARÃO NOS ANOS DE 2013 A 2018

Bevilacqua (2018), demonstra após estudos que Santa Catarina, possui a 2ª maior taxa de suicídios do Brasil. Com tantos atos suicidas, é importante a análise dos fatores sociodemográficos, visando identificar o principal perfil dos suicidas e o que pode acarretar a autodestruição.

No presente capítulo, serão analisados os fatores sociodemográficos dos suicidas na cidade de Tubarão/SC entre os anos de 2013 a 2018, sendo demonstrado, através de gráficos com porcentagens ou números, dados pessoais dos indivíduos, como por exemplo, faixa etária, gênero, descente, entre outros. Ainda, serão demonstrados fatores psicológicos, à exemplo, se o indivíduo possuía algum transtorno mental e se algum profissional o acompanhava. Após demonstrados os devidos dados, serão comparados com os dados do Brasil.

4.1 MÉTODOS

A presente pesquisa, visa demonstrar a análise dos fatores sociodemográficos dos suicidas na cidade de Tubarão/SC nos anos de 2013 a 2018, de forma documental e de abordagem quantitativa. Neste espaço de tempo, num total de cinco anos, a Central de Plantão Policial, de Tubarão/SC, identificou 36 óbitos por suicídio, sendo alguns casos identificados em apenas boletins de ocorrência.

Após o projeto de pesquisa ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), recebendo sua aprovação conforme Anexo A, colheu-se de inquéritos policiais e boletins de ocorrência, informações acerca dos fatores sociodemográficos e psicológicos. Importante salientar que, apesar de diversos dados pessoais serem demonstrados neste trabalho, o anonimato dos indivíduos suicidas, foram preservados.

Todavia, é importante mencionar que, em alguns casos, não foi possível a completa identificação de tais fatores, conforme Apêndice A, tendo em vista de que, muitos familiares e amigos, não foram capazes de disponibilizar todos os dados possíveis, de modo que, interferiu em tais fatores, a exemplo de, a religião e se o indivíduo possuía seguro de vida.

Os fatores analisados, geraram um perfil sociodemográfico, sendo este, demonstrado através de gráficos, com porcentagens ou frequências e sendo, ainda, comparados aos dados do Brasil.

4.2 DADOS DA CIDADE DE TUBARÃO/SC

Estima-se que entre os anos de 2010 e 2018, a população, na cidade de Tubarão, estaria entre 97. 235 e 104. 937 pessoas, conforme dados do IBGE (2018).

No ano de 2013, na cidade de Tubarão/SC, ocorreram 11 suicídios, sendo 3 mulheres e 8 homens. Em 2014, foram 8 suicídios, dividindo-se entre 3 mulheres e 5 homens, já em 2015, houve 4 suicídios, sendo todos homens. Em 2016, não houve nenhum suicídio, todavia, em 2017, apesar da pouca quantidade, houve apenas 3, dividindo-se entre 1 mulher e 2 homens. Em relação ao ano de 2018, houve uma quantidade considerável, da mesma forma que no ano de 2014, houve 8 suicídios, sendo que foram, 2 mulheres e 6 homens.

Neste sentido, dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstram que no ano de 2016, 42.987 pessoas, estariam em algum vínculo empregatício, em porcentagem, 41, 5% da população de Tubarão/SC, estariam empregadas.

A respeito do Índice de Desenvolvimento Humano, entende Motta que "O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma unidade de medida utilizada para aferir o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade nos quesitos de educação, saúde e renda". Conforme os dados demonstrados pelo IBGE (2016), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, da cidade de Tubarão/SC, seria de 0,796. O IDH do Brasil, está entre no 79º lugar de 189 países, sendo o índice de 0,759. (CLAVERY, 2018)

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Em conformidade ao que foi dito anteriormente, a respeito da importância de serem analisados os dados dos suicídios na cidade de Tubarão/SC, insta constar que nos dias atuais, o suicídio é uma questão de saúde pública, ocorrendo no Brasil, em média, por ano, 11.500 casos de óbitos por suicídio e ocorrendo em média, 40.000 casos de tentativas de suicídio por ano. Moreira (2018), entendeu que "o suicídio é, hoje, a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil. Entre os homens nesta faixa etária, é o terceiro motivo mais comum; entre as mulheres, o oitavo".

Diante do que fora apresentado, visa destacar que no presente capítulo, serão abordadas, em formas de gráficos e tabelas, os dados dos perfis sociodemográficos dos suicidas e de forma secundária, os aspectos psicológicos, entre os anos de 2013 a 2018.

A respeito dos aspectos sociodemográficos, serão abordados os seguintes quesitos: faixa etária, gênero, grau de instrução, profissão, estado civil, descendentes, religião,

vícios, seguro de vida, se houve tentativas anteriores, local do óbito, método utilizado e por fim, se os familiares estariam cientes ou não, da condição do suicida. Neste sentido, nos aspectos psicológicos, serão demonstrados se o suicida possuía algum transtorno ou doença mental, se realizava acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e ainda, se fazia uso de medicamentos.

4.3.1 Aspectos sociodemográficos

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), os aspectos sociodemográficos são fatores de risco para o suicídio.

4.3.1.1 Faixa etária

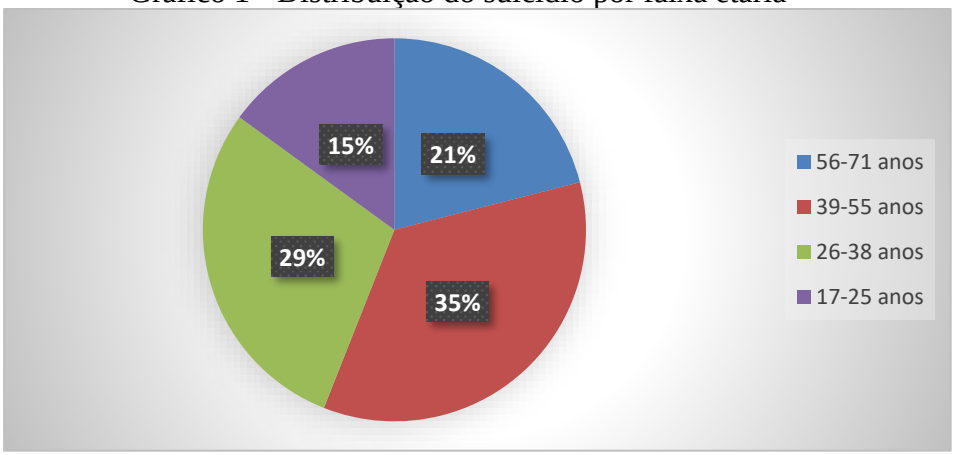
No ano de 2015, o suicídio teria sido a quarta, entre as maiores causas de mortes, na faixa etária de 15 a 29 anos. Waiselfisz, citado por Giannini e Lisbôa (2018), a respeito da faixa etária, relacionada ao suicídio, entende que "a faixa etária de 15 a 24 anos e acima de 60 são consideradas as que mais crescem, de forma em geral".

De acordo com Abelha, Legay, et al (2009), mencionados por Botega (2015), afirmaram que:

> No Brasil, a elevação das taxas de suicídio de acordo com o aumento da idade é marcante no sexo masculino. No entanto, de 1980 a 2006, as taxas de suicídio cresceram de forma mais pronunciada (30%) entre indivíduos de 20 a 59 anos de idade do que entre os que tinham 60 anos ou mais (19%).

Neste sentido, conforme os casos analisados, é possível notar uma variação nas idades, contudo, há uma grande taxa de incidência nos adultos entre 39 a 55 anos.

Gráfico 1 - Distribuição do suicídio por faixa etária



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Nota-se, de acordo com o gráfico 1, um percentual de 15% dos casos com idade entre 17 a 25 anos; 21% dos casos, tem entre 56 a 71 anos; 29% dos suicidas estão na faixa etária entre 26 e 38 anos e a taxa mais alta, sendo 35% dos casos, entre 39 a 55 anos.

Quanto à faixa etária, relacionada ao suicídio nesta pesquisa, é evidente constatar que os maiores casos estão entre 39 e 55 anos, e os menores casos estão ente 17-25. Neste sentido, a pesquisa demonstra o que a sociedade acredita ser ao contrário, mais jovens se suicidando do que pessoas mais velhas.

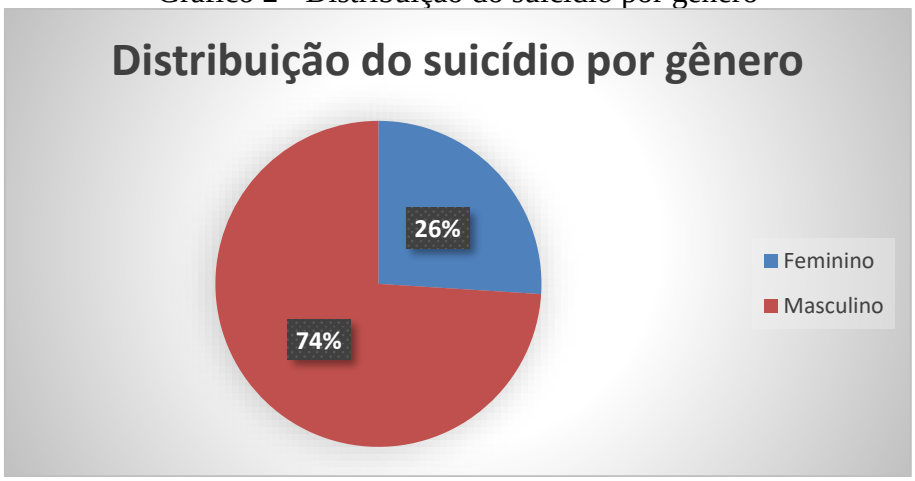
De acordo com dados colhidos no Estado de Santa Catarina, no ano de 2016, a maioria dos óbitos por suicídio, foram pessoas (145) que tinham idade entre 50 a 59 anos. (VIGILÂNCIA)

A Agenda de ações estratégicas, apresentada pelo Ministério da saúde (2017, p. 10), demonstra que "no Brasil, os homens são os mais afetados pelo suicídio, especialmente aqueles com 70 e mais anos de idade". Com relação aos dados nacionais, estes, não vão de encontro com à pesquisa em questão, de forma que, as pessoas mais afetadas estão entre 39 e 55 anos, entretanto, os dados de Santa Catarina, apontam que a principal faixa etária do Estado, está entre 50 e 55 anos, desta forma, vão de encontro com os dados da pesquisa.

4.3.1.2 Gênero

Com relação ao sexo, vinculado ao suicídio, Botega (2015, p. 109), afirma que "na maioria dos países, as taxas de mortalidade por suicídio são de 3 a 4 vezes maiores entre homens. No Brasil, a diferença entre os sexos quanto ao risco de morte por suicídio tende a aumentar com o avançar da idade".

Gráfico 2 - Distribuição do suicídio por gênero



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

O Ministério da Saúde (2017), demonstrou que o suicídio, é a terceira maior causa de morte entre homens de 15 a 29 anos e a oitiva maior causa de morte entre mulheres de 15 a 29 anos. Nos anos de 2011 a 2016, houve 62.804 mortes de homens por suicídio, totalizando 79% e as mulheres 21%. Ainda, o Ministério da Saúde comprovou que a taxa de mortalidade entre homens, é 3,6 vezes maior se comparado às mulheres.

"Estudo realizado entre 1980 a 2000 em território brasileiro, apontava o crescimento das taxas de suicídios comparados a nível global, se destacando o sexo masculino, que comete suicídio 4 vezes mais em comparação ao sexo feminino". (SUICÍDIO)

Neste sentido, os dados de Santa Catarina, demonstram que, em relação aos óbitos por suicídio, no ano de 2016, foram 633 mortes, sendo que 488 eram homens e 145, mulheres. (VIGILÂNCIA)

De acordo com o gráfico 2 apresentado, é possível notar que 74% dos suicidas, são do sexo masculino, ou seja, 25/34 homens. Com relação ao sexo feminino, este ocupa o segundo lugar com 26% dos casos, sendo 9/34 mulheres ao todo. Desta forma, os dados obtidos com a pesquisa, vão de encontro com os dados obtidos no Brasil e no Estado de Santa Catarina.

4.3.1.3 Profissão

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), a respeito da profissão dos suicídios, entenderam que "médicos, veterinários, farmacêuticos, químicos e agricultores têm taxas de suicídio maiores que a média [...] Perda do emprego, mais do que o fato de estar desempregado, foi associado com suicídio".

Neste mesmo sentido, entendeu Botega (2015, p. 112) que "entre as ocupações, médicos e dentistas destacam-se por apresentarem taxas de suicídio 5 e 2 vezes maiores, respectivamente, do que a população geral. O risco também é elevado entre enfermeiros, assistentes sociais, artistas, matemáticos e cientistas".

A autora Thees (2016), menciona acerca do Centro de Controle e Prevenção de Doenças, onde, após estudos, demonstraram que as pessoas que tenham um emprego na área da agricultura, pesca e silvicultura, possuem maiores taxas de suicídio "[...] a taxa de suicídio foi maior na agricultura, pesca e trabalhadores florestais (84,5 suicídios por 100 mil pessoas); seguido por construção e extração (53,3 por 100 mil) [...]".

Conforme demonstrado na tabela, as profissões dos suicidas, variam de forma considerável, todavia, é possível notar uma maior concentração entre os aposentados, sendo

21% dos casos, em segundo lugar, ficam os desempregados, com15% dos casos, em seguida, pedreiros, sendo 12%; Comerciantes, 9% dos casos; estudantes, com 6% dos casos e por último, em outras profissões, tem-se 39% dos suicidas.

Tabela 1 - Distribuição de casos por profissão

Distribuição de casos por Profissão

Profissão	N. de casos	Percentual
Aposentados	7,00	21%
Pedreiros	4,00	12%
Desempregados	5,00	15%
Estudantes	2,00	6%
Comerciantes	3,00	9%
Presidiário	1,00	3%
Prostituta	1,00	3%
Promotor de justiça	1,00	3%
Autônomo	1,00	3%
Costureira	1,00	3%
Linha de produção	1,00	3%
Agricultor	1,00	3%
Representante comercial	1,00	3%
Médico	1,00	3%
Chefe de cozinha	1,00	3%
Frentista	1,00	3%
Serviços gerais	1,00	3%
Não informado	1,00	3%

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

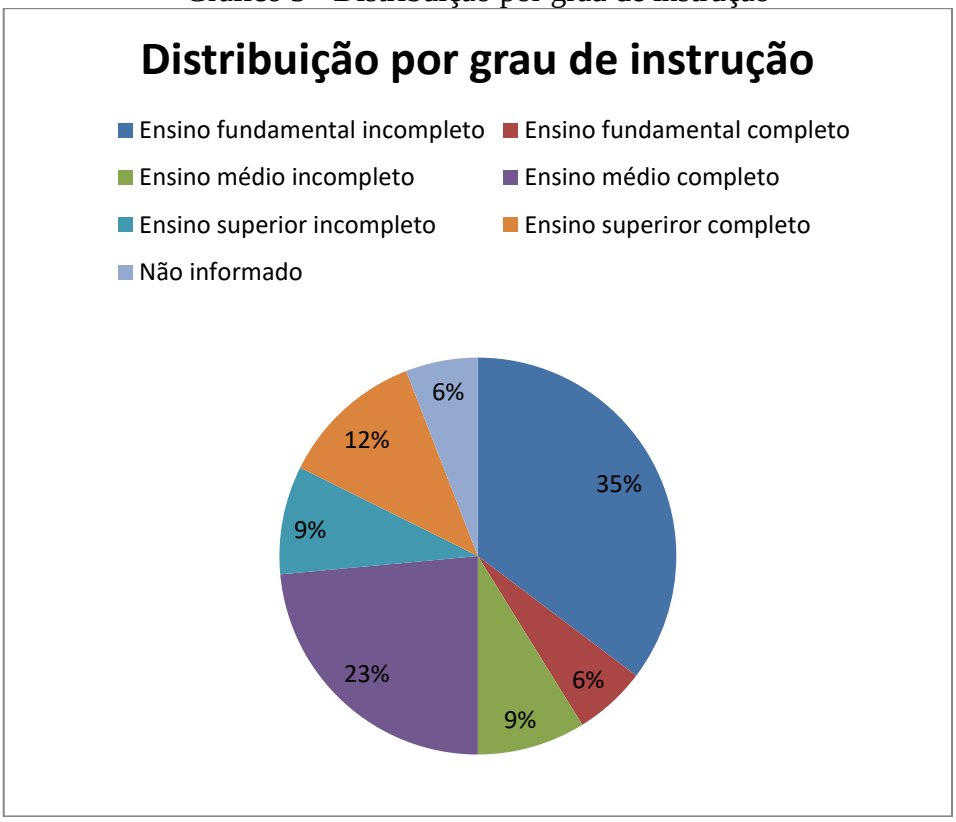
Em conformidade a isto, com os dados apresentados do Brasil e da cidade de Tubarão/SC, é notável que os dados retirados desta urbe, não vão de encontro com os dados nacionais, em vista de que, no Brasil, os maiores índices estão entre médicos e agricultores, e os resultadas da pesquisa monográfica, demonstram que as taxas mais altas estão entre aposentados, desempregados e pedreiros.

4.3.1.4 Grau de instrução

Com relação ao grau de instrução, Stevovi, et al (2011), citado por Albuquerque, et al (2017), mencionaram que:

> Estudos indicam que há uma correlação entre os índices de suicídio e o baixo nível de instrução, visto que um bom nível educacional influencia na interação com os outros, status social e econômico como emprego e renda familiar favoráveis, evitando preocupações, estresse que interferem na saúde mental do indivíduo.

Gráfico 3 - Distribuição por grau de instrução



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

De acordo com o gráfico 3, é possível notar que o grau de escolaridade que prevalece, é o ensino fundamental incompleto, sendo 35% dos casos, em seguida, ensino médio completo, com 23% dos casos; ensino superior completo, 12% dos casos apresentados; ensino médio incompleto, 9%; ensino superior incompleto, com 9%; ensino fundamental completo com 6% dos casos e por último, 6% dos casos não foram informados por familiares e não continham os dados no sistema da polícia civil.

Em virtude da falta de informações a respeito do grau de instrução dos suicidas no Brasil, não foi possível realizar uma comparação, afetando assim, diretamente tal pesquisa.

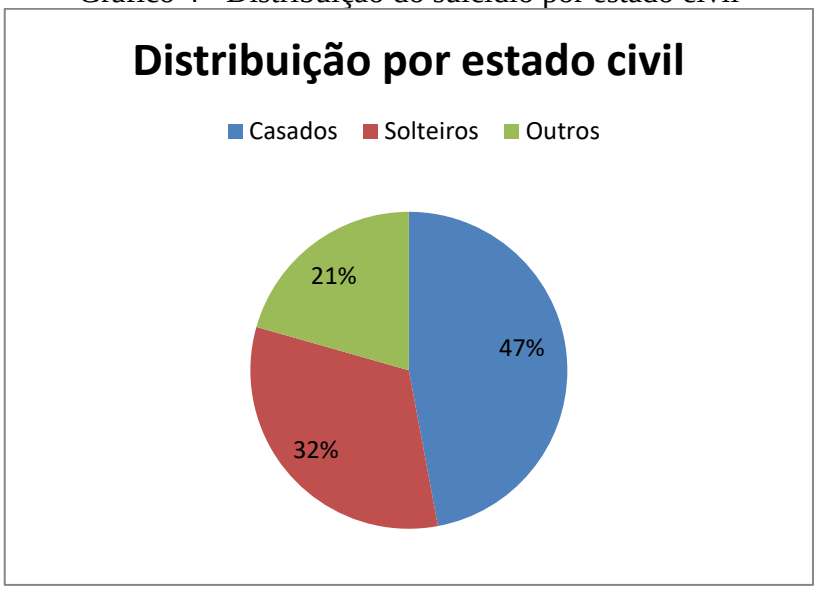
4.3.1.5 Estado civil

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2000), demonstra, a respeito do estado civil dos suicidas que "pessoas divorciadas, viúvas e solteiras têm maior risco do que pessoas casadas. As que vivem sozinhas ou são separadas são mais vulneráveis".

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2017), apontou que, em relação a situação conjugal, 60,4% dos suicidas no Brasil, são solteiros, viúvos ou divorciados e 31,5%, são casados ou em união estável.

Em conformidade a isto, Botega (2015, p. 111), afirmou que "As taxas de suicídio de pessoas viúvas, separadas e divorciadas costumam ser quatro vezes maiores do que as de pessoas casadas. Solteiros apresentam o dobro da taxa dos casados".

Gráfico 4 - Distribuição do suicídio por estado civil



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

O gráfico 4, conforme demonstrado acima, aponta que, 47% (16/34) dos suicidas, eram casados, 32% (11/34) eram solteiros e por último, 21% (7/34), apontados como "outros", incluem, viúvos (as), união estável, divorciados, entre outros.

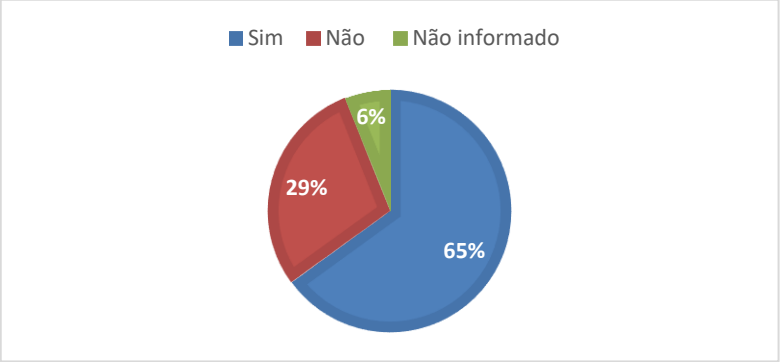
De acordo com os dados colhidos, é evidente que os dados de Tubarão/SC, vão de encontro com os dados colhidos do Brasil, em vista de que, nesta urbe, as maiores taxas estão entre os solteiros, viúvos ou divorciados, que somando a porcentagem, geram um total de 53%, ultrapassado os casados, que ficam com 47% dos casos.

4.3.1.6 Descendentes

Com relação aos suicidas que deixaram descendentes, 65% (22/34), possuíam filhos, 29% (10/34), não tinham e 6% (2/34) dos casos, os familiares não informaram durante as investigações.

De certa forma, a sociedade acredita que filhos influenciam o pensamento do suicida, fazendo com que este desista. Todavia, conforme os dados apresentados em Tubarão/SC, 65% dos indivíduos, tinham descendentes, desta forma, qualquer pensamento da sociedade é equívoco.

Gráfico 5 - Distribuição do suicídio por descendentes



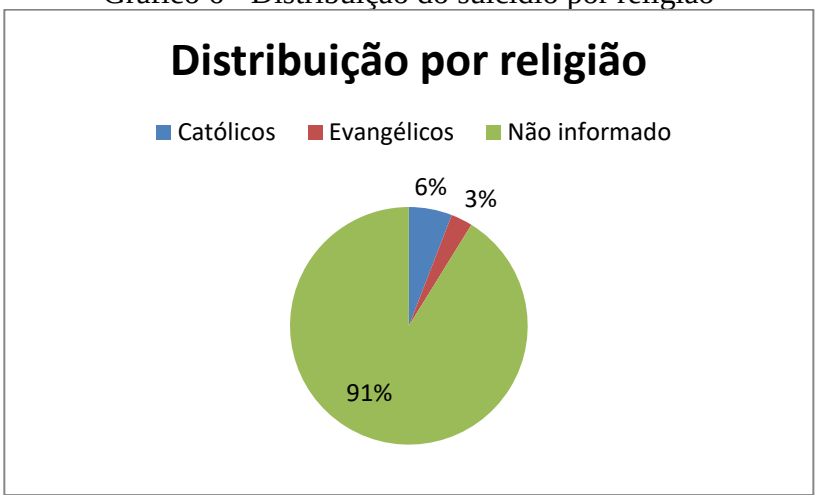
Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

4.3.1.7 Religião

Botega (2015, p. 111), acerca da religiosidade, menciona o caso de um empresário de 55 anos com depressão, que de imediato, acreditava que o suicídio seria sua única saída, todavia, sua fé foi algo substancial para que tirasse tal ideia de seus pensamentos.

Como já tratado na presente pesquisa monográfica, a religião pode afetar diretamente no pensamento do suicida, trazendo perspectivas boas ou ruins. Algumas religiões antigamente, influenciavam ao suicídio, outras, sempre repudiaram tal ato.

Gráfico 6 - Distribuição do suicídio por religião



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Em razão da falta de informações durante as investigações, pode-se apenas identificar que 3%, ou seja, apenas um suicida era evangélico, e 6%, sendo dois indivíduos, eram católicos, o restante, 91%, os familiares não informaram suas religiões.

4.3.1.8 Vícios

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), a respeito de vícios, como o álcool, afirmam que "cerca de um terço dos casos de suicídio estão ligados à dependência do álcool; 5 a 10% das pessoas dependentes de álcool terminam sua vida pelo suicídio; no momento do ato suicida muitos se apresentam sob a influência do álcool".

"Estudo recente mostra que o alcoolismo está presente em 85% das mortes por suicídio para cada 100 notificações, e associada com a depressão forma uma combinação fatal". (SUICÍDIO)

Neste sentindo, importante destacar que 8/34 suicidas apresentados nesta pesquisa, estavam, momento do ato, com teor alcoólico elevado. E com relação a drogas, 8/34, apresentaram estar com drogas no exame toxicológico, dentre elas, constavam apenas maconha e cocaína.

Gráfico 7 - Distribuição do suicídio por vícios

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

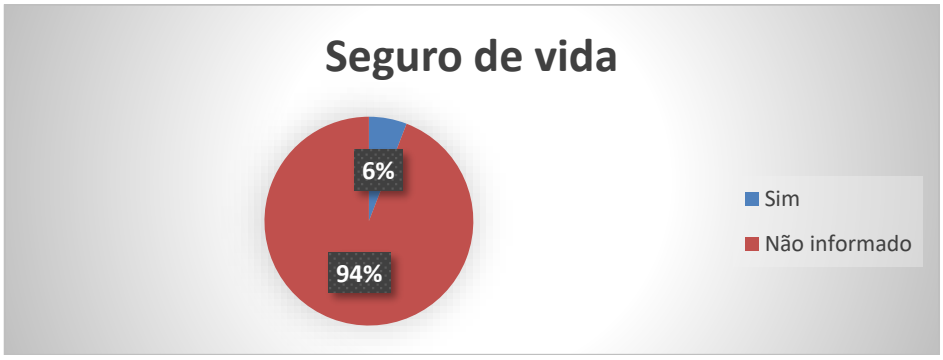
Conforme demonstrado no gráfico 7, onde demonstra a distribuição do suicídio por vícios, nota-se que 44%, não tinham qualquer tipo de vício, 41%, tinham vícios em drogas ou álcool, e alguns destes casos, tinham vício em ambos e 15% dos indivíduos, a família não informou durante as investigações.

Apesar de que, os dados colhidos no Brasil, demonstrem que muitos suicidas possuíam algum tipo de vício, os dados de Tubarão/SC, apresentam que 44% dos suicidas desta urbe, não obtinham qualquer tipo de vício, não seguindo desta forma, os parâmetros nacionais.

4.3.1.9 Seguro de vida

Igualmente ao caso da distribuição dos suicidas por religião, o gráfico 8, demonstra a distribuição do suicida por seguro de vida. Do mesmo modo, não houve informações completas em razão de familiares ou amigos não informarem durante as investigações se o indivíduo possuía ou não seguro de vida. Apenas 6% tinham seguro de vida, sendo um total de 2/34 suicidas, já o restante, 94%, não foram informados.

Gráfico 8 - Distribuição do suicídio por seguro de vida



Fonte: Elaborado pela autora

4.3.1.10 Local de consumação do ato

De acordo com Boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (2017), nos anos de 2011 a 2016, 97.500 mulheres e 43.524 homens, tentaram se suicidar na própria residência, sendo, respectivamente, 84% e 72,4% dos casos estudados.

Tabela 2 - Distribuição do suicídio por local do óbito

DISTRIBUIÇÃO DO SUICÍDIO POR LOCAL DO ÓBITO		
Local	**N. de casos**	**Percentual**
Residência própria	25	73%
Residência dos filhos	2	6%
Residência do irmão	1	3%
Presídio	1	3%
Local de festa	1	3%
Estabulo	1	3%
Estufa de fumo	1	3%
Local abandonado	1	3%
Frente da residência	1	3%

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Nota-se que, a tabela 2, demonstra a distribuição do suicídio por local do óbito, 73%, sendo 25/34 dos indivíduos, tiraram a vida em sua própria residência, 6% na residência dos filhos, 3% na residência do irmão, 3% no presídio, sendo este indivíduo, um presidiário, 3% em um local de festa, 3% no estabulo da residência, 3% na estufa de fumo da residência, 3% em um local abandonado e 3% em frente da própria residência.

Neste sentido, importante destacar que, os suicidas preferem suas residências, pois sabem os horários ou momentos que estarão sozinhos em sua casa, ainda que, não tenha dados registrados sobre tal afirmação, é possível visualizar como sendo correta, pois os suicidas analisados nesta pesquisa, estavam sozinhos em sua residência, ou com familiares dormindo. Desta forma, os dados de Tubarão/SC, vão de encontro com os dados nacionais.

4.3.1.11 Método de auto eliminação

A Organização das Nações Unidas do Brasil, menciona que conhecer os métodos utilizados nas tentativas de suicídio, é algo essencial para que possa ser traçado um plano para a prevenção ao suicídio, “sendo o envenenamento o mais utilizado, acompanhado pelo enforcamento e armas de fogo”. (SUICÍDIO)

Neste mesmo sentido, a Organização Mundial a Saúde (2000), a respeito dos métodos utilizados para o ato suicida e o acesso a estes meios, menciona, uma forma de prevenção: “O imediato acesso a um método para cometer suicídio é um importante fator determinante para um indivíduo cometer ou não suicídio. Reduzir o acesso a métodos de cometer suicídio é uma estratégia efetiva de prevenção”.

Moreira, Félix et al (2017), afirmam que “Vários métodos são utilizados para a prática autoinfligida, dentre eles: precipitação de lugares altos, uso de arma de fogo ou arma branca, enforcamento, ingestão de agrotóxicos, sobredose medicamentosa e venenos”.

Tabela 3 - Distribuição do suicídio pelo método utilizado no ato

DISTRIBUIÇÃO DO SUICÍDIO PELO MÉTODO UTILIZADO		
Métodos	**N. de casos**	**Percentual**
Asfixia por enforcamento	30	88%
Medicamentos	1	3%
Produto químico	1	3%
Atirou-se de um prédio	1	3%
Facada	1	3%

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Conforme demonstrado na tabela 3, é notável a disparidade nos casos dos métodos utilizados para a auto eliminação. Importante mencionar que, 88%, sendo 30/34 dos indivíduos, tiraram a vida com o método de asfixia por enforcamento, 3% com medicamentos, 3% com produtos químicos, 3% jogou-se de um prédio e 3% com facada.

4.3.1.12 Já havia tentado?

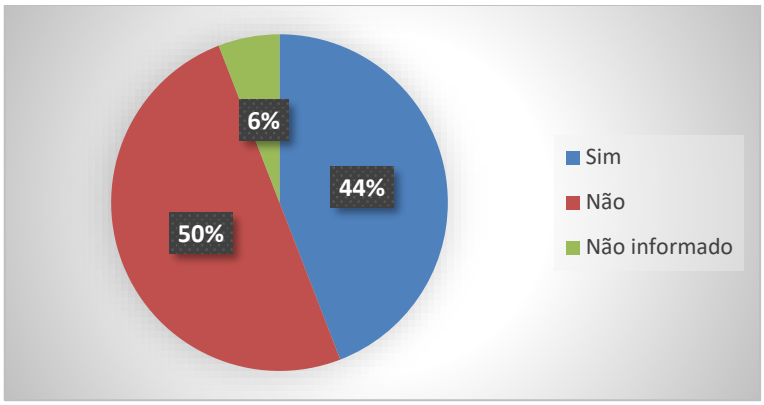
Um dos principais fatores de risco, é o fato do indivíduo já ter tentado cometer suicídio, assim entende Neves (2018), “Pacientes que tentaram suicídio tem de cinco a seis vezes mais chances de tentar novamente e, 50% dos pacientes que se suicidaram já haviam tentado antes”.

Conforme entende Botega (2015, p. 58), “Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de mortes em pelo menos dez vezes”. O autor menciona um trabalho realizado por estudantes da Universidade Estadual de Campinas, onde entrevistaram 515 pessoas, sorteadas. O resultado demonstrou que 17% já teriam pensado em suicídio, 5% elaboraram algum plano, entretanto não deram início e apenas 3% já teriam tentado.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), nos anos de 2011 a 2016, houve 30.013 tentativas de suicídio por parte das mulheres e 15.455 tentativas pelos homens, sendo, neste caso, 69% mulheres e 31% homens.

Apesar dos dados apresentados, serem suicídios consumados, há dados a respeito de tentativas, conforme demonstrado no gráfico 9. Os indivíduos que fazem parte desta pesquisa, 17/34 deles, a família informou que nunca teriam tentado cometer suicídio, entretanto, 15/34 deles, já teriam tentado, não obtendo êxito. E durante as investigações, familiares de apenas 2/34 indivíduos, não souberam informar se já teriam atentado contra a própria vida.

Gráfico 9 - Distribuição do suicídio por tentativas anteriores



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

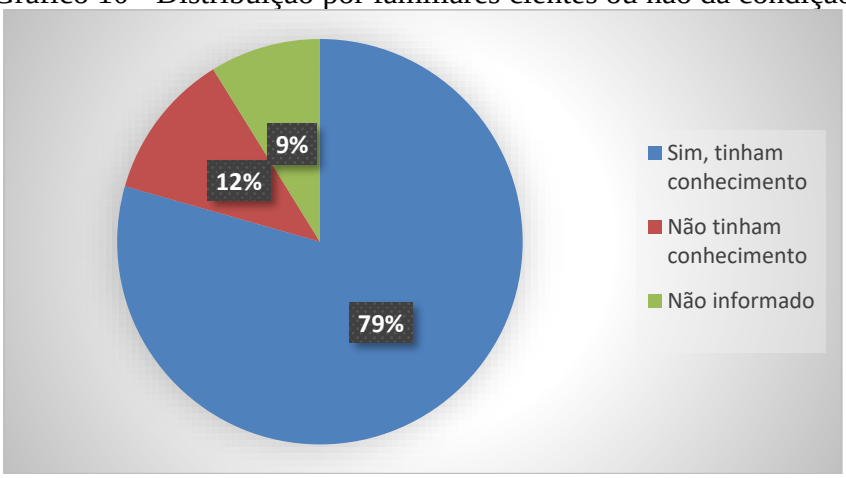
Neste sentido, com os dados do Brasil demonstrados, importante destacar os dados de Tubarão/SC, assim, 5 mulheres tentaram se suicidar antes de cometer o ato, e 10 homens também tentaram se auto eliminar, diante disto, é evidente que os dados de Tubarão/SC, não acompanham os dados do Brasil, haja vista que, nesta urbe, prevalece o sexo masculino, e no Brasil, o feminino.

4.3.1.13 Família estava ciente da condição?

Familiares e amigos, hoje, para a pessoa que já tenha tentado cometer suicídio, é algo indispensável. A família é uma fonte de apoio, que geralmente, estará sempre disponível para o indivíduo.

No ano de 2011, passou a ser obrigatório em alguns estados, os hospitais ou colégios, informarem parentes acerca de automutilação ou tentativa de suicídio. A Lei 13.819, de 26 de abril de 2019, foi sancionada, e obriga os hospitais e escolas a informarem às autoridades competentes acerca do ato.

Gráfico 10 - Distribuição por familiares cientes ou não da condição



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Importante mencionar a respeito da ciência ou não dos familiares e amigos, a respeito da condição do suicida, visando identificar se estariam cientes da vontade do indivíduo de cometer o ato. 79% dos familiares ou amigos, sabiam da condição do indivíduo, já 12%, não tinham conhecimento algum e por fim, 9% não informaram durante o inquérito policial se sabiam ou não da condição.

4.3.2 Aspectos psicológicos

De acordo com Neves (2018), acerca dos transtornos ou doenças mentais, entende que "a maioria dos suicidas possuíam transtornos mentais não tratados ou maltratados, os principais são: depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas, transtornos de personalidade e esquizofrenia".

"A Organização Mundial da Saúde (2001) adverte que a depressão em 20 anos poderá se tornar a segunda causa de doenças no mundo. Ocupando atualmente o quarto lugar entre causas de transtorno mental". (SUICÍDIO)

Tabela 4 - Distribuição do suicídio por doença ou transtorno mental

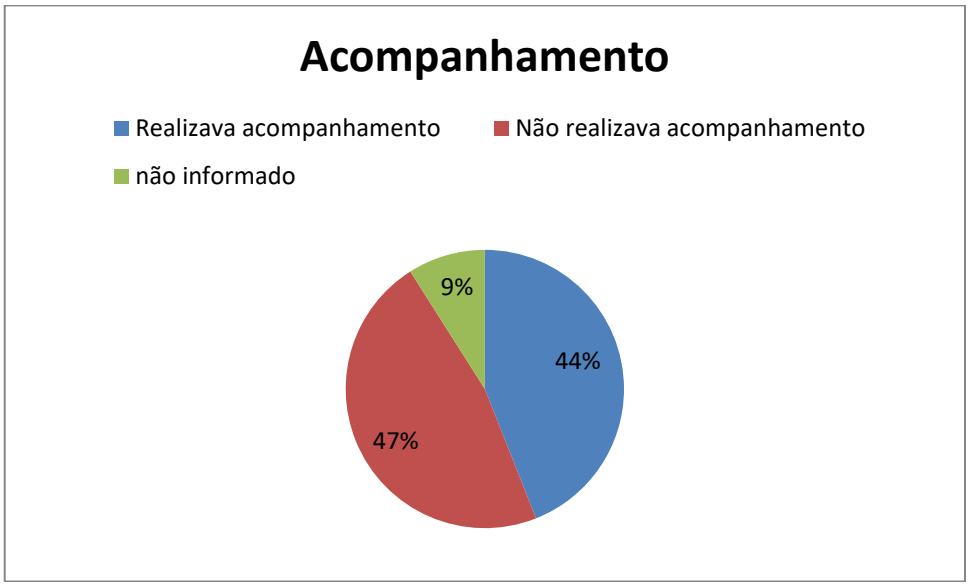
DISTRIBUIÇÃO DO SUICÍDIO POR DOENÇA OU TRANSTORNO MENTAL		
Doença	**N. de casos**	**Percentual**
Depressão	23	68%
Esquizofrenia	1	3%
Síndrome do pânico	1	3%
Não informado	9	26%

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Visto que hoje, transtornos ou doenças mentais, aumentam consideravelmente o risco de suicídio, é importante destacar informações a este respeito. Como demonstrado na tabela 4, 68%, ou seja 23/34 dos indivíduos, tinham depressão, 3%, sendo 1/34, tinha esquizofrenia, 3% ou seja 1/34 tinha síndrome do pânico e por fim, 26% sendo 9/34, os familiares ou amigos, não souberam informar.

Com os transtornos ou doenças mentais, importante analisar os dados dos indivíduos acerca do acompanhamento periódico ou não ao psicólogo ou psiquiatra. De acordo com o que fora demonstrado no gráfico 11, abaixo, 47% dos indivíduos, não realizam acompanhamento, entretanto 44% realizavam o acompanhamento periódico e afetando as investigações, 9% dos familiares ou amigos dos suicidas, não souberam informar.

Gráfico 11 - Distribuição do suicídio por acompanhamento psiquiátrico ou psicológico

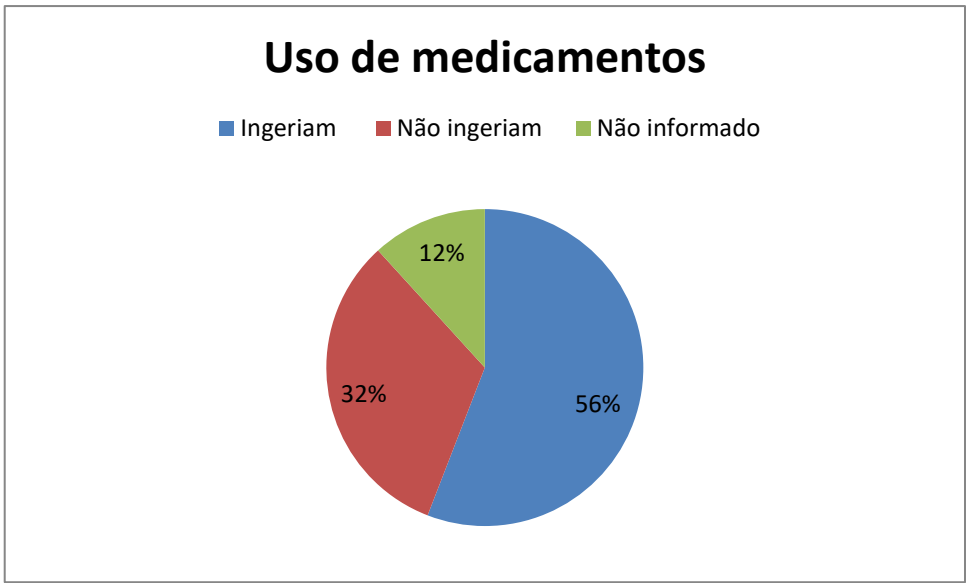


Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

É de suma importância que, quando a pessoa tem a primeira crise, ou demonstre ideações suicidas, realizar de imediato, uma internação com acompanhamento de psicólogos ou psiquiatras. Entretanto, muitas pessoas não aceitam o simples fato de “aceitar ajuda”.

Com o acompanhamento psiquiátrico, por conta de alguma doença ou transtorno mental, alguns dos indivíduos realizavam o uso de medicamentos para combater tais doenças ou transtornos. Desta forma, conforme demostra o gráfico 12, 56% faziam uso de algum medicamento, 32% não faziam uso e 12%, familiares ou amigos não souberam informar.

Gráfico 12 - Distribuição do suicídio por uso de medicamentos



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Apesar de que, o uso de medicamentos, por um lado pode trazer uma série de benefícios, muitas pessoas que já pensaram ou tentaram cometer suicídio, veem o medicamento como uma forma de se auto eliminar e de acordo com Botega (2015, p. 160) [...] o alívio dos sintomas proporcionado por um psicofármaco mascara um problema a ser trabalhado na psicoterapia. Lamentavelmente, pacientes ainda ouvem isso de alguns de seus terapeutas e acabam postergando o início do tratamento farmacológico da depressão”.

5 CONCLUSÃO

No Brasil, os registros constam em média, 11.500 óbitos no ano por suicídio. Embora seja existente a algum tempo, já foi duramente criticado, como também já foi aceito por diversas culturas e religiões. Hoje, o suicídio não deve mais ser tratado como algo normal, algo que não é comentado abertamente, um tabu, mas sim, deve ser considerado como um transtorno mental, pois a pessoa que tem ideações suicidas, não está bem fisicamente e emocionalmente dizendo. Com os dados obtidos, a pessoa que tem pensamentos suicidas, achando que outros indivíduos ao seu redor, ficarão melhores sem ela, certamente está com depressão, o que hoje, pode ser tratado e curado, se descoberto de imediato.

De acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, entende-se que o suicídio, não é um ato punível, é um indiferente penal. Diferentemente da participação em suicídio, o qual é tipificado como crime, uma pessoa que induz, instiga ou auxilia outro ao suicídio. Importante mencionar o princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia, visto que, podem ser associados ao suicídio para que a pessoa possa ter o direito a morte com dignidade em razão da sua liberdade, prevista na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Em vista de que, o suicídio é uma questão de saúde pública e a quarta maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, é necessário pesquisas e dados informativos, para utilizar este perfil de risco, como uma forma de prevenção. Conforme os dados analisados através dos boletins de ocorrência e inquéritos policiais na Central de Plantão Policial, na cidade de Tubarão/SC, foram obtidas informações acerca dos aspectos sociodemográficos e psicológicos dos 34 indivíduos que se suicidaram entre os anos de 2013 a 2018, gerando desta forma um perfil. O principal perfil foram homens, faixa etária de 39-55 anos, aposentados, ensino fundamental incompleto, casados, possuíam filho, não tinham vícios, se suicidaram na própria residência e optaram pelo método de asfixia por enforcamento. Deste perfil obtido, é possível observar que não teriam tentado cometer suicídio anteriormente, não sendo possível identificar a religião e se possuíam seguro de vida. Os familiares ou amigos, estavam cientes da condição emocional do indivíduo, sendo que tinham depressão, não realizavam acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e por fim, faziam uso de medicamentos. Alguns desses dados obtidos, acompanham os dados nacionais, o que formam um grupo de risco no Brasil, demonstrando que em algumas situações, as pessoas devem ter mais cuidado com outras, a exemplo, um indivíduo com depressão deve ter uma atenção especial.

Com este trabalho, pode-se concluir que, o suicídio é um grave problema de saúde pública, que, apesar de ser tratado como um tabu, deve ser discutido de forma mais aberta,

sendo criadas formas de prevenções, incluindo, o perfil demonstrado, que expõem as principais pessoas em situações que aumentam o risco do suicídio, para que nestes casos, se tenha uma atenção especial e evitar outras mortes. Desta forma, tem-se a esperança de a pesquisa monográfica apresentada, possa colaborar em trabalhos futuros a respeito do foco "suicídio", levando-se em consideração os dados obtidos durante a presente pesquisa acerca do perfil sociodemográfico do suicida.

REFERÊNCIAS

ADOLESCENTE vítima de abuso desiste de viver e morre ao lado dos pais. **Globo.** 2019. Disponível em: https://g1.globo.com/mundo/noticia/2019/06/05/adolescente-vitima-de-abuso-desiste-de-viver-e-morre-ao-lado-dos-pais.ghtml. Acesso em: 05 jun 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (Brasil). **Suicídio**: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 06 abril de 2019.

BARROSO, Luís Roberto**. Interpretação e aplicação da Constituição:** fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A Morte como ela é:** Dignidade e Autonomia Individual no Final da Vida. 2010. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/54230/morte_dignidade_autonomia_barroso.pdf

BEVILACQUA, Viviane. **Santa Catarina possui a segunda maior taxa de suicídios no país.** 2018. Disponível em: https://www.nsctotal.com.br/colunistas/viviane-bevilacqua/santa-catarina-possui-a-segunda-maior-taxa-de-suicidios-no-pais. Acesso em: 08 jun 2019.

BLÁZQUEZ, N.; JOSSUA, J.P.; PIEPER, A.; POWER, D. **Suicídio e direito de morrer.** Nimega: Concilium, 1985.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF. Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Brasília, DF. Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 30 maio de 2019.

BRITO, Misael Pinheiro. **A autonomia da vontade no direito de morrer**. Teresina: ano 21, n. 4609, 13 fev. 2016. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/46381/a-autonomia-da-vontade-no-direito-de-morrer/1. Acesso em: 8 jun. 2019.

CALADO, Isabela. **Casos de suicídio no estado de São Paulo crescem 30% e os homens são as maiores vítimas.** 2017. Disponível em: http://www.espacodopovo.com.br/casos-de-suicidio-no-estado-de-sao-paulo-crescem-30-e-os-homens-sao-as-maiores-vitimas/. Acesso em 10 abr. 2019.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal.** 22ª ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

CASSORLA, Roosevelt M. S. **Suicídio:** Fatores inconscientes e aspectos socioculturais. São Paulo: Blucher, 2018.

CELVA, Eder Cláudio. **Cultura e Religiosidade de um povo.** Blumenau: Percepção, 2016.

CLAVERY, Elisa. **Brasil tem pequena melhora no IDH, mas segue estagnado no 79°lugar em ranking global.** 2018. Disponível em: https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/09/14/brasil-tem-pequena-melhora-no-idh-mas-segue-estagnado-no-79lugar-em-ranking-global.ghtml. Acesso em: 14 jun 2019

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia.** Brasília: Conselhos Regionais de Psicologia, 2013.
DORIGON, Alessandro**. O direito de morrer com dignidade**: um estudo sobre a eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido. 2018. Disponível em: http://conteudojuridico.com.br/index.php?artigos&ver=2.590355. Acesso em: 03 jun 2019.

DEGRAVA, Ana Carolina da Silva; MOREIRA, José Claudio Domingues. **Autonomia privada como fundamento constitucional.** 2018. Disponível em: https://juridicocerto.com/p/anadegrava/artigos/autonomia-privada-como-fundamento-constitucional-4851. Acesso em: 5 jun 2019.

DEVAL, Rafael Antônio; GOUVÊA, Gisele Gomes. **O direito de morrer e a Dignidade da pessoa humana.** Brasília: Ano XXII, n. 75, p. 51-58, maio/ago. 2018. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/126639/direito_morrer_dignidade_gouvea.pdf. Acesso em: 08 jun 2019.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio:** Estudo de sociologia. Tradução Monica Stabel. São Paulo: Martins Fontes, 2000

DURKHEIM, Émile. **O suicídio:** estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1982.

GONÇALVES, Victor Eduardo Rios **Direito penal esquematizado**: parte especial. São Paulo: Saraiva, 2011.

GRECO, Rogério. **Código Penal comentado.** 11ª ed. rev. amp. Niterói: Impetus, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Santa Catarina:** Tubarão. 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/tubarao/panorama. Acesso em: 13 jun 2019.

JOINER, T. **Why people die by suicide.** Massachusetts: Harvard, 2005.
KOSACHENCO, Camila. **Mapa dos suicídios no Brasil coloca Rio Grande do Sul em alerta.** 2017. Disponível em:https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2017/09/mapa-dos-suicidios-no-brasil-coloca-rio-grande-do-sul-em-alerta-cj7ur9sz8003701tg0ygobo0s.html. Acesso em: 28 maio 2019.

LOPEZ, Vinicius Kobayashi Ângulo. **Ortotanásia no direito brasileiro.** 2015. Disponível em: https://vinicius384.jusbrasil.com.br/artigos/169254839/ortotanasia-no-direito-brasileiro?ref=serp. Acesso em: 27 maio 2019.

MACIEL, Victor. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio.** 2015. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio. Acesso em: 28 maio 2019.

MAGALHÃES, Camila Cavalcanti Valadares**. Direito e suicídio:** o direito da liberdade de escolha de viver ou morrer no ordenamento brasileiro. Orientador: Carlos Augusto Teixeira Magalhães. 2014. Monografia (Graduação em direito) - Centro Universitário Newton Paiva, Belo horizonte, 2014.

MALISKA, Maurício; WALLAUER, Aline. **Suicídio:** um desafio para os profissionais da saúde. Florianópolis: Pandion, 2012.

MARCOMIM, Ivana; LEONEL, Vilson. **Projetos de Pesquisa Social.** Palhoça: Unisul, 2015.

MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIER, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de direito constitucional.** 7ª ed. São Paulo: Saraiva educação, 2018.

MARTINS, Carlos Eduardo. **Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia.** 2013. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico. Acesso em: 25 maio 2019.

MASSON, Cleber. **Direito penal esquematizado:** parte especial. 6ª ed. rev. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **Psiquiatria**: estudos fundamentais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. *E-book.* Acesso restrito via Minha Biblioteca.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda Estratégica de prevenção do suicídio.** 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf. Acesso em: 28 maio 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. 2017. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf. Acesso em: 29 maio 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** sinais para saber e agir. 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio. Acesso em: 14 mai. 2019.

MÖLLER, Letícia. **Direito à morte com dignidade e autonomia:** O direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e Autonomia da vontade. Curitiba: Juruá, 2008.

MOREIRA, Braitner. **Suicídios aumentam 2,3% em 1 ano, e Brasil tem 1 caso a cada 46 minutos.** 2018. Disponível em: https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/09/20/suicidios-aumentam-23-em-1-ano-e-brasil-tem-1-caso-a-cada-46-minutos.ghtml. Acesso em: 14 jun 2019.

MOTA, Hugo. **O que é IDH?.** Brasil Escola. Disponível em: https://brasilescola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-idh.htm. Acesso em 14 jun 2019.

MOURA, Niderlee e Silva Souza. **O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento para o livre exercício da personalidade humana e a autonomia da vontade do paciente.** 2017. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/61417/o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-como-fundamento-para-o-livre-exercicio-da-personalidade-humana-e-a-autonomia-da-vontade-do-paciente. Acesso em: 08 jun 2019.

NEVES, Maritiza. **Setembro amarelo:** vamos falar sobre suicídio. 2018. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/setembro-amarelo-vamos-falar-sobre-suicidio. Acesso em: 14 jun 2019.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

NUNES, Everardo Duarte**. O Suicídio:** reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. 7-34, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 14 jun 2016.

PEDROSO, F. A. **Homicídio, participação em suicídio, infanticídio e aborto.** Rio de Janeiro: Aide, 1995.

REDAÇÃO GALILEU. **Número de Suicídios aumentou 12% no Brasil, mostra Ministério da Saúde.** 2017. Disponível em: http://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2017/09/numero-de-suicidio-aumentou-12-no-brasil-mostra-ministerio-da-saude.html. Acesso em: 19 set. 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria:** ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANARE, Sobral. **Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio.** 2017. Acesso restrito.

SENGÈS, Giselle. **O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito a uma morte digna.** 2018. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/68663/o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-uma-morte-digna. Acesso em: 05 jun 2019.

SUICÍDIO: principais fatores de risco. **Brasil escola.** Disponível em: https://monografias.brasilescola.uol.com.br/enfermagem/suicidio-principais-fatores-risco.htm. Acesso em: 14 jun 2019.

THEES, Vanessa. **Você sabe qual é a profissão com a maior taxa de suicídio?.** 2016. Disponível em: https://pebmed.com.br/voce-sabe-qual-e-a-profissao-com-a-maior-taxa-de-suicidio/ https://pebmed.com.br/voce-sabe-qual-e-a-profissao-com-a-maior-taxa-de-suicidio/. Acesso em: 14 jun 2019.

VIGILÂNCIA epidemiológica divulga dados sobre suicídio em Santa Catarina. **Governo de Santa Catarina.** 2017. Disponível em: https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/vigilancia-epidemiologica-divulga-dados-sobre-suicidio-em-santa-catarina. Acesso em: 16 jun 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do Inquérito Policial ou Boletim de Ocorrência	Faixa Etária	Sexo	Profissão	Grau de instrução	Estado Civil	Possuía filhos?	Religião

Número do Inquérito Policial ou Boletim de Ocorrência	Tinha passado com vícios?	Possuía seguro de Vida?	Onde foi praticado o ato?	Como foi praticado?	Já tinha tentando?

Número do Inquérito Policial ou Boletim de Ocorrência	Estava em acompanhamento psiquiátrico?	Tomava alguma medicação?	A família sabia da condição?	Doença?

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS SUICIDAS NA COMARCA DE TUBARÃO NOS ANOS DE 2013 a 2018.
Pesquisador Responsável: Keila Comelli Alberton
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 11629819.0.0000.5369
Submetido em: 10/04/2019
Instituição Proponente: Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

PLATAFORMA BRASIL
COORDENADOR
PLATAFORMA BRASIL

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1248489