

Denise Machado Duran Gutierrez
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
Organizadores

Suicídio

Diálogos interdisciplinares

EDUA
Digital

Suicídio:
diálogos interdisciplinares

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

CONSELHO EDITORIAL
Presidente
Henrique dos Santos Pereira

Membros
Antônio Carlos Witkoski
Domingos Sávio Nunes de Lima
Edleno Silva de Moura
Elizabeth Ferreira Cartaxo
Spartaco Astolfi Filho
Valeria Augusta Cerqueira Medeiros Weigel

COMITÊ EDITORIAL DA EDUA
Louis Marmoz Université de Versailles
Antônio Cattani UFRGS
Alfredo Bosi USP
Arminda Mourão Botelho Ufam
Spartacus Astolfi Ufam
Boaventura Sousa Santos Universidade de Coimbra
Bernard Emery Université Stendhal-Grenoble 3
Cesar Barreira UFC
Conceição Almeira UFRN
Edgard de Assis Carvalho PUC/SP
Gabriel Conh USP
Gerusa Ferreira PUC/SP
José Vicente Tavares UFRGS
José Paulo Netto UFRJ
Paulo Emílio FGV/RJ
Élide Rugai Bastos Unicamp
Renan Freitas Pinto Ufam
Renato Ortiz Unicamp
Rosa Ester Rossini USP
Renato Tribuzy Ufam

Suicídio:
diálogos interdisciplinares

Denise Machado Duran Gutierrez
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro

(Organizadores)

EDUA
Digital

Copyright© 2018 Universidade Federal do Amazonas

Reitor
Sylvio Mário Puga Ferreira

Vice-Reitor
Jacob Moysés Cohen

Editor
Sérgio Augusto Freire de Souza

Revisão Gramatical
Giêr Memória

Revisão Técnica,
Rita Cintia Pinto Vieira

Projeto Gráfico e Diagramação
EDUA

Editora filiada à

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Catalogação na Fonte

S948 Suicídio: diálogos interdisciplinares / Organizado por
Denise Machado Duran Gutierrez e Joaquim Hudson de Souza Ribeiro. – Manaus: EDUA, 2018.
389 p.: il.

ISBN 978-85-7401-986-4

1. Suícidio - Amazonas. 2. Fenômeno Psicossocial. 3. Psicologia Social. I. Gutierrez, Denise Machado Duran. (Org.). II. Ribeiro, Joaquim Hudson de Souza. (Org.).

CDU 364.277(811.3)

Editora da Universidade Federal do Amazonas
Avenida Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, n. 6200 - Coroado I, Manaus/AM
Campus Universitário Senador Arthur Virgilio Filho, Centro de Convivência
Fone: (92) 3305-4291 e 3305-4290
E-mail: edua@ufam.edu.br

Suicídio:
diálogos interdisciplinares

Denise Machado Duran Gutierrez
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro

(Organizadores)

Sumário

13 **Prefácio**

19 **Introdução**

23 **A visão filosófica do suicídio**
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
Miguel Simões Neponuceno Junior

49 **O suicídio no mundo artístico e o pensamento camusiano**
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
Miguel Simões Neponuceno Junior

75 **Qualidade do registro de óbitos por suicídio em município amazônico com alta proporção de autodeclarados indígenas**
Maximiliano Loiola Ponte de Souza
Jesem Douglas Yamall Orellana

95 **Suicídio indígena no alto Rio Negro: uma compreensão sobre o fenômeno em um contexto culturalmente diferenciado**
Marluce Mineiro Pereira

115 **Suicídio entre idosos na cidade de Manaus: uma revisão bibliográfica**
Anderson Aires Lopes
Denise Machado Duran Gutierrez

133 **Suicídio: um estudo epidemiológico no estado do Amazonas (2007-2015).**
Clovis Castro Coelho
Denise Machado Duran Gutierrez

149 **De diretor de empresa a desempregado: identidade social e suicídio de idosos**
John Elton Costa dos Santos
Denise Machado Duran Gutierrez

Suicídio entre idosos no Amazonas: um estudo epidemiológico e social 167
Rosa Maria Rodrigues Marques
Denise Machado Duran Gutierrez

Representações sociais do suicídio entre grupos de idosos 205
Rosenilda Freitas da Silva
Denise Machado Duran Gutierrez

Suicídio: uma leitura da psicologia social crítica 223
John Elton Costa dos Santos

O suicídio na concepção de profissionais de saúde: uma análise compreensiva 251
Odineas Gomes Barbosa da Luz
Ewerton Helder Bentes de Castro

Suicídio na infância – um estudo epidemiológico no Amazonas a partir do sistema de informação sobre mortalidade (FVS/SIM) 285
Eliza do Amaral Ferreira Guimarães
Denise Machado Duran Gutierrez

Violência sexual contra crianças e adolescentes: ideação suicida, tentativa de suicído, automutilação e intervenção cognitivo-comportamental 313
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
Adriane Andrade Costa
Lorenzo de Souza Paião
Nathaly Marculino Morais
Alan Araújo da Costa

341 **Comportamento suicida. Tentativas e suicídios na adolescência e juventude no Brasil: uma revisão sistemática**
Bianka Mélida Bertrand Velásquez
Denise Machado Duran Gutierrez

359 **Fatores de risco para o suicídio: revisão integrativa da literatura**
Dayanne de Souza Dantas
Selma Barboza Perdomo
Sibila Lilian Osis

383 **Os autores**

Prefácio

Da maior oportunidade, este livro que vem a público com uma organização primorosa de autores e textos enfrenta com muita seriedade o tema e os fatos do suicídio no Amazonas. Como consequência desse doloroso fenômeno, os conceitos e teorias científicas, e o manejo de dados e representações dos processos socioculturais que permeiam as diversas tipologias de suicídio estão sempre sob a vigilância epistêmica e análise rigorosa em vários campos disciplinares. Sublinha-se, de início, que os estudos que dão origem a esta obra abordam o suicídio como fenômeno psicossocial cuja apreensão de sentidos e significados que se transformam em contextos históricos diversos, articulam dados, fatos e concepções teóricas de abordagens compreensivas e explicativas.

Ao constituir-se em problemática, o suicídio é um fenômeno da vida em sociedade e um processo existencial complexo, interdisciplinar, que envolve hipóteses, variáveis e fatores diversos. Do reconhecimento da problemática à intervenção propriamente dita, há indicações sobre a produção científica no Brasil de que as áreas que acumulam mais conhecimento produzido nesse assunto são a saúde mental, enfermagem, farmácia, ciências sociais e letras. Há estudos que indicam que os transtornos mentais presidem as causas de 80% dos suicídios. No que diz respeito à saúde pública as intervenções factuais são demandadas pela categorização epidemiológica do suicídio com a diversificação crescente de doenças e transtornos mentais. Neste mister, fatos, fenômenos e processos estão cercados de múltiplas variáveis, no âmbito do controle racional, e de inúmeras dimensões não racionais desta ação volitiva. Como o suicídio não se encerra em seu próprio objetivo, o impacto sobre a atmosfera próxima, familiar e comunitária é muito forte.

Em vários momentos históricos, estudos e registros sobre esse fenômeno privilegiaram abordagens psicopatológicas, nas quais as contribuições clássicas e contemporâneas da Sociologia e da Psicologia Social estruturaram

um vasto campo de pesquisa. Cresce, no entanto, a perspectiva da multiplicidade de fatores e da complexidade de interações que envolvem o suicídio[1]. E ainda na contemporaneidade, como se sublinha em texto deste livro que aborda o suicídio em populações e sociedades indígenas, evidenciam-se limitações dos registros do suicídio por completude, oportunidade e cobertura. Esta é uma realidade que impõe problemas aos pesquisadores e os induz a constantes desafios na apreensão de dados, na construção de evidências e indicadores. Levantamento realizado pela FIOCRUZ,[2] conclui que o tema é tratado de modo incipiente para a importância e extensão do problema, e assevera: "O comportamento suicida é um problema de saúde pública que vem se agravando no Brasil. Os estudos sobre o tema são incipientes, entre outras coisas, por falhas de notificação e por preconceito".

Quais as singularidades que cercam o suicídio e quais as determinações históricas que poderiam ser articuladas na busca da explicação dos fatos e da compreensão do fenômeno e de seus impactos? As questões de pesquisa excluem as relações de causa e efeito? Ou os sentidos e as contradições aparentemente opostos em campos epistêmicos aproximam, mais do que distanciam, nexos e significados envoltos na factualidade do ato e na sensibilidade da decisão? Respostas a estas perguntas desafiam o leitor a mergulhar na elaboração dos textos, apropriar-se do processo de desvendamento de cada um, e a posicionar-se criticamente diante dos dramas sociais historicamente postos à sociedade e aos indivíduos por suas matrizes culturais.

Este livro é resultado de um aparato de pesquisa cuidadosa e tais como os recortes dos artigos evocam vozes e contribuições. Composto de vários enfoques que integram a unidade harmoniosa do tema, que equacionam muitas perguntas e preocupações, o fenômeno é apreendido em forma e conteúdo que realçam sua visibilidade pela luz do esclarecimento teórico e pela intervenção do conhecimento sobre a ação profissional. Os Organiza-

1 Cf. Matéria do PSi – Jornal do Conselho Regional de Psicologia de são Paulo CRP- SP, publicado em 2003, p. 17.
2 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SUICÍDIO NAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS Moraes, Alice Ferry de; Lima, Carlos Augusto Mendonça; Lins, Carlos Eduardo Freire Estellita; Guimarães, Maria Cristina Soares; Oliveira, Verônica Miranda de; Siciliano, Andrea Brandão; Rocha, HelioAntonio; Rocha Neto, Helio Gomes da; Benevides, Márcia Cuerci; Lencarelli, Pedro; Meyer, Leonardo Fernandes; Souto, Silvania Brigido, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009.

dores da coletânea, Denise Machado Duran Gutierrez e Joaquim Hudson de Souza Ribeiro argutam percepção crítica dos problemas sociais, dos clamores por justiça e profundo compromisso com a humanidade. O treinamento acadêmico e o refinamento intelectual complementam o disciplinamento do espírito no trabalho de gestão de pesquisa de um tema tão delicado. E o sucesso obtido materializado neste livro bem ilustra esta competência agregada ao trabalho de organização da obra.

Desfilam na obra em foco o artigo seminal *A visão filosófica do suicídio pela Filosofia d*e Joaquim Hudson de Souza Ribeiro e Miguel Simões Neponuceno Júnior no qual o pensamento filosófico é examinado desde a antiguidade à contemporaneidade, na dialética indivíduo e sociedade, na qual o drama do suicídio, tem ênfase ora na sociedade, ora no indivíduo. Citando Camus em questão norteadora de muita eficiência narrativa, o texto obtém o resultado desejado de convidar o leitor à imersão na leitura: "*Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia*". É ao mesmo tempo uma questão indutora de grande eficácia metodológica. Texto subsequente dos mesmos citados autores introduz a relação entre a dimensão artística e o pensamento filosófico no artigo *O suicídio no mundo artístico e o pensamento Camusiano.* O Romantismo, ponto de inflexão em várias dimensões do conhecimento e da atmosfera intelectual de conjunturas históricas, também introduz o tema do suicídio como gênero literário em obras referenciais.

O texto *Qualidade de registro de óbitos por suicídio em Município amazônico com alta proporção de autodeclarados indígenas* de Maximiliano Loiola Ponte de Souza e Jesem Douglas Yamall Orellana do Instituto Leonidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), seguido pelo contribuição de Marluce Mineiro Pereira*Suicídio indígena no alto Rio Negro: uma compreensão sobre o fenômeno em um contexto culturalmente diferenciado* agregam força à especificidade do contexto amazônico por meio de abordagem que enfoca o suicídio entre populações indígenas, fato e fenômeno cercado de controvérsias, contradições e interdições da cultura e da sociedade que interessam sobretudo às ciencias do direito, a sociologia pública e à antropologia.

Suicídio entre idosos na cidade de Manaus: uma revisão bibliográfica de

Anderson Aires Lopes e Denise Machado Duran Gutierrez traz à coletânea o quadro mundial do fenômeno do suicídio e seus tentáculos sobre a população idosa, ao mesmo tempo em que caracteriza o estado da arte desse foco de pesquisa, extremamente importante para os estudos demográficos e para análise causal do suicídio. Em seguida, o quadro epidemiológico do Amazonas emerge em competente narrativa de *Suicídio: um estudo epidemiológico no estado do Amazonas (2007-2015),*de Clovis Castro Coelho psicólogo residente da HUGV, e Denise Machado Duran Gutierrez, Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM no qual chamam atenção sobre a deficiência de registro dos dados, no Estado e no Município, assim como a ausência de estudos sobre a temática, na realidade local.

Outros textos relativos à população idosa, desta vez *De diretor de empresa* à *desempregado – Identidade social e suicídio de idosos,* de Denise Machado Duran Gutierrez e John Elton Costa dos Santos da Associação Amazonense de Saúde Mental; *Suicídio entre a população idosa de Manaus: estudo epidemiológico e social* de autoria de Rosa Maria Rodrigues Marques, Acadêmica de Psicologia da Faculdade de Psicologia da UFAM e Denise Machado Duran Gutierrez, Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM ; *Representações Sociais do Suicídio entre grupos de idosos, de* Rosenilda Freitas da Silva, egressa do Curso de Psicologia/UFAM e Denise Machado Duran Gutierrez, Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM; denotam preocupações com este segmento humano proveniente de outros perfis epidemiológicos nos quais a análise da situação de transtornos mentais ganha relevância. Indica, para além da inserção espontânea dos pesquisadores em grupos de pesquisa, uma evidente articulação com iniciativas de políticas públicas voltadas para esse grupo demográfico que estão sob o exame de programas institucionais. Seguindo a mesma linha de reflexão, marco sutil que dá o tom da análise disciplinar é o texto *Suicídio: uma leitura da Psicologia Social Crítica*, de John Elton Costa dos Santos da Associação Amazonense de Saúde Mental.

A coletânea apresenta também outro estudo que dá destaque aos demais, tal seja *O suicídio na concepção de profissionais de saúde: uma análise compreensiva,* de Odineas Gomes Barbosa da Luz, egressa do curso de Psicologia/UFAM e Ewerton Helder Bentes de Castro, Docente do Programa

de Mestrado em Psicologia/UFAM. Nunca é demais sublinhar que a abordagem médica se tornou referência predominante entre as demais porque como dizem os autores: "sob o olhar dos profissionais de saúde busca-se compreender os sentidos e significados nos discursos a respeito do suicídio como a visão individual contextualizada culturalmente determina a ação e/ou as reações desses profissionais sobre o fenômeno em questão".

Suicídio na infância – um estudo epidemiológico no Amazonas a partir do sistema de informação sobre mortalidade (FVS/SIM de Eliza do Amaral Ferreira Guimarães e Denise Machado Duran Guimarães, ambas do Programa de Mestrado em Psicologia da UFAM, e *Violência sexual contra crianças e adolescentes:ideação suicida, tentativa de suicídio, automutilação e intervenção cognitivo-comportamental* de Joaquim Hudson de Souza Ribeiro, do Serviço de Atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luisa Habigzang), Adriane Andrade Costa, do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS – Sul); Lorenzo de Souza Paião, Nathaly Marculino Morais e Alan Araújo da Costa, Acadêmicos de Psicologia da Faculdade de Psicologia Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM) são, além de textos científicos, importantes contribuições ao debate acadêmico interdisciplinar, e ao debate político sobre a urgência de agendas especiais de pesquisa e de intervenção sobre grupos demográficos da infância e adolescência. Também é um grito de alerta da pesquisa para a justiça social às crianças sexualmente violadas, pois a demonstração científica apresenta as gravíssimas consequências sobre os molestados, e inclusive indica os quadros mórbidos que levam ao suicídio ou ao comportamento suicida. Registre-se também que a proveniência de estudos dessa natureza em programas de pós-graduação favorece a permanência do assunto como tema de interesse social nas linhas de investigação. O domínio científico sobre esse tema e foco será estratégico na ampliação de medidas preventivas nos sistemas social e cultural tanto quanto no sistema de saúde pública, assim como seria auxiliar no processo de esclarecimento e tratamento técnico adequado aos dados e registros de ocorrências de suicídio na infância, minimizando as deficiências de dados que se transformam em problemas adicionais a serem superados pela pesquisa de campo.

Longe de este prefácio esgotar a riqueza dos artigos apresentados, é a

leitura exigente que apreenderá o valor da publicação dessas pesquisas e de sua aplicação em grupos de especialistas de vários campos do conhecimento, e mesmo no domínio mais amplo da complexidade, da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. Mais uma vez, a sociedade amazonense e a comunidade cientifica aplaudem o esforço dos autores e pesquisadores que não pouparam trabalho teórico e de campo, nem deixaram de sublinhar compromissos com a ética do conhecimento, com a ação humana e com a sensibilidade face aos sujeitos da investigação realizada. O Amazonas aparece no cenário de estudos científicos do suicídio por meio de profissionais experientes e intelectuiais de cultura humanística inquestionável. O que constitui uma qualidade a mais para legitimar os resultados obtidos e para inspirar politicas públicas de interesse da ciência e da cidadania.

Professora Dra. Marilene Corrêa da Silva Freitas
Universidade Federal do Amazonas

Introdução

Em certo momento da história o homem descobre que poderia matar seu semelhante, mas descobre também que poderia tirar a própria vida. Daquele momento em diante, seu posicionamento frente às questões da morte e da vida não foram mais os mesmos. Assim, ao longo do tempo, foram surgindo inúmeros questionamentos: seria o suicídio um ato moral, imoral, ético, antiético, sano ou insano? Seria, de fato, uma escolha, uma imposição ou uma falta de escolha? Seria uma fuga da vida ou uma busca pela vida por meio da morte?

O fato é que o suicídio esteve sempre presente na história da humanidade, desde a mitologia antiga, entre povos, civilizações, sociedades e culturas, hora como ato heroico e corajoso, hora como ato covarde, de fraqueza e loucura. Desde os grandes clássicos da filosofia antiga, tais como Platão e Aristóteles não se pode dizer que faltou à temática reflexões e análises em todos os âmbitos do saber científico, por compreender que se trata de um fenômeno complexo e paradoxal.

De Santo Agostinho a São Tomás de Aquino, de Voltaire a Schopenhauer, De John Donne a Hume, de Durkheim aos inúmeros estudos freudianos, psiquiátricos e psicológicos, o problema, em sua essência, permanece relevante e sempre aberto a novos olhares e contribuições. Aliás, o tema é tão levado a sério para a Filosofia que na obra *O Mito de Sísifo,* Albert Camus afirma que "*Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental*

da filosofia" (CAMUS, 1965a, p. 9).

Séculos se passaram e entre tantos tabus sociais violados, sem dúvida, na contemporaneidade o suicídio ocupa lugar de destaque não somente entre as crônicas policiais hodiernas, nas estatísticas sobre mortalidade, nas manifestações artísticas, nas doutrinas religiosas, mas, sobretudo, no senso comum, como escândalo supremo, gesto condenável e inaceitável. Homens e mulheres, jovens, crianças, adolescentes, idosos, pessoas ricas ou empobrecidas economicamente, heterossexuais ou homossexuais, negros, brancos ou índios, letrados ou pouco estudados. Nenhuma categoria social está isenta. O suicídio é um problema de todos e que atinge a todos e por isso interpela todos à co-responsabilidade frente à tão relevante temática. A Organização Mundial de Saúde o declara como problema de saúde pública e como uma das 20 principais causas globais de mortalidade (WHO, 2012).

Os dados sobre o suicídio a cada dia crescem e evidenciam o problema além do ponto de vista numérico, pessoal e de saúde pública, pois se trata ainda de um problema social e existencial. Somos chamados mais do que nunca a pararmos mais uma vez na busca de compreensão sobre o fenômeno para novos posicionamentos. Todas as tentativas de respostas a essas e outras perguntas sobre o suicídio não podem corresponder apenas a uma área determinada do conhecimento.

Se no suicídio podem intervir fatores biológicos, sociais, culturais, religiosos, econômicos, políticos, psiquiátricos, genéticos e psicológicos, a compreensão do suicídio, assim como nas iniciativas de intervenção e prevenção, devem implicar uma interação e integração multidisciplinar e interdisciplinar, multi-institucional e interinstitucional, individual e pública, institucional e comunitária, ateísta, sincrética e religiosa-espiritual. Sem negar a valiosa contribuição científica voltada à temática ao longo do tempo, mais do que assumir o suicídio como tabu ou problema, urge a necessidade de assumi-lo como desafio, exigindo de todos um olhar fenomenológico husserliano, ou seja, uma atitude de *epoché,* onde se faça, então, imprescindível a suspensão de juízos sobre o que não é evidente, paradoxal e incontrovertido a fim de alcançar dados mais próximos possíveis sobre o fenômeno.

Movidos pelo amor à vida, que não exclui as questões relativas à morte e ao transcendente, nós, os organizadores dessa obra quisemos dar visibilidade e sonoridade à temática do suicídio no estado do Amazonas. Trata-se

de uma obra construída por várias mãos, tendo presente a perspectiva inter e multidisciplinar na tecitura do conhecimento. Uma modesta, ao mesmo tempo instigante provocação sobre a temática, considerando que os capítulos que formam essa obra, permitirão ao leitor obter informações relevantes e ideias mais claras sobre o suicídio. No entanto, este livro pretende ainda despertar novos pesquisadores, assim como atingir diferentes públicos sobre a temática, sobretudo em terras amazônicas, tão carente de publicações na área.

O material aqui apresentado no livro deriva de diversas formas da inspiração intelectual e motivacional da pesquisadora, mentora de muitos de nós que trabalham em saúde, Maria Cecília de Souza Minayo a quem expressamos nossa mais profunda gratidão.

Ela, e uma equipe representativa de todas as regiões do pais, já no período de 2010 a 2012 desenvolveram pesquisa nacional sobre *Suicídio de idosos e possibilidades de atuação do setor saúde*. No período de 2012 a 2014, em outro estudo nacional, foi tratado o tema das *Tentativas e Ideações suicidas entre idosos*. Essas investigações foram feitas com o apoio e dentro do escopo de atividades do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, Ministério da Saúde.

A partir dessas iniciativas diversos estudos foram desenvolvidos no Amazonas, envolvendo toda uma cadeia de produção de trabalhos em nível de iniciação científica e mestrado (Programa de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas) pelos componentes do *Grupo de Pesquisa e Estudos Clínico-Sociais* (CNPq/UFAM) que passaram a se debruçar sobre o desafiador tema do suicídio, particularmente dos idosos, mas também em outras faixas etárias.

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
Denise Machado Duran Gutierrez

A visão filosófica do suicídio

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro[1]
Miguel Simões Neponuceno Júnior[2]

Introdução

Uma das questões mais instigadoras da atualidade é a questão do suicídio. Pergunta-se se essa decisão é pessoal ou se existem influências que a direcionam ou a condicionam; se existe uma condição de enfermidade ou se essa é uma opção de livre escolha da pessoa; se é um ato moral, imoral, ético ou antiético; se é pecado ou não; se foi um ato covarde ou corajoso; e se depende ou não de algo ou de alguém. Por outro lado, ao sermos informados sobre um suicídio de alguém que havíamos conhecido também não nos impactamos e nos perguntamos: Por que fez isso? Ninguém notou nada? Poderíamos ter impedido se soubéssemos? Por que não nos demos conta ou o que poderíamos ter feito para impedir tal ato? Porém, quem poderia dar uma resposta mais plausível já não está mais entre nós: morreu.

Todas as tentativas de respostas a essas e outras perguntas sobre o suicídio não podem corresponder apenas a uma área determinada do conhecimento. Se no suicídio podem intervir fatores biológicos, sociais, culturais, religiosos, econômicos, políticos, psiquiátricos, genéticos e psicológicos, a compreensão do suicídio, assim como iniciativas de intervenção e prevenção, deve implicar uma interação e integração multi e

1 Departamento de Pós-Graduação.Docente - Filosofia/Faculdade Salesiana Dom Bosco / Manaus.
2 Acadêmico – Filosofia/Faculdade Salesiana Dom Bosco / Manaus.

interdisciplinar, multi e interinstitucional, individual e público, institucional e comunitário. Mas e a Filosofia poderia contribuir também com o estudo do fenômeno? Qual a visão filosófica sobre o suicídio ao longo dos séculos?

Em seu ensaio sobre o absurdo, intitulado *O Mito de Sísifo*, de 1942, Albert Camus (1965a, p.9) afirma que "*Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia*". Camus foi um dos intelectuais que, ao longo da história do pensamento ocidental, se propôs a tratar filosoficamente a questão do suicídio. Mas esse é um tema que perpassa a História da Filosofia desde os grandes clássicos filosóficos da Antiguidade tais como os Pitagóricos, Platão, os Estoicos e Aristóteles. No entanto, devemos ressaltar que o tema que estamos buscando descrever, a questão do suicídio, não é um tema que a filosofia se debruçou estritamente e com alta frequência. Aliás, o material de cunho filosófico sobre o suicídio não é tão extenso quanto os que aparecem na psicologia ou sociologia, por exemplo.

Sob uma perspectiva da história da filosofia ocidental, de um modo geral, podemos dizer que o problema aqui apresentado fora tratado por muitos anos somente sob uma perspectiva moral, como um ato de violência contra a vida, dom sagrado e divino. Contudo, foi a partir do século passado que o suicídio a partir das contribuições de Camus (1965a) associou-se a um elemento consideravelmente importante: o *sentido que se dá à vida*, por ser essa a questão mais decisiva de todas.

É necessário e importante o papel da história em nossa intenção. Vamos usá-la como ferramenta de auxílio, pois é impossível desassociar o pensamento sobre algo específico – no caso, o suicídio – do contexto histórico no qual as reflexões sobre ele foram elaboradas. A história nos ajuda a compreender qualquer problemática de uma maneira mais abrangente e a construir ideias menos preconceituosas e mais elaboradas sobre fenômenos sociais. Além disso, principalmente por tratar-se de uma descrição filosófica, as teorias ou reflexões produzidas na Antiguidade, por exemplo, constituem-se como base sólida para as reflexões que as sucederam.

O caminho que vamos refazer para apresentar o suicídio como tema abordado filosoficamente, tem seu início ainda nas tragédias e narrativas mitológicas da Grécia Antiga. Personagens como Jocasta, mãe e amante do

Édipo de Sófocles, que se enforca ao saber que o amado é o próprio filho; ou Ájax, também do mesmo autor, grande guerreiro que, num acesso de ira e loucura, degola alguns de seus compatriotas e decide atirar-se sobre sua própria espada, evitando ser objeto de escárnio pelos seus, levando uma vida sem honra pelas consequências de seus atos. Em muitos outros mitos ou tragédias o suicídio é sempre associado a atitudes de desespero, medo ou paixão intensas, consequências de uma transgressão moral ou fruto de um abalo emocional muito grande, como a perda de alguém muito amado, por exemplo. Atribui-se assim ao suicídio uma espécie de "*desequilíbrio emocional*" ou um não uso adequado da razão, em que se percebe a conotação negativa a respeito do ato.

Em contraponto aos mitos gregos, o suicídio, presente em algumas passagens bíblicas do Antigo Testamento, torna-se uma escolha de caráter positivo e até mesmo heroico (BIBLIA DE JERUSALEM, 2002). No livro dos Juízes, no capítulo décimo sexto, Sansão utiliza-se das últimas forças que lhe restam para destruir os filisteus, seus inimigos, abraçando-se nas colunas centrais que sustentavam a casa onde todos zombavam dele, dizendo: "'*Morra eu com os filisteus*'. *E inclinou-se com força e a casa caiu sobre os príncipes e sobre todo o povo que nela havia; e foram mais os mortos que matou na sua morte do que os que matara em sua vida*" (Jz 16, 30).Vale ressaltar que para realizar tal feito, Sansão pede a força de Deus e Seu consentimento para tal. Essa visão de suicídio como autossacrifício referente ao divino aparece também na obra *Fédon*, de Platão.

As inúmeras documentações que dispomos acerca da história do suicídio sempre estão relacionadas com a história das ideias sobre o suicídio e a maneira como estas toleram ou abarcam práticas sociais que a delimitam, interpretam e influenciam o imaginário coletivo e as construções sociais ao longo do tempo.

Assim, o objetivo desse capítulo é contribuir para o debate contemporâneo sobre o suicídio a partir da tradição filosófica ocidental tendo como viés a história da filosofia. Para descrever a contribuição filosófica sobre essa temática, utilizamos o método dialético e realizamos uma minuciosa revisão literária em obras da tradição filosófica e de alguns estudos direcionados ao objeto de nossa pesquisa, com especial atenção à valiosa contribuição dos estudos de Fernando Rey Puente (2008).

Filosofar é aprender a morrer: O suicídio na visão do pensamento clássico

Condenado à morte por envenenamento, Sócrates (470-388 a.C.), no cárcere, é questionado por alguns de seus seguidores com questões relativas a tal fim. É do que trata a obra *Fédon,* de Platão que, através de diálogos, vai relatar os últimos ensinamentos de Sócrates.

Sócrates defende a importância de morrer, uma vez que pra ele, a filosofia é um exercício de aprender a morrer. No entanto, nesse diálogo, é possível perceber o suicídio como algo ruim, como apresenta o próprio Sócrates em resposta à pergunta de Cebes, um de seus discípulos, sobre tal ato ser permitido ou não: *"(...) para todos os homens, há uma absoluta necessidade de viver (...). Acharás espantoso ainda que seja permitido àqueles (...), o direito de procurarem, por si, esse bem e que, para o obterem, necessitem recebê-lo de outrem*" (PLATÃO, 1972, p. 68).

Contudo, para justificar sua atitude – tomar o veneno, preferindo a morte à vida -, Sócrates expõe que, em seu caso, seu ato é como um cumprimento da vontade dos Deuses – dos quais os homens são parte de suas propriedades -, tendo esses lhe concedido a permissão para aceitar a morte: "É provável, portanto, que nesse sentido, nada exista de irracional no dever de não nos matarmos, de aguardarmos que a divindade envie qualquer ordem semelhante àquela que hoje se apresenta para mim" (PLATÃO, 1972, p. 69). Em síntese, para Sócrates, deixar a vida só seria permitido se a morte fosse como um sinal vindo dos deuses.

Platão (428-347 a.C.) apresenta três motivações permissivas ao suicídio, em suas *Leis* (Livro IX) – "*a) sem que a cidade o obrigue a isso por um decreto justo; b) sem que um infortúnio inevitável e extremamente doloroso o acometa e, por fim, c) sem que uma vergonha incontornável torne sua vida insuportável*" (PUENTE, 2008, p.18). Aos que tiravam a vida, desrespeitando essas motivações, destinava-se uma sepultura, isolada das demais, sem nenhum tipo de indicação ou sinalização que o fizesse ser lembrado (PLATÃO, 1991). A eles, a covardia e a debilidade tomavam o lugar da dignidade. Assim, para Platão há uma morte lícita e uma ilícita.

Já Aristóteles (382-322 a.C.), conferia ao suicídio uma dimensão mais social em relação as razões apresentadas acima. Na obra Ética a *Nicômaco*, especialmente nos livros III e V, Aristóteles discorre sobre a distinção entre

os atos, as virtudes e a justiça. No livro III, nos diz que a morte é o fim, sendo a coisa mais terrível de todas, ou seja, ninguém desejaria a morte. Porém, explica que existem certas circunstâncias que levam o homem ao próprio fim e define dois fatores antagônicos que distinguem o valor ou não - valor dessas circunstâncias: a morte honrosa e a morte acovardada.

A primeira é confiada ao herói das guerras, "*que enfrenta e que teme as coisas que deve e pelo devido motivo, da maneira e na ocasião devidas, e que mostra confiança nas condições correspondentes*" (ARISTÓTELES, 1991, p. 61). A segunda é própria daquele que se desespera em meio às situações adversas da vida devido ao excesso de medo: "*o covarde é, por isso, um homem dado ao desespero, pois teme todas as coisas*" (ARISTÓTELES, 1991, p. 62), fugindo de si mesmo, buscando não enfrentar seus problemas.

No livro V – 11, tendo como motivação o questionamento sobre o homem cometer injustiças a si mesmo, Aristóteles nos oferece uma visão de como o suicídio era concebido juridicamente, afirmando que tal ato não é permitido expressamente pela lei, e "*o que a lei não permite expressamente, ela o proíbe*" (ARISTÓTELES, 1991, p. 121). Ele afirma ainda que o homem que tira a própria vida negligencia a lei, tornando-se injusto não para consigo, mas sim para com o Estado. "*Por que ele sofre voluntariamente, e ninguém é voluntariamente tratado com injustiça. Por essa mesma razão, o Estado pune o suicida, infligindo-lhe uma certa perda de direitos civis, pois o suicida trata o Estado injustamente*" (ARISTÓTELES, 1991, p. 121). Com Aristóteles, o suicídio era visto sob um ponto de vista mais social que individual e continua sendo apontado como um ato ilegal e inconcebível por ferir a lei.

Ainda no período clássico, algumas das suas famosas escolas também abordaram filosoficamente o tema do suicídio, dentre elas a dos hedonistas, epicuristas e dos estoicos. De acordo com Puente (2008), houve um representante do hedonismo que tomou um posicionamento único em relação ao suicídio em todo o pensamento grego. Seu nome era Eségia (séc. IV e viveu em Alexandria). Segundo o mesmo autor, os únicos relatos remanescentes deste personagem estão em uma das obras de Cícero chamada *Disputações Tusculanas*.

Eségia era também conhecido como *peisithanatos* (que persuade a mor-

rer). Ele "*ensinava a seus alunos o desprezo pela vida e era tão convincente que vários de seus ouvintes, uma vez tendo conhecido sua doutrina, matavam-se*" (PUENTE, 2008, p. 21). Puente observa ainda que Eségia escrevera uma obra intitulada *Apokarteron* (morte por inanição), na qual conta que um homem, estando à beira da morte por inanição, é convocado a continuar vivendo por seus amigos. Contudo, após elencar tantos problemas, tristezas e aborrecimentos da vida, chega à conclusão de que o melhor mesmo seria morrer.

Epicuro (341-270 a.C.), fundador e principal representante da escola epicurista, tinha como influência uma visão um tanto indiferente em relação à posição que o sábio deveria manter em relação à vida e a morte. Essa indiferença revela, segundo Puente (2008), certa contradição de Epicuro que, em um momento afirma ser mesquinho aquele que deixa a vida de maneira voluntária e em outro, que a morte é a melhor saída para aqueles que se encontram em dor extrema e com alguma doença incurável, revelando aqui a morte de si como uma fuga dos sofrimentos e dificuldades da vida, dois elementos que são abominados pelo pensamento epicurista, justamente por não serem prazerosos.

Os estoicos, na figura de Diógenes Laércio (200-250 a.C.), defendiam duas motivações específicas que tornam o suicídio permitido, a saber: "*por causa da sua pátria e de seus amigos ou por causa de estar submetido a uma dor muito aguda, a enfermidades ou a doenças incuráveis*" (PUENTE, 2008, p. 22). Os estoicos acreditavam que a morte voluntária não deveria ser encarada como uma fuga, mas sim como ato puramente racional, destituindo-se de qualquer tipo de teor emocional ou sentimental. Viver a vida de modo racional é o fundamento do saber dos estoicos: ser sábio até mesmo na decisão de matar-se voluntariamente, mediante uma avaliação racional, em que se pesam elementos pelos quais a vida precisa ser interrompida ou não. Para Cícero (106-43 a.C.) " *... a ideia de manter-se vivo ou não deve ser escrupulosamente analisada, pois às vezes o sábio, mesmo se feliz, deve abandonar a vida, e o néscio, mesmo se infeliz, deverá continuar vivendo*" (PUENTE, 2008). Esta posição estoica foi amenizada por Epicteto (50-130 a.C.), e segundo Puente, seu pensamento assemelha-se à visão socrática do suicídio, atribuindo ao ato a obediência e a permissão dos deuses para sua

realização, ou seja, durante a avaliação racional das motivações que levam à morte voluntária ou não, a vontade dos deuses deveria ser considerada como peso de escolha.

Sêneca (4?-65 a.C.), afirma que viver a qualquer custo somente para tirar a dor seria estupidez, sinal de fraqueza e covardia. Porém, observa ainda que se deve viver bem, ou seja, a vida deve ser vivida com qualidade e não com quantidade, não importando morrer mais cedo ou mais tarde. Diz ainda, segundo Puente, que o querer morrer é um obstáculo para morrer.

Percebemos que a visão estoica não está de acordo com a visão platônica ou aristotélica. Enquanto as bases do pensamento ocidental consideravam o suicida um covarde, os estoicos não. Esse é um reflexo da posição dos estoicos diante da vida e morte, em não atribuir valores ou juízos sobre elas, isto é, se morrer por si ou viver com sofrimentos seja bom ou ruim, por exemplo.

Plotino (205-270 a.C.), influenciado pelo pensamento de Platão e dos estoicistas, discorre sobre o suicídio no IX capítulo do I volume de suas *Enéadas,* diz em um dos parágrafos: "*O que aconteceria se alguém planejasse destruir seu corpo? Uma vez que usou a força e que afastou a si mesmo, não afastou o corpo; e, quando o solta, não está impassível, mas há aí desgosto, tristeza ou raiva: não se deve fazer nada disso*" (JÚNIOR, 2006, p. 349). Ainda segundo Plotino, a antecipação da morte não é necessária e que não se deve deixar a vida, por mais difícil que seja viver, enquanto houver esperança de melhoras. Nota-se, portanto, um posicionamento contra o suicídio, ou melhor, um posicionamento em defesa da vida. No entanto, Plotino observa que somente em caso de perda da razão seria admitido ao sábio suicidar-se.

A visão dos pensadores antigos perdurou ao longo dos tempos e influenciou o posicionamento intelectual de alguns teóricos da Idade Média. Santo Agostinho e Tomás de Aquino, grandes expoentes da época, contribuem com nossa exposição, apresentando sua concepção sobre o suicídio e suas consequências.

Um pecado contra si, contra a sociedade e contra Deus: o suicídio na visão dos medievais.

Na Idade Média, o posicionamento pró e contra o suicídio era um tanto ambíguo em relação à Igreja e a justiça civil. As duas organizações mantinham posturas contrárias entre si, dependendo das motivações do suicida, o porquê do suicídio, como cometeu o suicídio, etc.

> *Camponeses e artesãos se enforcavam ou se afogavam para escapar à miséria e ao sofrimento; cavaleiros e clérigos "deixavam-se" morrer em duelos, guerras e martírios, para escapar à humilhação e demonstrar uma fé inabalável. O suicídio do nobre, qualquer que fosse a causa, era considerado corajoso, honroso e respeitável. Já o suicídio dos rústicos era reprimido severamente, considerado covarde e egoísta* (CRUVINEL, 2008, p. 82).

Muitos eram os suplícios designados aos suicidas do nível dos artesãos e camponeses; seus corpos chegavam a ser mutilados, expostos nus no centro da vila ou arrastados por carruagens para serem queimados. Lembrando a condição dos suicidas na época de Platão, estes não podiam ser sepultados entre os seus. Diferentemente era a condição dos eclesiásticos, padres ou monges que tiravam a própria vida: "*A forte coesão à solidariedade clerical eram fatores que auxiliavam o escamoteamento dos casos, evitando o escândalo*" (CRUVINEL, 2008, p. 84). Aos corpos destes não eram aplicados os castigos impostos aos mais simples, já que a Igreja, naquela época, tinha grande influência nas decisões do Estado.

Santo Agostinho (354-430 a.D.) é o primeiro na história da filosofia a condenar radicalmente o suicídio, por ferir a vida, maior dom de Deus, pelos homens e também o quinto mandamento da Lei Sagrada: o *não matarás.* "*Só nos resta concluir que temos de aplicar apenas ao homem as palavras não matarás – nem a outro nem a ti próprio matarás, pois quem a si próprio se mata, mata um homem*" (AGOSTINHO, 1996, p. 158).

A partir do capítulo XX do livro I da obra *Cidade de Deus*, Agostinho, leitor de Platão e dos neoplatônicos – como Plotino -, pondera sobre a morte voluntária e suas consequências, questionando ainda se seria ou não lícito se matar, no caso, por exemplo, de preservação da virgindade (PUENTE, 2008). No entanto, proíbe os cristãos de cometerem suicídio, mas também fala do martírio – que, aparentemente, é uma morte voluntária -, de alguns personagens do Antigo Testamento, que preferiam morrer a entregar-se ao inimigo ou a abdicar de sua fé no Deus de Israel e seguir os deuses pagãos, por exemplo - lembremos de Sansão citado no início deste texto.

Contudo, para Agostinho (1996, p.164), o próprio Cristo aconselhava seus apóstolos e seguidores a fugirem de uma cidade para outra nos tempos de perseguição e não a matarem-se por si próprios para não cair nas mãos inimigas; pelo contrário, prometeu a cada um uma morada na eternidade. Isso é o que reflete a importância de o cristão permanecer firme diante das dificuldades, suportar o sofrimento, pois há recompensas para os que esperam em Deus. O pensador conclui: "É, pois, manifesto que, aos que adoram o único Deus verdadeiro, isso não é permitido, por mais exemplos que em contrário apresentem os povos que a Deus desconhecem" (AGOSTINHO, 1996, p. 164).

Agostinho defende ainda que mesmo em caso de estupro uma virgem não deve se matar, nem tampouco em situação de grande sofrimento ou tribulação. Por fim, "*nada justifica a morte de si: nem o desejo de evitar as vicissitudes da vida nem o desejo de evitar a ação pecaminosa de outrem, nem a culpa pelos erros passados, nem a esperança da vida eterna ou a vontade de evitar o pecado*" (PUENTE, 2008, p. 29). Portanto, aquele que se mata comete um pecado gravíssimo e é considerado criminoso.

São Tomás de Aquino (1225-1274 a.D.) dedica, em sua *Suma Teológica*, algumas considerações sobre o suicídio. A novidade que Tomás traz ao diálogo sobre o suicídio, é que pela primeira vez "*reúnem-se argumentos de origem grega (é a primeira vez igualmente que os argumentos de Platão e de Aristóteles aparecem lado a lado) e cristã (Agostinho) a fim de refutar enfaticamente o homicídio de si mesmo*" (PUENTE, 2008, p. 30).

O suicídio, a partir dele até a Modernidade, permanece como um atentado à vida, portanto, como pecado. Porém, influenciado pelo pensamento

aristotélico, Tomás percebe o homem não como ser isolado, mas participante de uma comunidade, como ser social. Ao suicidar-se o homem prejudica a comunidade. Cruvinel (2008, p. 87) afirma que Tomás institui assim, o princípio jurídico-social de que o suicídio é um ato contra o Estado. Em síntese, Tomás apresenta aquele que antecipa o fim da própria vida como um ofensor a si mesmo, à sociedade e a Deus.

Essa tríplice ofensa que o suicida causa por seu ato fundamentará por um longo tempo as reflexões sobre o tema que aqui abordamos e só será contestado na Modernidade, quando ocorre um avanço das ciências e o antropocentrismo se torna o fundamento das reflexões e produções filosóficas da época. Entretanto, no período renascentista, momento histórico que dá início à Modernidade, "*entre 1500 e 1580, mais de trinta peças de teatro trazem casos de morte voluntária*" (CRUVINEL, 2008, p.88). O suicídio começa então, a ser visto sob uma perspectiva artística, o que o nutria de liberdade em relação à perspectiva da moral cristã imposta na Idade Média.

Renascimento e Modernidade: os prós e os contras

Em meados do século XVI a discussão sobre o suicídio se ampliava, dando lugar a uma nova maneira de pensar além da visão cristã, em vigor até então. O homem tornava-se o centro de tudo e as expressões artísticas expressavam justamente essa centralidade, abrindo espaços de contestação, questionamentos e reflexões sobre variadas temáticas que, antes pertenciam somente a grupos específicos, como o clero por exemplo.

Essa abertura se deu, segundo Puente (2008, p. 31), principalmente, devido à tradução de alguns clássicos de autores antigos, algumas narrativas que abordavam a morte voluntária, notadamente as obras de Sêneca e de outros estoicos, que receberam da imprensa – fundada no século XV – divulgação e difusão. Tais obras chegaram às mãos dos artistas da época, que levaram a morte de si como elemento de inspiração para suas obras, especialmente as de teatro.

Um dos personagens mais notórios que sofrem uma influência do tema

do desejo da própria morte apresentados nessa época é Hamlet, de Shakespeare. Seu "*desejo de morte marca o pensamento inglês do final do século XVI e do início do século XVII, que começa a se revelar partidário da morte voluntária*" (CRUVINEL, 2008, p. 88).

Com a popularização do tema, o viés moral cristão atribuído a ele foi perdendo sua força. Alguns intelectuais, que se prontificaram a explorar o suicídio, como Michel de Montaigne (1533-1592), foram aos poucos destituindo o suicídio do peso de pecado que lhe fora atribuído no passado. De acordo com Cruvinel (2008), esses discursos filosóficos que começavam a circular entre uma elite intelectual não tinham a pretensão de defender o suicídio, e sim de alinhar argumentos favoráveis e contrários a ele, delegando ao indivíduo o direito de escolher entre a vida e a morte.

As considerações de Montaigne em seus *Ensaios* sobre o suicídio são as mais notáveis do período renascentista. O capitulo III, do II livro da obra é uma mistura de concepções sobre a morte voluntária que já conhecemos, sendo notáveis e até mesmo citadas pelo autor, as de Sêneca e as de Platão. Como nossa pretensão aqui não é analisarmos e sim descrevermos como o suicídio é visto ao longo da história da filosofia, não vamos nos deter nos detalhes presentes nos *Ensaios* de Montaigne.

O autor, ao longo do capítulo, narra inúmeros casos de morte voluntária em diversos momentos da história. A motivação para tal intento é responder a seguinte questão: "*Entre os que pensam seja lícito suicidar-se, um ponto é controvertido: quando as circunstâncias justificam suficientemente que um homem se mate*?" (MONTAIGNE, 2008, p. 18). E continua afirmando que se precisam estabelecer medidas para isso.

Em nenhum momento Montaigne dá valor moral ao suicídio ou a quem o pratica. Ele traz o leitor a uma reflexão mais humanizada, mostrando que a morte e o lidar com ela faz parte de nossa condição: "*A morte é um remédio para todos os males, é um porto de inteira segurança que não é de se temer jamais e sim de se procurar não raro. (...) a morte voluntária é a mais bela. Nossa vida depende da vontade de outrem; nossa morte, da nossa*" (MONTAIGNE, 2008, p. 17). Em contraposição, porém, apresenta as objeções em relação ao ato suicida:

> *Alguns consideram que não podemos abandonar este mundo em que estamos aquartelados sem ordem expressa de quem nele nos colocou; e a Deus, que para cá nos enviou não apenas para nosso prazer, mas para Sua glória e serviço de nossos semelhantes cabe despedir-nos quando Lhe agradar e não quando nós o desejarmos. Não nascemos apenas para nós, mas também para a nossa terra. As leis, em seu próprio interesse, exigem que prestemos contas de nós e podem punir-nos como homicidas; por outro lado, no outro mundo seremos castigados por deserção* (MONTAIGNE, 2008, p.17).

Montaigne defendia a morte voluntária só em casos extremos. O pensador conclui com seu posicionamento sobre o suicídio, lembrando os pensadores antigos, de quem sofrera influência: "*Somente a insuportável dor ou a certeza de uma morte pior do que o suicídio se me afiguram motivos justificáveis para abandonar a vida*" (MONTAIGNE, 2008, p. 21). Vale recordar que antes da data do Ensaio de Montaigne (1588), a Igreja Católica havia realizado um dos seus mais importantes concílios, o de Trento (1563), se posicionando de forma contrária e irrestrita ao suicídio.

Outra contribuição dessa época que defendia o suicídio foi de Thomas More (1478-1535), que em sua obra Utopia sempre aprovava o suicídio desde que esse fosse aceito por um padre e o Senado e que fosse para os casos de doenças incuráveis. Thomas More foi confinado na torre de Londres por conta de seu confronto com o Cristianismo, ainda que posteriormente venha a condenar o suicídio em sua obra *Diálogo de conforto contra a tribulação*, ao afirmar que todo comportamento suicida era obra do demônio (MARIS *et al*, 2000).

Contando com a facilitação da publicação de obras devido à invenção da imprensa no século XV, nos séculos XVI e XVII foram realizadas diversas traduções de autores da antiguidade como Plutarco, Tito, Lívio, Tácito e Plínio, cujo conteúdo das obras enfatiza exemplos de célebres mortes voluntárias (WIETHOLTER, 2009). Apesar das novas contribuições que surgiam na época, a igreja católica, o calvinismo e luteranismo pregavam a morte de si como algo diabólico e condenável, perpetuando a intransigência da parte delas em relação ao tema.

Outro pensador, metafísico e poeta da época que escreve sobre a temática foi o inglês John Donne (1572-1631). Escreveu a obra *Biathanatos*, na qual usa de argumentos religiosos cristãos (ele era anglicano) para afirmar que o suicídio era o pior dos pecados. No entanto, dependendo das circunstâncias, ele também dizia que o suicídio não seria pecado. Seria injusto julgar um homem que tirava a própria vida, uma vez que não existem atos que sejam essencialmente maus por natureza; as circunstâncias que o rodeiam é que são, e estas, é que levam ao suicídio (MARIS *et al*, 2000).

Alguns iluministas do século XVIII dedicaram espaço ao tema em suas obras, mas sem muita relevância como Diderot, Voltaire e Montesquieu. Porém, vale ressaltar que foi no período do Iluminismo que o termo suicídio fora realmente instituído, alguns de início na Inglaterra e outros na França (SARRO & De la CRUZ, 1991). Até essa época, os termos utilizados eram '*matar-se a si mesmo*', '*ser homicida de si mesmo*', '*morte voluntária*' ou '*derrotar-se*' (CRUVINEL, 2008, p. 90). A criação do neologismo de raiz latina *suicidium* surge como uma forma de diferenciar o suicídio do homicídio, onde *sui* = (si) e *caedare* = (matar) compõem o termo.

Ainda nesse século o Romantismo alcançou seu ápice, tendo como obra notória sobre o suicídio *Os sofrimentos do jovem Werther*, de Goethe, publicada em 1774. Werther se encontra perdidamente apaixonado por uma mulher já comprometida. Escrito em primeira pessoa como que um diário, Goethe conduz o leitor a sentir as angústias de Werther diante do amor proibido. Impossibilitado de ter a amada em seus braços, o jovem se suicida.

Apesar de a obra não conter um teor filosófico, conseguiu exercer uma grande influência nos jovens leitores, principalmente. Depois de publicada *"(...) registros da época demonstram que muitos jovens e adolescentes se suicidaram utilizando os mesmos métodos de Werther. Este fenômeno ficou conhecido como 'Wertherfieber' ou 'febre de Werther'"* (CRUVINEL, 2008, p. 91). Essa influência expressa notadamente o grande papel do Romantismo no modo de pensar e agir das pessoas.

O Romantismo exacerbou o individualismo diante das situações difíceis da vida. Diante delas, as pessoas costumavam refugiar-se na solidão, nos vícios, etc. "*Este excesso de individualismo traz um sentimento de desintegração com a sociedade, de onde brotam os sentimentos de desespero e as atitudes*

impetuosas" (CRUVINEL, 2008, p. 91). Este pensamento se via reforçado por posturas como o Calvinismo (SARRO & De la CRUZ, 1991). Pode ser que, por conta da grande exaltação de Deus e da humilhação do homem, os questionamentos sobre o sentido da vida tendiam a um estado melancólico e constante pensamento sobre a morte.

Assim, o suicídio filosófico – expressão estoica que se referia à posição do sábio em saber até que ponto viver ou deixar de viver, caso os sofrimentos sejam maiores que os prazeres -, antes restrito a uma elite, alcança uma dimensão maior com "*o suicídio romântico entre os jovens burgueses, seduzidos por uma recusa à passagem do tempo, à solidão, ao vazio da alma, ao desespero do amor não correspondido*" (CRUVINEL, 2008, p. 91).

Já em relação à produção filosófica da época, aparecem as contribuições de Rousseau (1712-1778) e de David Hume (1711-1776). Em *La nouvelle Héloise*, publicada em1761, Rousseau *"(...) reintroduz, discutindo os prós e os contras, os argumentos da Antiguidade e do Cristianismo" (PUENTE, 2008, p. 35).* Em forma de cartas, Rousseau apresenta duas possíveis respostas ao que envolve o suicídio. Assim como em Montaigne, é possível perceber certas contradições em um mesmo texto. Os dois personagens do romance *"defendem as posições discordantes; e cabe ao leitor realizar sua escolha por uma dessas posições antagonistas*" (PUENTE, 2008, p. 35).

Originalmente publicado em 1770 na França e em 1777 na Inglaterra, o tratado *Do Suicídio*, de David Hume, é o texto de caráter filosófico mais importante do século XVIII. Em seu texto, Hume critica o posicionamento de Tomás de Aquino em relação ao suicídio, onde este é causa de sofrimento ao suicida, a sociedade e a Deus. "*O suicida, (...), não pode alterar o curso da natureza mais do que qualquer outro ato voluntário que empreendamos e, cabe lembrar, (...), para Hume foi Deus mesmo que nos concedeu esse poder de alterar a ordem natural dos fenômenos*" (PUENTE, 2008, p. 34). Portanto, segundo Puentes é inconcebível para Hume, a ideia de que um ato voluntário isolado e individual possa afetar a Providência Divina que é algo bem maior e absoluto. Hume observa que o suicídio não é um crime contra si mesmo, já que um homem não desperdiçaria sua vida enquanto fosse útil e valioso mantê-la (MARIS *et al*, 2000).

Não há também como o suicida prejudicar a sociedade, pois quando este

decide deixá-la, leva consigo apenas a possibilidade de ter feito algo bom para ela, o que significa em nada prejudicar. "*Todavia, dado que a relação entre o indivíduo e a sociedade deve ser de reciprocidade, e que na maioria das vezes o suicida se sente desamparado pela sociedade à qual pertence, como (...) ele a prejudicaria? (...)*" (PUENTE, 2008, p. 35).

Hume prossegue seu discurso afirmando que o suicídio também não pode ser considerado um dano a si mesmo, pois ninguém quer manter uma vida infeliz, sem perspectivas. Quando alguém resolve suicidar-se, apenas deixa a vida que não vale a pena ser vivida (PUENTE, 2008).

Immanuel Kant (1724-1804) foi a figura mais ilustre da filosofia moderna. Ele também contribuiu com uma definição filosófica do que viria a ser o suicídio. Heck (2005, p. 74), afirma que tal definição diz respeito ao dar fim à própria existência. No entanto, essa definição não se aplica aos casos em que alguém, seja pelo uso de entorpecentes, bebida, sexo ou por qualquer outro comportamento mais ou menos desatento, se mate sem intencionalidade racional. Para o filósofo, são duas as condições que podem ser configuradas ao suicídio; "*o fim da própria vida deve a) ter sido provocado por querer e b) ser o resultado direto da conduta da pessoa que sofre o desfecho da existência*" (HECK, 2005, p. 74).

Em síntese, Kant acreditava que o amor à vida e a obrigação de preservá-la, presentes na razão como imperativo categórico, constituíam-se como determinação natural nos homens e que, também por isso, deveria ser respeitada. Assim, para Kant, o suicídio acaba sendo um crime contra a própria pessoa, pois se destrói o sujeito da moralidade (PUENTE, 2008).

Segundo Puente (2008, p. 37), no que diz respeito à filosofia alemã do Idealismo, nas obras de Fichte, Hegel e Schelling "*(...) não se encontram nada de particularmente relevante ou inovador sobre o tema do suicídio*".

Alguns anos mais tarde, em 1819, Schoppenhauer (1788-1860) também colaboraria com sua ideia bem mais original sobre o suicídio, exposta em sua obra mais famosa, *O mundo como vontade e representação*. Para Schoppenhauer, o suicídio seria uma consequência de um engano metafísico: "*(...) não julga moralmente aqueles que o cometeram [o suicídio], pois eles, em sua opinião, teriam agido assim simplesmente por estarem metafisicamente enganados*" (PUENTE, 2008, p. 38). Isso define, em síntese, sua proposta

filosófica a respeito do suicídio: o ato expressa a vontade do indivíduo e não pode ser visto como um ato de renúncia diante dos sofrimentos da vida. O filósofo alemão afirma que "*o suicídio longe de ser a negação do querer viver, ao contrário, é uma das afirmações mais enérgicas da vontade*" (PUENTE, 2008, p.169). Tendo essa postura diante do tema, o autor busca tirar do suicídio toda a atmosfera moral que o envolve e que o define como um ato abominável.

Philllip Mainländer (1841-1876), filósofo alemão que viveu nessa época, não é muito popular nas academias brasileiras. Reflexo disso é que a maioria de suas obras estão traduzidas em espanhol. Em relação à temática aqui descrita, se estabelece como um pensador importante, antecipando, por exemplo, muitos dos aspectos trabalhados por Nietzsche anos mais tarde. Logo após receber a primeira edição de sua obra *A filosofia da redenção*, Mainländer comete suicídio aos 35 anos! Sua obra é dedicada à consagração do *não-ser*, à uma defesa do suicídio e à visão mística do nada (PUENTE 2008). Ao querer o ser, Deus também quis o não-ser, que é alcançado pelo cosmos por meio do passar do tempo, em que vamos 'definhando', ao encontro da morte, gastando nossas forças vitais. "*O indivíduo, (...), pode se antecipar e escolher o não-ser mais rapidamente por meio do suicídio, gozando por antecipação da feliz contemplação do nada*" (PUENTE, 2008, p. 40).

Sabendo que Mainländer foi um antecessor de Nietzsche (1844-1900) é quase impossível não achar que o seu pensamento em relação ao suicídio fosse diferente de sua aprovação. Como grande leitor e pesquisador das obras antigas, Nietzsche, ao apontar suas considerações sobre o suicídio, utiliza-se do termo morte livre, fazendo clara alusão as suas influências.

No capítulo sobre a morte voluntária na obra *Assim falava Zaratustra*, Nietzsche faz uma clara apologia ao suicídio, ao afirmar: "*Faço-vos o elogio da minha morte, da morte livre, que vem porque eu quero*" (NIETZSCHE, 2008, p. 110). Para ele, a morte natural ou involuntária não depende de nossa vontade, não sendo, portanto, nem livre e nem racional. Em contraposição a isso, a morte voluntária, escolhida, é racional e se dá no momento oportuno – o que lembra muito a visão estoica em relação ao suicídio -, justificando-se na seguinte sentença: "'*Muitos morreram tarde demais, e alguns demasiado cedo. A doutrina que diz: 'Morre a tempo!' ainda parece singular.*

Morre a tempo: eis o que ensina Zaratustra'" (NIESTZSCHE, 2008, p. 109).

Karl Marx (1818-1883) realiza a tradução para o alemão da obra *Du suicide et es ses causes*, trechos dos arquivos do arquivista criminal da polícia francesa Jacques Peuchet (1758-1830). Marx comenta o escrito documental de Peuchet, acreditando como ele, que o suicídio é um sintoma de uma sociedade doente. "*Nessa sociedade de luta e competições impiedosas, de guerra contra todos, somente resta ao indivíduo ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio*" (MARX, 2006, p. 16).

A contemporaneidade e o suicídio como elemento existencial

A partir do século XX com as enormes transformações que ocorrem na Europa principalmente, a filosofia se torna, aos poucos, instrumento crítico da própria razão, ou melhor, do mau uso da razão. A maior parte das reflexões se volta para a análise da condição humana e seus limites. O tema do suicídio é retomado como elemento inerente a essa perspectiva existencial e ganha espaço no que se refere ao número de produções filosóficas a seu respeito.

Dentre os pensadores que se destacaram no século passado e que possuem argumentos de grande contribuição para nossa intenção, citamos o já conhecido escritor argelino Albert Camus, o francês Jean-Paul Sartre, o pensador alemão de origem judaica Paul Landsberg e o filósofo romeno Emil Cioran.

Albert Camus (1913-1960), com o ensaio sobre o absurdo intitulado *O mito de Sísifo*, publicado em 1942, traz à tona uma discussão sobre o suicídio, situando-o na esfera individual, e não mais na social. Podemos supor que este escrito de Camus tenha surgido como uma crítica às posturas dos pensadores antigos diante do suicídio, sempre relacionadas ao campo da ética ou moral. Nessa reflexão tradicional, é possível notar a falta de algo radical em proporcionar respostas relativas às questões realmente essenciais, como o sentido de nossas vidas, por exemplo. De acordo com Pimenta, "*an-*

tes de responder como viver, fazer desse mundo um mundo agradável – ou pelo menos suportável -, devemos responder se a vida vale a pena ser vivida" (PIMENTA, 2012, p. 281).

É justamente esse o intento de Camus ao longo do seu ensaio. O suicídio nasce da incapacidade de o ser humano não conseguir entender e viver a partir do abismo existente entre a nossa capacidade reflexiva, que busca esclarecimento do mundo e a impenetrabilidade e incompreensibilidade próprias desse mesmo mundo, que caracteriza o absurdo. O homem percebe que não há sentido em sua existência. Tal constatação, segundo Camus, deve ser vista como um estímulo à vida e não o contrário. Nesse sentido, para o escritor franco-argelino o suicídio é "*uma fuga*" (CAMUS, 1965c, p. 416), "*um insulto à existência*" (CAMUS, 1965b, p. 103), "*uma evasão*" (CAMUS, 1965b, p. 100), "*uma negação de si mesmo*" (CAMUS, 1965c, p. 414) e "*uma negra exaltaç*ão" (CAMUS, 1965c, p. 417). Sua posição é a de que o ser humano precisa assumir-se como ser do absurdo, escolher o absurdo e não fugir dele. Aí está, para o autor, o sentido da existência que não tem sentido algum a não ser aquele que o homem, vivendo o absurdo, dá. É assumindo o absurdo que o homem passa a ser responsável pelo seu próprio destino (PIMENTA, 2012).

A resposta "*ideal*" para o absurdo não é o suicídio e sim a revolta, capaz de permitir ao homem ser dono da sua liberdade, nutrindo a paixão pelo viver, que se dá na vivência do absurdo: "*O suicídio não é uma prova de liberdade, pois como foi afirmado, a verdadeira liberdade começa com o absurdo, e a eliminação da própria vida elimina também o absurdo*" (PIMENTA, 2012, p.286).

Jean-Paul Sartre (1905-1980) é considerado um dos grandes pensadores contemporâneos, principalmente por sua proposta de se refletir acerca da liberdade e de outros conceitos a ela relacionados como, por exemplo, a responsabilidade e o engajamento. Denominava-se existencialista, considerando o homem como ser livre de predeterminações, que longe de ter uma essência, se faz à medida que vive, segundo as suas escolhas, diante das situações em que está imerso. Segundo ele mesmo, *"(...), em primeira instância, o homem existe, encontra a si mesmo, surge no mundo e só posteriormente se define*" (SARTRE, 1978, p. 4).

A filosofia de Sartre prega a liberdade como dimensão mais importante da existência humana. O homem é condenado a ser livre, não depende de nenhum fator que o determine a não ser ele mesmo. Ele escolhe aquilo que quer ser. Essa capacidade de escolher implica no homem a percepção da responsabilidade que precisa ter diante de cada escolha feita, já que cada uma traz consigo variadas consequências, mudanças que não podem ser desfeitas. Essas mudanças se aplicam também no mundo, pois esse vai se modelando de acordo com as escolhas de cada um, mostrando assim que o homem não é responsável somente por si, mas também pelo outro. Essa responsabilidade é o que gera a angústia para Sartre.

O suicídio, em seu ponto de vista, pode ser considerado como um ato de dimensão coletiva e como uma fuga da responsabilidade, portanto um não-querer a liberdade. Segundo Sartre (1998), a liberdade equivale a seguinte situação: um homem está à beira de um abismo e sabe que nada pode impedi-lo de se jogar. Então, ele prefere sair do lugar para não enfrentar a decisão e sua condição. É nessa situação-limite que o indivíduo pode realizar as escolhas mais favoráveis à formação da humanidade e o suicídio seria o afastar-se dessa "*condenação*", da responsabilidade, que a liberdade traz consigo, não sendo livre e não sendo "*autêntico*", já que a liberdade é o ser do homem (SARTRE 1998).

Paul-Louis Landsberg (1901-1944), alemão de família judaica, foi um filósofo existencialista, conhecido por ter, em suas produções, argumentos em defesa da eutanásia como um meio aceitável de suicídio. Suas obras de maior reconhecimento sobre o tema são *A experiência da Morte* e *O problema moral do Suicídio* (LANDSBERG, 2009). Estudou com Husserl e Heidegger em Friburgo e com Scheler em Köln onde se doutorou.

Nessa época, o movimento nazista tomava conta da Alemanha e a segregação racial constituía-se como norma. Disposto ao exílio, deixa a mãe em Bonn – cidade na qual nasceu – que, não podendo sair dali, se suicida. Alguns comentadores, como a brasileira e teóloga Maria Clara Bingemer, na apresentação da obra de Landsberg traduzida em português, apresentam esse fato como um divisor de águas no modo de vida do alemão e o início de sua obsessão pelo tema do suicídio.

Tão marcante fora esse fato que no texto *O problema moral do Suicídio*, escrito originalmente em francês, Landsberg expõe sua visão sobre um problema que acometia a ele e a tantos outros judeus de sua época que, fugindo da perseguição alemã, andavam com um pequeno frasco de veneno, dispostos a se matarem caso fossem capturados (PUENTE, 2008, p. 44). Após casar-se, ter-se exilado em Paris, onde conheceu Emmanuel Mounier, fundador da corrente do pensamento filosófico personalista, do qual sofreu muita influência, Landsberg aceita o convite de lecionar em Barcelona e fica até lá quando estoura a Guerra Civil Espanhola, em 1936. Morre em 1944, no campo de concentração de Oranienburg, aos 43 anos.

Sua contribuição consiste em associar o problema do suicídio ao que envolve a noção de liberdade. Situa a morte como "*aquilo que dá acesso à pessoa, que é historicamente determinada e vive no tempo e no espaço*" (LANDSBERG, 2009, p. 11). Sua análise fenomenológica da morte vai além da de Scheler, que se limita apenas a questões biológicas e panteístas. A reflexão *landsbergueriana* se configura como uma alteridade, pois pensa também sobre a morte do outro e no amor que sentimos por alguém que morre (LANDSBERG, 2009). A partir desses dois elementos, somos capazes de ter conhecimento do nosso próprio "*dever morrer*".

Emil Cioran (1911-1995) foi um escritor e pensador romeno erradicado na França. Muitas são as referências feitas a ele quando o assunto é o suicídio. Os conceitos propostos e trabalhados por ele mostram a "carga" do seu estilo pessimista e negativo de filosofar. Cioran "*apreciava as reflexões que tivessem um gosto de carne e sangue, e, sobretudo, que fossem oriundas de exaltações e depressões nervosas*" (PIVA, 2006, p. 59). Vale ressaltar, portanto, que para compreendermos seu pensamento sobre o suicídio e outros conceitos propostos por ele, é imprescindível considerar a ligação entre a filosofia

da fisiologia, ligação esta que se vê presente na afirmação: "*Os homens não se suicidam por razões exteriores, mas por causa de um desequilíbrio interno, orgânico*" (CIORAN, 1995, p. 55).

Assim como em Camus, o suicídio era considerado por Cioran um dos temas cruciais da filosofia. Em *Nos Cumes do Desespero*, Cioran explora a questão do suicídio partindo de situações que viveu e experimentou, como as várias tentativas de suicídio que empreendeu. Morrendo em 1995, de mal de Alzheimer, Cioran não conseguiu realizar tal feito e alguns dos motivos para não tê-lo feito estão descritos em sua obra, o que nos ajudará a entender sua perspectiva sobre o suicídio, a saber: a) a própria ideia do suicídio; b) o suicídio como ato de fé; e c) o instinto de conservação.

Partindo de suas próprias experiências, Cioran afirma que não se suicidou devido à própria ideia do suicídio, já que ela "é de certa forma a saída, a nossa garantia de que podemos livrar-nos de nossa existência quando não mais suportarmos sua asfixia" (PIVA, 2006, p. 63). Mas, se não existir nenhuma razão de viver, não seria essa uma boa razão para cometer-se um suicídio? De acordo com Piva, Cioran defendia que os homens, assim como os animais, não vivem motivados por razões, mas por instintos - fatores irracionais - e que não vale a pena matar-se, pela simples razão de que sempre é muito tarde para suicidar-se (PIVA, 2006, p. 63).

A outra justificativa seria a de que o suicídio se caracteriza como ato de fé, "*uma postura que deriva de um assentimento a uma tese pessimista que se julga verdadeira em relação à essência do real*" (PIVA, 2006, p. 63). Cioran é conhecido por sua postura cética e, como vimos acima, não achava que vale a pena deixar a vida quando esta aparentemente não tem sentido algum. Para ele, viver "*significa enganar, ser enganado e enganar-se o tempo todo*" (PIVA, 2006, p. 63). Adotando a postura de Camus em relação à aceitação do absurdo, Cioran acredita que assim se abandona o desejo do suicídio. A partir da conformação com o Nada, viver "*passa a ser um hábito, com o passar do tempo, um vício*" (PIVA, 2006, p. 63).

Outra motivação apresentada por Cioran que faz com que um indivíduo deixe a vontade de matar-se é algo estritamente natural: nosso instinto de conservação. Ele o coloca na posição de mais forte que os outros instintos e o maior obstáculo de todos os suicidas (PIVA, 2006). Cioran afirma que a

fé é um dos exemplos deste instinto de conservação, ampliando a todos os homens, não só aos melancólicos e pessimistas, isto é, o abandono do desejo de suicidar-se não depende muito de razões, mas sim de impulsos cegos e vitais: "'*Quando faço a barba', me dizia um semilouco, 'quem, senão Deus, me impede de cortar a garganta?' – a fé seria apenas, afinal de contas, um artifício do instinto de conservação. Biologia por toda parte...*" (CIORAN, 1991, p. 89).

Em síntese, Cioran admite que o suicídio deve ser encarado como que uma obrigação, nem tanto para os pessimistas – porque estes são conscientes do nada e por isso são pessimistas – mas, para com os otimistas fracassados, que se permitiram iludir com as promessas do otimismo, com a ilusão do viver. "*(...) com o fracasso dos seus projetos utópicos e humanistas*", afirma Piva, "*(...) o ressentimento destes com a vida seria muito maior do que o pessimismo do mais misantrópico dos pessimistas*" (PIVA, 2006, p. 63).

Peter Singer (1946 -), australiano, filósofo e professor em Princeton, nos Estados Unidos, é um dos autores mais polêmicos da atualidade. Algumas reflexões mais atuais sobre o suicídio – não só -, mas também sobre o aborto e a eutanásia, por exemplo, tornam-se alvo de grandes discussões e geram enormes polêmicas tanto no meio acadêmico quanto fora dele. Constantemente criticado por grupos contra o aborto e a eutanásia, em sua maioria, de origem religiosa, Singer na obra Ética Prática, apresenta seu parecer sobre estes temas e outros como os "direitos" dos animais, sugerindo alternativas para que tais atos sejam vistos com bons olhos pela sociedade. Nesta obra, ele define três tipos de eutanásia: a voluntária, a involuntária e a não - voluntária, sendo a primeira a que mais nos interessa.

Segundo o próprio Singer, o termo eutanásia "*refere-se atualmente à morte daqueles que têm doenças incuráveis ou que vivem em grande dor e sofrimento, em benefício daqueles que são mortos e para os poupar mais dor e sofrimento*" (SINGER, 1993, p. 119). A primeira a ser especificada por Singer é a do tipo voluntária, que mais corresponde à ideia de suicídio. Na medida em que relata diversos casos da eutanásia voluntária ao longo da história, Singer afirma que esta é idêntica ao suicídio assistido. Um desses casos descrito pelo autor é o de Jean Humprey, vendo-se acometida de uma doença fatal, pediu ao esposo Derek que lhe pudesse oferecer meios a pôr fim a sua própria vida, com rapidez e sem dor. Este, vendo que a situação se aproxi-

mava, com o consentimento da esposa, ofereceu a ela alguns compridos, morrendo pouco depois de tomá-los (SINGER, 1993).

O mais notável dos casos foi o do médico Jack Kerkovian que construiu uma "*máquina do suicídio*" para ajudar os doentes em fase terminal a cometer suicídio. Singer (1993) descreve a máquina que consistia num haste metálica com três recipientes diferentes ligados a um único tubo daqueles usados para medicação intravenosa. O operador da máquina, no caso um médico ou agente de saúde, insere o tubo na veia do enfermo, contendo somente uma solução feita de água e sal. O paciente, a partir daí, pode acionar um "*interruptor que faz passar pelo tubo um medicamento indutor do coma, que é automaticamente seguido de uma solução letal contida no terceiro frasco*" (SINGER, 1993, p. 120).

É impossível não associarmos a eutanásia voluntária com o suicídio. A responsabilidade e a aceitação do ato em si ainda é do doente, que pretende antecipar a vida diante da morte iminente. Como afirmado acima, Singer é defensor dessas questões, pois a decisão de se submeter à eutanásia é da pessoa, nada lhe é imposto ou sugerido e, se ela o faz, sua atitude é moralmente correta por estar agindo com liberdade e em seu direito.

Assim como na máquina do suicídio, o paciente é o único responsável por puxar o gatilho que o leva ao fim da vida. Percebemos que se retorna à questão da liberdade como tema filosófico que, como vimos, teve grande destaque nas produções intelectuais a respeito do suicídio, por este ser, de fato, uma escolha, uma ação, além de ser um conceito/ideia/algo intrinsecamente ligado a condição humana.

Considerações finais

As reflexões expostas nesse estudo, percorrendo a história da filosofia, são muitas e variadas. Sem dúvida, na atualidade não podemos falar de marcos teóricos sobre o suicídio. Apesar de a Filosofia ter dado sua contribuição sobre o suicídio ao longo da história da humanidade acreditamos ser insuficiente continuar refletindo sobre o tema somente sob um ponto de

vista moral ou existencial. No entanto, sem dúvida alguma, tal reflexão filosófica continua sendo tão importante e pertinente para a compreensão do fenômeno. Cabe ao saber científico unir suas reflexões e concepções sobre o suicídio oriundas dos diversos campos do conhecimento, em especial, da filosofia, ciências da religião, antropologia, sociologia, psicologia, medicina e ciências jurídicas.

Sobre isso, foi na idade contemporânea que o fenômeno aqui tratado recebeu diversas formas de pesquisa, ganhando explicações de áreas como a Psicologia, Psiquiatria e Sociologia. Com o avanço dessas pesquisas, a Igreja Católica, por exemplo, passou a encarar o suicídio como consequência de problemas psicológicos e psiquiátricos, retirando-lhe – não totalmente – a responsabilidade moral do suicida, mas também não condenando a pessoa, por compreender que a misericórdia de Deus está cima de tudo (RIBEIRO, 2006). Também em muitos países o suicídio deixou de ser considerado um crime, de forma gradativa, nas nações mundiais, sendo a Inglaterra a última delas, quando aboliu a criminalização do ato em 1961.

Ao retomarmos as perguntas motivadoras, apresentamos uma pesquisa sobre a visão e a contribuição da Filosofia sobre o suicídio ao longo dos séculos. Agora ao concluirmos essa investigação, esclarecemos que com ela quisemos apenas oferecer nossa contribuição aos inúmeros esforços de uma crescente comunidade acadêmica de pesquisadores ao redor do mundo que busca melhor compreensão do fenômeno, bem como melhor intervenção e prevenção acerca das questões relativas ao suicídio.

Por fim, consideramos que reconhecer a especificidade do tema do suicídio e dar a ele visibilidade, não significou para nós outra coisa senão a possibilidade de contribuir com as pessoas envolvidas em favor da causa, sejam elas do âmbito acadêmico e institucional dos diversos seguimentos, quanto oriundas de demandas comunitárias e individuais. Foram para esses e para os que ainda virão somar forças nessa empreitada desafiadora e complexa que fizemos o esforço de escrever esse capítulo.

Referências

AGOSTINHO. A Cidade de Deus. 4 ed. v. 1. Trad. de J. D. Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1996.
ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. 4. ed. In: Os Pensadores, v. 2. São Paulo: Nova Cultural, 1991.
BÍBLIA DE JERUSÁLEM. São Paulo: Paulus, 2002.
CAMUS, A. Le mythe de Sisyphe. Essais. Paris: Gallimard, 1965a.
_____. L'homme révolté. Essais. Paris: Gallimard, 1965b.
_____. Textes complémentaires. Essais. Paris: Gallimard, 1965c.
CIORAN, E. Silogismos da amargura. Trad. De J. T. Brum. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.
_____. Surlescimesdudésespoir. In: *Euvres.*Paris: Gallimard, 1995.
CRUVINEL, M. V. Rastros Virtuais de uma morte (a)enunciada: uma análise dos discursos do suicídio pelas páginas brasileiras" do Orkut. Março de 2008. 198 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade de Campinas, Campinas. 2008.
HECK, J. N. O suicídio como violação de um dever de virtude. Filosofia Unisinos. Campo Grande, v. 6, n.1, p. 71-83, jan./abr. 2005.
MARIS, R., BERMAN, A., SILVERMAN, M. Comprehensive textbook of suicidology. New York: The Guidford Press, 2000.
MARX, K. Sobre o suicídio. Trad. ENDERLE, R., FONTALELLA, F. São Paulo: Editora Bontempo, 2006.
MONTAIGNE, M. Ensaios. Livro II. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/119423229/Ensaios-Michel-de-Montaigne-Livro-II. Acesso em: 21/08/2016.
NIESTZSCHE, F. Assim Falava Zaratustra. Vozes: Petrópolis, 2008.
JÚNIOR, J. C. B. Plotino, Enéadas I, II e III; Porfírio, Vida de Plotino. Introdução, tadução e notas. 2006. 684 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.
LANDSBERG, P. "O problema moral do suicídio". In LANDSBERG, P. Ensaio sobre a experiência de morte e outros ensaios. Rio de Janeiro: Contraponto e Editora PUCRio, 2009.
PLATÃO. Diálogos. O Banquete – Fédon – Sofista – Político. In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1972.
_____. Las Leyes. México: Porrúa, 1991.
PIMENTA, D.R. A postura camusiana perante o suicídio. Fragmentos de Cultura, Goiânia,

v. 22, n.3, p. 281-288, jul./set. 2012.
PIVA, P.J.L. Fisiologia e filosofia em Emil Cioran. Integração. São Paulo, ano XII, n. 44, p. 59-64, jan./fev./mar. 2006.
PUENTE, F. R. (org). Os Filósofos e o Suicídio. Belo Horizonte: UFMG, 2008.
RIBEIRO, D. M. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5670 . Acesso em: 17/08/2016.
SARRO, B., De la CRUZ, C. Los suicídios. Barcelona: Martins Roca, 1991.
SARTRE, JP. O existencialismo é um humanismo. In: Os Pensadores, São Paulo: Abril Cultura, 1978.
_____. O Ser e o Nada - Ensaio de ontologia fenomenológica. Tradução de Paulo Perdigão. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
SINGER, P. Ética Prática. Tradução de Álvaro Augusto Fernandes. 1993, Cambridge University Press.
WIETHOLTER, M.C. O suicídio em Manaus, no Amazonas e as questões filosóficas. 2009. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Licenciatura em Filosofia) – Faculdade Salesiana Dom Bosco, Manaus, 2009.

O suicídio no mundo artístico e o pensamento camusiano

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro[1]
Miguel Simões Neponuceno Júnior[2]

Introdução

O objetivo deste capítulo é contribuir para o debate contemporâneo sobre o suicídio no mundo da arte a partir da tradição filosófica ocidental tendo como viés a Filosofia da Arte, a Estética e o pensamento de Albert Camus. Para descrever a contribuição filosófica sobre essa temática, utilizamos o método dialético e realizamos uma minuciosa revisão literária em obras da tradição filosófica e de alguns estudos direcionados ao objeto de nossa pesquisa.

Para iniciar nossa reflexão partimos da emergência do Romantismo. Foi apenas no nascimento do Romantismo (séc. XVIII) que o suicídio começou a ser visto como um estilo artístico, presente também na literatura. Aliás, é nesta que o tema alcança notável importância por dois motivos. O primeiro deles é que o mundo literário conta com uma lista consideravelmente numerosa de suicidas, e o segundo, por ser nele que o suicídio surge como movimento artístico. *Os sofrimentos do jovem Werther* (1774), de Goethe, constitui-se como a obra mais notória que tem o suicídio como tema. Werther se encontra perdidamente apaixonado por uma mulher já comprometida. Escrito em primeira pessoa, como que num diário, Goethe conduz o leitor a sentir as angústias do jovem diante do

1 Departamento de Pós-Graduação.Docente - Filosofia/Faculdade Salesiana Dom Bosco / Manaus.
2 Acadêmico – Filosofia/Faculdade Salesiana Dom Bosco / Manaus.

amor proibido. Impossibilitado de ter a amada em seus braços, se suicida.

Apesar de a obra não conter um teor filosófico, conseguiu exercer grande influência principalmente nos jovens leitores. Depois de publicada a obra, *"(...) registros da época demonstram que muitos jovens e adolescentes se suicidaram utilizando os mesmos métodos de Werther. Este fenômeno ficou conhecido como 'Wertherfieber' ou 'febre de Werther'"* (CRUVINEL, 2008, p. 91). Essa influência expressa notadamente o grande papel do Romantismo no modo de pensar e agir das pessoas da época.

O Romantismo exacerbou o individualismo diante das situações difíceis da vida. Quando enfrentavam dificuldades as pessoas costumavam refugiar-se na solidão e nos vícios. Esse pensamento se via reforçado por posturas como o Calvinismo, por conta da grande exaltação de Deus e da humilhação do homem, já que os questionamentos sobre o sentido da vida levavam a um estado melancólico e um constante pensamento sobre a morte.

O suicídio filosófico – expressão estoica que se referia à posição do sábio em saber até que ponto viver ou deixar de viver caso os sofrimentos fossem maiores que os prazeres - antes restrito à uma elite, alcançava uma dimensão maior com "*o suicídio romântico entre os jovens burgueses, seduzidos por uma recusa à passagem do tempo, à solidão, ao vazio da alma e ao desespero do amor não correspondido*" (CRUVINEL, 2008, p. 91).

No entanto, em seu ensaio sobre o absurdo, intitulado *O Mito de Sísifo*, de 1942, Albert Camus (1965a, p.9) afirma a centralidade da questão do suicídio para o pensamento filosófico. Camus foi um dos intelectuais que, ao longo da história do pensamento ocidental, se propôs a tratar filosoficamente a questão do suicídio.

Sob uma perspectiva da história da filosofia ocidental, de um modo geral, podemos dizer que o problema do suicídio fora tratado por muitos anos somente sob uma perspectiva moral, como um ato de violência contra a vida, dom sagrado e divino. Contudo, foi a partir do século passado que o suicídio associou-se a um elemento consideravelmente importante por Camus: o *sentido que se dá à vida*, por ser essa a questão mais decisiva de todas.

1 O suicídio no mundo das artes

1.1 Palavras que expressam dor: O suicídio na literatura

Um dos primeiros escritores a suicidar-se na história dos quais se tem registros, foi o dramaturgo alemão Heinrich Von Kleist (1777 – 1811). Aos 22 anos, Kleist abandona a carreira militar, mantida pela tradição da família há gerações, para iniciar seus estudos de filosofia e matemática em Berlim. Ali entra em contato com a teoria kantiana e, inspirado pelas teorias sobre a condição natural do homem em Rousseau, renuncia aos privilégios de sua condição abastada, em busca de uma vida mais simples e desapegada. Acaba adoecendo devido ao excesso de trabalho e se vê obrigado a retornar à Alemanha para se tratar em um período em que a Europa estava agitada pela figura de Napoleão. É preso sob a acusação de espionagem. Na prisão escreve a obra *Pentesilea*, que expressa em seu enredo diversos estados patológicos que conduzem os protagonistas à sua destruição. Já em liberdade escreve grande parte de suas melhores obras como: *O jarro quebrado, O terremoto do Chile, Anfitrião, O príncipe de Homburg.* No outono de 1811, enquanto o rei da Prússia se alia a Napoleão contra a Rússia, Kleist se suicida em 21 de novembro, junto com sua amante, Henriette Vogel, às margens do Rio Wannsee (ROBLEJO, 2016, p. 8-9).

Já na Espanha, nos deparamos com a história de Mariano José de Larra (1809 – 1837), um escritor de personalidade triste, pessimista, solitária e cheia de frustrações. Larra escrevia artigos satíricos para uma revista da época sob o pseudônimo de Fígaro. Seus escritos lhe renderam muito prestígio. No entanto, descontente com a vida amorosa, somada à sua visão pessimista da sociedade espanhola de seu tempo, decide pôr fim à sua vida com um tiro na cabeça, aos 13 de fevereiro de 1837 (ROBLEJO, 2016, p. 9).

O século XX também rendeu alguns nomes que estão incluídos nesta lista. Virginia Woolf (1882 – 1941), grande escritora inglesa, sofria de transtorno bipolar. Apesar da grande lista de obras escritas por ela – e que até hoje são referências para muitos outros escritores e escritoras -, Virgínia "*cometeu suicídio por medo de chegar a um nível intenso de loucura*" (ROBLEJO, 2016, p. 10). A poetisa norte-americana Sylvia Plath (1932 – 1963), suicidou-se pelo mesmo motivo de Virginia. Sua motivação está presente em seu

romance autobiográfico *A Redoma de Vidro* (1963), em que apresenta como se dá a perda da razão em sua trajetória de vida, devido aos sintomas da depressão aguda da qual era acometida (ROBLEJO, 2016, p. 9-10).

Ernest Miller Hemingway (1899 – 1862), escritor norte-americano, mesmo sendo considerado como um dos poucos grandes autores da contemporaneidade suicidou-se, de acordo com Roblejo (2016), exatamente como um personagem de um dos romances que escrevera: com um disparo de uma escopeta de caça, num domingo de junho de 1962. Hemingway teve uma vida intensa e na velhice, muito doente, chegou a tentar o tratamento contra a depressão em uma clínica especializada, mas não conseguiu encontrar outra saída, a não ser a própria morte (ROBLEJO, 2016, p. 10).

Yasunari Kabawata (1899 – 1972), escritor japonês, se encontrava doente e deprimido. Ganhador do Nobel de Literatura em 1968, suicida-se com gás em um pequeno apartamento à beira-mar, no dia 16 de abril de 1972, aos 73 anos de idade. Segundo Roblejo (2016, p. 10), Yasunari foi "*um refinado transmissor de atmosferas e emoções plasmadas por uma inigualável riqueza lírica*" [3].

Jacques Valché (1896 – 1919) foi uma personalidade literária francesa cujo espírito rebelde o impulsionou a cometer atos considerados transgressores por alguns representantes da mídia e de organizações políticas, expressando-os em sua obra e o constituindo como uma verdadeira lenda do movimento dadaísta. De acordo com Roblejo (2016), no ano de 1919, submeteu a dois de seus melhores amigos uma dose exagerada de ópio, sendo que estes nem imaginavam o que Valché pretendia fazer. Tomando também uma para si, Valché dava fim à própria vida aos 23 anos de idade, levando com ele um peso duplo de suicida-assassino.

Jacques Rigaut (1899 – 1929), um poeta surrealista parisiense, tem como obra mais importante e famosa a *Agência Geral de Suicídios* (1920). Para ele, a vida era apenas um período de preparação para o ato supremo: o suicídio, o qual considerava tão intenso e profundo como uma vocação. Em cinco de novembro de 1929, enquanto internado numa clínica especializada em desintoxicação, Rigaut comete suicídio, não sem preparar cuidadosamente sua

3 Tradução nossa.

última aparição: se vestiu cuidadosamente e se pôs rodeado de almofadas para evitar que o impacto do disparo no próprio coração lhe fizesse perder a postura em que queria ficar (ROBLEJO, 2016).

René Crevel (1900 – 1935) é um dos poucos artistas homossexuais do período de transição do dadaísmo[4] para o surrealismo[5] que assumiu abertamente sua opção sexual, mesmo portando-se de maneira discreta em reuniões ou aparições públicas. Acometido por tuberculose desde a juventude, via-se constantemente cansado e decepcionado para com os novos ideais propostos pelos surrealistas. Tira a própria vida aos 35 anos de idade, da mesma maneira que havia descrito como viria a ser o suicídio ideal onze anos antes, em uma de suas obras, por asfixia devido à inalação de gás (ROBLEJO, 2016).

Pierre Drieu de La Rochelle (1893 – 1945) foi um escritor francês e leitor das obras de Nietzsche, das quais sofrera grande influência. Sua obra está marcada pela ideia da decadência e do desespero. Segundo Roblejo (2016, p. 15), talvez tenha sido essa a causa de La Rochelle se unir ao fascismo nos anos da Segunda Guerra Mundial. Ainda segundo o mesmo autor, um ano após uma tentativa frustrada de matar-se, La Rochelle "*põe fim a sua vida aos 15 de março de 1945, ao saber que seria preso por ir contra os aliados que libertaram a França na Guerra*" (ROBLEJO, 2016, p.15).

Alejandra Pizarnik (1936 – 1972), poetisa argentina e representante do surrealismo poético, "*foi uma mulher atormentada e depressiva, que tinha medo da loucura e da velhice*" (ROBLEJO, 2016, p.11). Decide pôr fim a sua vida, tomando cinquenta pílulas de tranquilizantes. Ao morrer estava profundamente desencantada da poesia. O também latino-americano Reinaldo Arenas (1943 – 1990), novelista, dramaturgo e poeta cubano optou

4 Embora a palavra *dada* em francês signifique "cavalo de madeira", sua utilização marca o *non-sense* ou falta de sentido que pode ter a linguagem (como na fala de um bebê). Para reforçar esta ideia, estabeleceu-se o mito de que o nome foi escolhido aleatoriamente, abrindo-se uma página de um dicionário e inserindo um estilete sobre ela, de forma a simbolizar o caráter antirracional do movimento, claramente contrário à Primeira Guerra Mundial e aos padrões da arte estabelecida na época. Em poucos anos o movimento alcançou, além de Zurique, as cidades de Barcelona, Berlim, Colônia, Hanôver, Nova York e Paris (RICHTER, Hans. *Dadá: arte e antiarte*. Ed. Martins Fontes. 1993).

5 Fortemente influenciado pelas teorias psicanalíticas de Freud, o surrealismo enfatiza o papel do inconsciente na atividade criativa. Um dos seus objetivos foi produzir uma arte que, segundo o movimento, estava sendo destruída pelo racionalismo (FRANÇA, José Augusto. *A Arte em Portugal no Século XX: 1911-1961* [1974]. Lisboa: Bertrand Editora, 1991, p. 382).

pelo suicídio. Roblejo (2016, p. 11) afirma que Arenas foi considerado um '*incômodo social*' por engajar-se em causas revolucionárias, por sua conduta homossexual e por sua postura contestadora diante o sistema do governo cubano da época. Por estas motivações Arenas é exilado para os Estados Unidos, onde contrai AIDS. Já em estado crítico por conta da doença, decide pôr fim à própria vida, tomando diversos remédios em excesso, aos 47 anos de idade.

Ana Cristina César (1952 – 1983), poetisa brasileira, nasceu no Rio de Janeiro e ainda na infância, mesmo não tendo passado pelo processo de alfabetização, costumava pedir a sua mãe que escrevesse seus poemas, transmitidos oralmente. Ao fazer uma viagem de intercâmbio para a Inglaterra, Ana Cristina conhece o melhor da literatura inglesa, apaixonando-se por ela. Tal paixão se expressa na dedicação da jovem carioca em estudos sobre a literatura e as artes audiovisuais, lançando suas primeiras obras – *Cenas de abril* (1979) e *Correspondência Completa* (1979). Por alguns anos, exerceu a profissão de jornalista, de atriz na televisão e lança a obra *A teus pés* (1982). Aqui, segundo alguns críticos e leitores, percebe-se uma leve divisão entre a ficção e sua própria vida. Inesperada e precocemente, dá fim à própria vida, quando se lança do apartamento de seus pais, no dia 29 de outubro de 1983, sem deixar qualquer tipo de bilhete ou mensagem que tentasse explicar seu ato (SANTANA, 2016).

1.2 As pinceladas e as cores de vidas sem esperança: Suicídio no universo das artes plásticas

O mundo das artes plásticas não é muito diferente do da poesia - e de toda a literatura em geral -, no que diz respeito a artistas com tendências suicidas. Cabe lembrar que muitos pintores, como o ilustre Van Gogh (1853 – 1890), têm suas mortes cercadas de dúvida. Segundo a pesquisa de Roblejo (2016), existem especulações e teorias de que o holandês, por exemplo, tenha sido assassinado e não cometido suicídio, como muitos afirmavam há algum tempo.

Por mais que o suicídio não seja tão frequente nesse meio quanto no da literatura, vários pintores sofreram diversas crises existenciais que os leva-

ram a depressões profundas, ocasionando até mesmo atentados contra a própria vida.

Um dos pintores que parece estar marcado por um destino trágico é o norueguês Edvard Munch (1863 – 1944), pintor da famosa obra *O Grito* (1893). Sua mãe sofria de tuberculose, contraída antes mesmo do casamento com seu pai, levando-a à morte quando Munch tinha ainda cinco anos de idade. Apesar das diversas enfermidades, desgraças, dores e tentativas de suicídio que marcaram sua vida, conseguiu viver até os oitenta anos e morreu em paz, rodeado por seus familiares (ROBLEJO, 2016, p. 12).

Ernst Ludwig Kirchner (1880 – 1938), pintor expressionista alemão e criador do grupo *Die Brücke* (A Ponte), é um exemplo de artista que sofria constantes crises depressivas, sendo este um dos fatores decisivos que o levou a optar pelo suicídio. Sua participação na Primeira Guerra Mundial deixou cicatrizes mentais que o atormentaram pelo resto da vida. Isso se pode ver claramente expresso em seu autorretrato *Selbstbildnis als Soldat* (Autorretrato como soldado, 1915), onde Kirchner se pintou com uma mão mutilada – apesar de não tê-la mutilado - vestindo o uniforme que usava enquanto estava em serviço. Os nazistas consideravam suas obras depravadas, fazendo com que seu frágil estado emocional chegasse ao limite. Suicidou-se no ano de 1938 (ROBLEJO, 2016).

1.3 A melodia que vem da tristeza: Música, drogas e suicídio.

O mundo da música também teve representantes suicidas ou que tentaram esta saída e que viveram, em sua maioria, no século passado. Apesar de citarmos apenas alguns deles, não se exclui o grande número de outros músicos, compositores, cantores que se suicidaram, seja em tempos mais antigos, seja em tempos mais recentes. Segundo Roblejo (2016), a maioria dos músicos – do século passado - que cometeram suicídio, provém do âmbito do Rock, Hard Rock, Grunge, Punk, Soul e Blues e curiosamente faleceram antes de cumprir trinta anos, deixando um testamento musical que influencia o universo da música até hoje. Antes de apresentarmos alguns desses artistas, precisamos tratar, mesmo que superficialmente, sobre a influência do uso de substâncias ilícitas naqueles que possuem supostas tendências

suicidas.

É sabido que as "*drogas causam desordem nas funções dos neurônios que induzem às famosas alucinações tão buscadas pelos seus usuários*[6]" (ROBLEJO, 2016, p. 17). A maioria dos músicos que cometeram suicídio eram dependentes químicos e morreram pelo consumo exacerbado de diversas substâncias, em sua maioria a cocaína e a heroína. Esse tipo de morte, por overdose, costuma ser intitulada de *suicídio involuntário*, dependendo de cada caso específico. Outros artistas, apesar do vício, suicidaram-se por outros meios. De acordo com Botega (2014), os transtornos mentais mais comuns associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, reforçando, portanto, a influência do uso de drogas também como um fator que colabora para a consumação do ato suicida.

Um dos exemplos de artistas suicidas da música brasileira é o do músico Torquato Pereira de Araújo Neto (1945 – 1973) - que também era jornalista, letrista e poeta. Filho único de um promotor influente de Teresina, ainda jovem encontrou-se com Caetano Veloso, Gilberto Gil, Tom Zé e José Carlos Capinam no teatro Vila Velha. Indo para São Paulo, iniciaram parcerias, participando com o grupo de vários festivais durante os quais inventaram o Tropicalismo (RONCONI, 2012).

Além de ter um temperamento difícil, teve muitas crises emocionais, o que culminou em seu vício em álcool. Devido ao que os especialistas diagnosticaram como surto psicótico, Torquato foi internado várias vezes em hospitais psiquiátricos. Tentou se suicidar por quatro vezes e ao final, com apenas 28 anos, no dia do seu aniversário, após uma conversa com sua ex -esposa, "trancou-se no banheiro, vedou a porta e a janela com lençóis, abriu o gás do chuveiro e se matou asfixiado" (RONCONI, 2012, p. 1). Com ele, estava seu último poema intitulado "*Fico*".

Paul Williams (1939 – 1973), integrante da banda norte-americana *The Temptations*, foi afastado do grupo – do qual fazia parte há dez anos -, para tratar de sua saúde, que se encontrava em estado crítico. Roblejo (2016) supõe que esse tenha sido o motivo que levou o músico a suicidar-se com um

6 Tradução nossa

tiro em seu carro, no ano de 1973, em Detroit, nos Estados Unidos. Já Ian Curtis (1956 – 1980), líder e compositor de outra banda americana, a *Joy Division*, é considerado até hoje como um dos principais "*poetas malditos da história do Rock*[7]" (ROBLEJO, 2016, p. 18). Isso devido a seu estilo de composição, marcado por letras suicidas e depressivas, reflexo da epilepsia da qual era acometido. Suicida-se na própria casa, enforcado, ao som do álbum de Iggy Pop, chamado *The Idiot*, o idiota, em português (ROBLEJO, 2016).

Uma das mortes mais famosas do mundo da música é a de Kurt Cobain (1967 – 1994), criador e vocalista da banda punk *Nirvana*. O músico sempre tivera problemas com drogas, o que contribuiu para a constituição de uma personalidade depressiva e autodestrutiva. Em 1993, após tentar o suicídio diversas vezes, é internado em uma clínica de reabilitação, devido a uma overdose de heroína. Com 27 anos, no dia 5 de abril de 1994, suicida-se com um tiro na cabeça (ROBLEJO, 2016).

1.4 O suicídio nas artes cênicas e na dança

O mundo das artes cênicas - considerando aqui o universo televisivo e cinematográfico -, também foi marcado pelo suicídio como uma "*doença mortal causada pelos vícios, tanto em álcool quanto em outras drogas, somadas a postura dos artistas em relação a uma fama instantânea e o esquecimento súbito por parte do público*[8]" (ROBLEJO, 2016, p. 19). Segundo o mesmo autor,

> *Existe uma estreita relação entre a fama e o êxito destas figuras públicas e as profundas crises existenciais que padeceram, crises que faziam com que se enxergassem como seres incompreendidos e incompreensíveis, perdidos no esplendor da glória e, por isso, condenados a uma solidão eterna*[9] (ROBLEJO, 2016, p. 19).

7 Tradução nossa.
8 Tradução nossa.
9 Tradução nossa.

Heath Ledger (1979 – 2008), ator australiano que tinha na época um futuro promissor na indústria cinematográfica, foi encontrado morto em um quarto de hotel, tendo como causa uma overdose de remédios tranquilizantes, prescritos para tratamento de ansiedade e insônia. De acordo com Roblejo (2016) existem algumas hipóteses sobre a sua morte. Uma delas é que na época, Heath estaria transtornado por ter se envolvido demais com a personagem de seu último filme – *Batman, o Cavaleiro das Trevas*. Ele interpretara o vilão Coringa, conhecido por suas características atormentadas e sádicas. Alguns afirmam que essa teria sido a causa dos problemas de sono de Heath. Por outro lado, alguns familiares diziam que o ator lutava para manter-se sóbrio e que tinha depressão desde a separação de sua primeira esposa, com quem tinha uma filha de dois anos. Por esses motivos, um ano antes de sua morte, já havia tentado suicidar-se, o que certamente se funda como uma motivação mais provável para o uso dos remédios (ROBLEJO, 2016).

Leila Lopes (1959 – 2009), atriz, jornalista e apresentadora de televisão brasileira, ilustra um típico caso de famosos que não conseguem lidar com a fama instantânea e com o súbito esquecimento do público. Leila ficou conhecida por alguns papéis em novelas que conseguiram grande audiência na época. Por muitos anos, porém, foi completamente esquecida. Depois de alguns anos, retorna às telinhas, mas como apresentadora de programas de um canal de tevê fechada erótico e se lança na carreira pornográfica, como atriz. Na carta de despedida deixada por ela, Leila dizia que sofria de depressão desde a morte da mãe, que partiria feliz e apontou algumas motivações que a fizeram optar pela própria morte. Foi encontrada morta em sua residência no dia 3 de dezembro de 2009, por ter ingerido veneno para rato (RUSSO, 2009).

Walmor Chagas (1930 – 2013) foi ator, autor, diretor e produtor de teatro brasileiro. Não existem relatos de que Walmor sofria de algum tipo de depressão ou distúrbios psicológicos que pudessem justificar seu suicídio. Era um artista com um cabedal extenso de peças, novelas, filmes, etc. Em 2013 foi encontrado morto com um tiro na cabeça, sentado em uma cadeira, com a arma no colo e as mãos sobre ela, por um funcionário de uma pousada da qual era proprietário no interior de São Paulo. Apesar das suspeitas de assas-

sinato, a Polícia atestou o suicídio, já que encontrou vestígios de pólvora em uma de suas mãos (PETRY, 2013).

De todas as expressões artísticas aqui apresentadas, os casos de suicídio são praticamente nulos no mundo da dança. Apesar de muitos artistas desse meio possuírem certa obsessão em relação ao peso e à imagem externa, não se têm, na história da dança, casos muito notáveis em relação ao suicídio. Roblejo (2016) acredita que, em certa medida,

> *(...) isto pode ser causado pela liberação de endorfinas provocadas pelo treinamento físico, mas também pela própria natureza coletiva da atividade que faz com que a interação humana seja maior, aumentando assim a confiança em si mesmos e em seus companheiros de classe e/ou o elenco* (ROBLEJO, 2016, p. 23)[10].

Apesar disso, não podemos afirmar que os dançarinos e as dançarinas estão isentos dessa escolha. Isadora Duncan (1878 – 1927), bailarina e coreógrafa, tentou suicidar-se várias vezes ao longo da vida, principalmente logo após a morte de seus filhos num acidente de carro às margens do Rio Sena. O fato a levou ao vício do álcool, tornando-se esquecida no meio artístico. Mesmo assim, acabou morrendo tragicamente, também em um acidente automobilístico, estrangulada pela echarpe que lhe envolvia o pescoço que ficara preso à roda do carro onde estava (ROBLEJO, 2016).

O suicida constitui-se como um ser angustiado e solitário que busca desesperadamente um lugar dentro da sociedade e, ao não encontrá-lo, dá fim à própria vida. Acredita-se que os artistas, que estão mais em contato com seu lado emocional, são mais sensíveis às crises depressivas, embora não se possa dizer que seja uma exclusividade deles, pois acomete os seres humanos em geral. Saber o que se passa na mente de um suicida, seus últimos pensamentos antes de tomar a decisão que anulará definitivamente sua existência física, seria determinante para poder ajudá-lo. Porque, em última instância, o ato do suicídio não é mais que um chamado de alerta, um grito desesperado de seu eu interior em busca de ajuda (ROBLEJO, 2016).

10 Tradução nossa.

2 Diálogo entre conceitos do pensamento camusiano e o suicídio no mundo da arte: Uma reflexão estética do absurdo.

Neste tópico iremos apresentar, de maneira breve e sintética, traços biográficos do autor e tratar sobre três conceitos propostos por ele, que são: o *absurdo*, o *suicídio* e a *revolta*, além de apresentar a criação absurda e o papel do artista segundo Camus e relacioná-los com alguns dos artistas que se suicidaram e foram descritos no tópico anterior.

Albert Camus, pensador e escritor franco-argelino, em seu ensaio *O mito de Sísifo*, publicado em 1942, traz à tona uma discussão interessante sobre o suicídio, abordando o tema sob uma perspectiva diferente daquelas que observamos no primeiro capítulo. Camus situa o suicídio em uma esfera individual e não social. Esse escrito de Camus é também considerado como uma crítica às posturas dos pensadores que lhe antecederam, sempre relacionadas ao campo da ética ou da moral. Nessa reflexão tradicional, é possível notar a falta de algo radical em proporcionar respostas relativas à questões realmente essenciais, como o sentido de nossas vidas, por exemplo. De acordo com Pimenta, "*antes de responder como viver, fazer desse mundo um mundo agradável – ou pelo menos suportável -, devemos responder se a vida vale a pena ser vivida*" (PIMENTA, 2012, p. 281).

2.1 O homem revoltado – vida e obra de Albert Camus

Albert Camus nasce em Mondovi, na Argélia, quando ocupada pela França, aos sete dias de novembro de 1913. De família camponesa, perde o pai durante a Primeira Guerra Mundial, em 1914, um ano após seu nascimento. A morte do pai provocaria em Camus um olhar mais denso sobre a Guerra seguinte. Com a mudança da família para Argel, inicia seus primeiros estudos. Ali, trabalha como vendedor de acessórios automobilísticos, meteorologista e ocupa cargos sem relevância em alguns escritórios e na prefeitura da cidade. Com o apoio da família e de alguns professores, Camus se forma em filosofia e em seguida, conclui o doutorado. Não pratica a docência de-

vido à tuberculose que adquiriu nos períodos de concurso para conseguir exercer a função de professor.

Recebeu o Prêmio Nobel de Literatura em 1957 por suas obras possuírem "*um misto de realidade, esperança e angústia, temas comuns, principalmente a ele, que viveu em meio a um período conturbado*" (GONÇALVES, 2016, p. 10). Seus escritos expressam sentimentos em relação a sua própria vida. Morte, esperança, violência, absurdo e revolta são alguns dos temas que marcam suas 25 obras, a maior parte delas sendo ensaios ligados à arte e à produção literária. Esse é um dos motivos pelos quais Camus não foi reconhecido como filósofo, apesar da formação acadêmica que teve na juventude. *O Mito de Sísifo* constitui-se como um ensaio filosófico, por abordar, filosoficamente o absurdo e o suicídio. (GONÇALVES, 2016).

A época em que fora redator-chefe do jornal clandestino *Le Combat*, em 1944, marcou Camus pela amizade com o também filósofo Jean-Paul Sartre e por seu engajamento político. Devido à divergência de ideias e posturas diante a realidade, a amizade entre os dois pensadores é interrompida, fazendo com que Camus não contribuísse mais com a produção do *Le Combat*. Em 1960, viajando a Paris, o carro em que Camus estava colide com uma árvore, fazendo com que o escritor morresse ainda no local. Alguns suspeitam que o carro tenha sido sabotado por alguns militantes de movimentos contrários aos que Camus defendia, porém, tal suspeita nunca fora confirmada (GONÇALVES, 2016).

Os escritos de Camus possuem uma peculiaridade, pois, segundo Pimenta (2010), o autor escreve sobre o vivido, não se preocupando com análises conceituais de homens ou sistemas que o definam, mas sim com o homem concreto, de carne e osso, que sofre e se decepciona diante do mundo. Com isso percebe-se que Camus não negava o conhecimento sensível, colocando-o em primeira evidência: "*Este coração que há em mim, posso senti-lo e julgo que ele existe. O mundo, posso tocá-lo e também julgo que ele existe*" (CAMUS, 1965b, p. 111).

Ainda sobre o conjunto de suas obras cabe realçar os três momentos em que podem ser: o lirismo, o absurdo e a revolta, sendo os dois últimos de extrema importância para o intento desta pesquisa. O lirismo camusiano, expresso nas obras *Núpcias* (1939) e *O avesso e o direito* (1937), apresentava

o mundo como lugar da felicidade, uma vez que, "*nossa existência se encontra no mundo, sensível e material*" (PIMENTA, 2004, p. 26). A felicidade só pode ser construída neste mundo físico, "*nas dimensões da sensibilidade, nos prazeres simples e inocentes, como em um banho de mar, em sentir o calor do sol, em acariciar uma mulher, etc*." (PIMENTA, 2010, p. 17). Muito mais que isso, ainda para Camus, a felicidade só se dá quando a relação entre homem e mundo é harmônica; como uma noite de núpcias, selando a união entre os dois. Já a tristeza, contrariamente, caracteriza-se pela separação entre eles.

O segundo momento, o do absurdo, apresentado principalmente em *Calígula* (1938), em *O mito de Sísifo* (1942) e em *O estrangeiro* (1942), caracteriza-se pela crítica à vida mecânica do homem, sendo esta a principal motivação para o rompimento das núpcias entre ele o mundo. Quando o homem questiona seus hábitos, elementos que condicionam o seu viver e existir dá-se conta do divórcio que existe entre ele mesmo e o mundo; percebe então, que nem tudo é harmônico. Camus apresenta duas saídas para o absurdo, o suicídio ou a revolta, que marca o terceiro momento da sua obra (PIMENTA, 2010).

A revolta, tema principal tratado em *O homem revoltado* (1947) e em *A Peste* (1951), constitui-se como uma resposta positiva ao absurdo, representando a liberdade do homem consciente e criador, contrapondo-se à resposta negativa, que é o suicídio. A revolta faz com que a experiência subjetiva do absurdo se expanda e se torne solidariedade para com os outros homens, já que o homem absurdo percebe que os outros humanos também estão na mesma situação e passando pelo mesmo processo de vida mecânica – constatação do absurdo – suicídio ou revolta: "*O primeiro avanço da mente que se sente estranha é, portanto, reconhecer que ela compartilha esse sentimento com todos os homens, e que a realidade humana, em sua totalidade, sofre com esse distanciamento em relação a si mesma e ao mundo*" (CAMUS, 1999, p. 35).

Cientes do contexto de Albert Camus e de como suas obras podem ser divididas, vamos abordar, sintética e profundamente, os conceitos do absurdo e da revolta trabalhados especificamente em *O Mito de Sísifo* e *O homem revoltado*.

2.2 Le absurde e le suicide – O absurdo e o suicídio

Em *O Mito de Sísifo* (1942), Albert Camus discorre, em poucas páginas, sobre um dos conceitos que se tornaram característicos de seu pensamento e de sua obra literária: o absurdo. A motivação inicial desse ensaio, como já mencionamos antes, parte da necessidade de se desenvolver reflexões sobre temas essenciais – ou que deveriam ser considerados essenciais – pelo homem. Camus (1965a) parte do princípio de que até então, o absurdo sempre fora visto como conclusão e que, em sua obra, será tratado como um ponto de partida. Ponto de partida esse que reflete em si a problemática proposta por Camus que consiste na existência de "*um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia*" (CAMUS, 1965a, p. 9).

Sua constatação faz com que trate o suicídio como um fenômeno essencialmente individual. Segundo ele, "*um gesto como este [o suicídio] se prepara no silêncio do coração, da mesma forma que uma grande obra. O próprio homem o ignora. Uma tarde, ele dá um tiro ou um mergulho*" (CAMUS, 1965a, p. 10). A ideia do suicídio brota no coração dos indivíduos que se percebem, que se questionam a si mesmos e o mundo que os envolve. Para ele, começar a ter essa atitude reflexiva sobre a própria existência é começar a ser minado e que isso se dá, inicialmente no interior de cada homem e mulher, não na sociedade. Aliás, não poderíamos considerar os problemas sociais como extensões de conjuntos de problemas existenciais mal resolvidos? Não nos cabe explorar tal questionamento neste momento.

Camus continua e afirma que apesar de muitas causas serem apontadas como motivações para o ato suicida e de que não sabemos quando tal ideia surge naquele ou naquela que pretende fazê-lo, matar-se é o mesmo que confessar. Uma confissão que pressupõe a crueza da incompreensão diante da vida, de que ela "*não vale a pena*"; atitude que se dá no reconhecimento da "*(...) ausência de qualquer razão profunda de viver, do caráter insensato da agitação cotidiana e da inutilidade do sofrimento*" (CAMUS, 1965a, p. 11). Esse reconhecimento que nos mina caracteriza-se como um sentimento de absurdo, ou como o sentido da absurdidade, definido por Camus como "*um divórcio entre o homem e sua vida, entre o ator e seu cenário*" (IDEM, p. 12).

E o suicídio aparece como elemento necessário para se entender o absurdo, porque aparece como uma solução para ele e é essa relação interdependente entre absurdo e suicídio que define o objetivo de seu ensaio.

O suicídio nasce da incapacidade de o ser humano conseguir entender e viver a partir do abismo existente entre a nossa capacidade reflexiva - que busca esclarecimento do mundo - e a impenetrabilidade e incompreensibilidade próprias desse mesmo mundo. Caracteriza assim o absurdo, em outras palavras "*(...) consiste em viver a cisão, em sentir no espírito o divórcio entre homem e mundo, a disparidade entre a avidez humana por um significado e a indiferença do mundo*" (VICENTE; GONTIJO, 2011, p. 1).

O homem percebe que não há sentido em sua existência. Tal percepção, segundo Camus, deve ser vista como um estímulo à vida e não o contrário. Nesse sentido, para o escritor franco-argelino o suicídio é "*uma fuga*" (CAMUS, 1965c, p. 416), "*um insulto à existência*" (CAMUS, 1965b, p. 103), "*uma evasão*" (CAMUS, 1965b, p. 100), "*uma negação de si mesmo*" (CAMUS, 1965c, p. 414) e "*uma negra exalta*ção" (CAMUS, 1965c, p. 417). Sua posição é a de que o ser humano precisa assumir-se como ser do absurdo, escolher o absurdo e não fugir dele. Aí está, para o autor, o sentido da existência que não tem sentido algum a não ser aquele que o homem, vivendo o absurdo, dá. É assumindo o absurdo que o homem passa a ser responsável pelo seu próprio destino (PIMENTA, 2012).

Desse modo a resposta "*ideal*" para o absurdo não é o suicídio e sim a revolta, capaz de permitir ao homem ser dono da sua liberdade, nutrindo a paixão pelo viver, que se dá na vivência do absurdo: "*O suicídio não é uma prova de liberdade, pois como foi afirmado, a verdadeira liberdade começa com o absurdo, e a eliminação da própria vida, elimina também o absurdo*" (PIMENTA, 2012, p.286).

2.3 Le revolte – A revolta

Assim como o absurdo, a revolta é um dos conceitos mais explorados por Camus em suas obras, especificamente na obra *O homem revoltado*, em que toma os dois temas como interrogações filosóficas. A revolta surge como atitude libertadora diante da consciência de um indivíduo que abraça o ab-

surdo e que percebe também nos outros, essa mesma condição. Na revolta é possível encontrar "*a regra de ação que o absurdo não conseguiu nos oferecer, uma indicação pelo menos sobre o direito ou dever de matar, a esperança, enfim, de uma criação*" (CAMUS, 1999, p. 21). Tal ação é o que configura a solidariedade no individuo consciente do absurdo para com o resto dos homens e mulheres, aliás, segundo o próprio Camus, uma revolta que não se caracteriza como solidária não é revolta.

> *A solidariedade dos homens se fundamenta no movimento de revolta e esta, por sua vez, só encontra justificação nessa cumplicidade. Isso nos dá o direito de dizer, portanto, que toda revolta que se permite negar ou destruir a solidariedade perde, ao mesmo tempo, o nome de revolta e coincide, na realidade, com um consentimento assassino* (CAMUS, 1999, p. 34).

A experiência do absurdo, que se dá numa dimensão individual, toma uma proporção mais abrangente. O indivíduo que abraça o absurdo se vê unido aos demais, por essa ser a condição de todos os homens e mulheres, daí o aspecto de solidariedade com todos os humanos.

> *Na experiência do absurdo, o sofrimento é individual. A partir do movimento de revolta, ele ganha a consciência de ser coletivo, é a aventura de todos. O primeiro avanço da mente que se sente estranha é, portanto, reconhecer que ela compartilha esse sentimento com todos os homens, e que a realidade humana, em sua totalidade, sofre com esse distanciamento em relação a si mesma e ao mundo. O mal que apenas um homem sentia torna-se peste coletiva. Na nossa provação diária, a revolta desempenha o mesmo papel que o cogito na ordem do pensamento: ela é a primeira evidencia. Mas essa evidencia tira o indivíduo de sua solidão. Ela é um território comum que fundamenta o primeiro valor dos homens. Eu me revolto, logo existimos* (CAMUS, 1999, p. 35).

O homem revoltado recusa os princípios metafísicos – isto é, Deus – por não encontrarem respostas – estas geralmente fornecidas por modelos tradicionais e teístas - que o satisfaça mediante a constatação do absurdo. Estando a lei que orienta a conduta moral somente no plano humano e não metafísico, os homens deverão cria-las. O mundo se torna a única verdade dos homens e, juntos, deverão viver sem almejar um reino celeste, e buscar a salvação, que se dará neste mundo, com adesão total da parte deles (CAMUS, 1999, p. 93).

Camus retoma aqui a importância da solidariedade que se constitui como uma "*ação verdadeira e transcendental em que cada homem se reconhece, num certo aspecto, em todos os homens*" (VICENTE; GONTIJO, 2011, p. 6). A solidariedade se intensifica mediante a nulidade da presença divina, pois os homens partem da ideia de que estão sozinhos e só tem uns aos outros. Contudo, segundo Pimenta (2010), a revolta existe nos homens e não independentemente deles, estando suscetível a tomar rumos diferentes e contraditórios do que viria a ser seu processo original. O mesmo autor continua

> *Os homens podem adicionar à revolta outros sentimentos que não lhe são próprios, como o caso do niilismo que se assentou em seu seio e afirma que a criação pode provir de todos os meios disponíveis, e afirma que a criação que permite destruir vidas para criar, e isso é, diferente do que conclui a revolta que, incondicionalmente, preserva a vida enquanto consciência que mantém o absurdo* (PIMENTA, 2010, p. 6).

O autor critica o niilismo, pois com ele a revolta se torna revolução que não tem compromisso algum com os valores da revolta, que é a favor da vida. A história mostra que o homem é o inimigo do homem e que somente "*assumindo nossa culpa, deixando o niilismo e intensificando os sublimes instintos da revolta seremos capazes de instituir a fraternidade humana*" (PIMENTA, 2010, p. 8). As consequências dessa transformação da revolta em revolução são negativas por romper a fraternidade entre os homens que poderiam, a partir dela, expressar-se livremente e cada um fazer o outro saber de seus desejos verdadeiros, pois é dessa comunicação livre que nasceria a cumplicidade mútua entre eles (PIMENTA, 2010).

Essa liberdade, também exigida pela revolta, não condiz com a ideia de liberdade total que é permissiva demais, e segundo Pimenta (2010), age a favor da destruição, não se enquadrando, portanto, na concepção da revolta, que só age em favor da criação. A liberdade "*revoltada*" é relativa, consciente de que a liberdade do outro a limita e que não há, entre as duas liberdades, juízos de grandeza ou valor. Concluímos com as palavras do próprio Camus: "*Em nenhum caso, se for consequente, reivindicará o direito de destruir a existência e a liberdade do outro. Ele não humilha ninguém. A liberdade que reclama, ele a reivindica para todos; a que recusa, ele a proíbe para todos*" (1999, p. 327).

2.4 A criação absurda e os artistas suicidas: Uma perspectiva camusiana

Tratar da criação absurda proposta por Albert Camus é adentrar num campo muito característico do autor: a reflexão estética, que segundo Cohn (1970), se situa no centro das ocupações do autor franco-argelino. Os principais escritos em que Camus se debruça sobre o campo da estética se encontram em *O Mito de Sísifo*, precisamente no capítulo intitulado *A criação absurda* e em *O Homem Revoltado*, no capítulo *A arte revoltada*, além do *Discours de Suède*, pronunciada em Estocolmo, no ano de 1957 e publicada, posteriormente e com outros escritos, em 1965. Em *O Mito de Sísifo*, Camus explana sobre a criação absurda – como o próprio título já o diz – e na obra *Discours*, apresenta o papel do artista.

Saber do que trata a criação absurda e o papel do artista sob a perspectiva camusiana será de extrema importância para esta pesquisa, pois tais propostas fundamentarão uma análise a partir do suicídio dos artistas descritos em tópico anterior. Há alguma relação entre tais conceitos? O suicídio, mesmo que seja dos artistas citados, continua sendo uma opção negativa perante o absurdo da vida? Qual seria a possível postura a ser tomada na perspectiva camusiana?

Diante do absurdo, a obra de arte, segundo Camus (1965b), se constitui como uma oportunidade de manter a fidelidade do homem perante o confronto consciente entre ele e o mundo que o cerca. Esse confronto não diz

respeito somente à descoberta do absurdo, mas também às suas consequências, como a rejeição do suicídio e do salto ao transcendente, por exemplo.

A arte absurda se caracteriza por não buscar explicações ou resolver problemas, mas por nascer "*da renúncia de racionalizar sobre o concreto*" (CAMUS, 1965b, p. 176), assim como o pensamento absurdo busca sentir e descrever. A explicação se torna uma atitude infrutífera em relação à sensibilidade, pois esta *"(...) perdura, e com ela, os incessantes chamados de um universo inesgotável em quantidade*" (CAMUS, 1965b, p. 174).

Segundo o próprio Camus, a obra de arte afirma o absurdo.

> *Seria um erro ver aqui um símbolo e acreditar que a obra de arte possa ser considerada um refúgio diante do absurdo. Ela é em si mesma um fenômeno do absurdo e a questão é apenas descrevê-lo. Não oferece uma saída para o mal do espírito. É, ao contrário, um dos sinais desse mal, que o repercute em todo o pensamento de um homem. Mas, pela primeira vez, tira o espírito de si mesmo e o coloca diante de outro, não para que se perca, mas para mostrar-lhe com um dedo preciso o caminho sem saída em que todos estão comprometidos* (CAMUS, 1965b, p. 174-175).

A obra de arte tem como finalidade, portanto, conduzir os homens ao encontro do absurdo, tirando-os da mecanicidade do hábito de suas rotinas. Apesar dessa afirmação, Camus se questiona em *O Mito de Sísifo*, se existem diferenças entre a arte e a filosofia, já que, aparentemente, esta tende sempre a explicar alguma coisa, por seu caráter científico, mesmo que a conclusão seja um ou mais questionamentos.

Segundo ele, arte e filosofia não se opõem. Os argumentos discordantes dessa afirmação defendem que, enquanto o filósofo cria sistemas, o artista cria diferentes obras. Apesar de cada uma possuir suas especificidades, o artista, assim como o pensador, "*compromete-se e transforma-se em sua obra*" (PIMENTA, 2010, p. 72). Isso é o que para Camus faz com que tais argumentos que defendem a oposição entre arte e filosofia sejam vagos demais. O que faz tanto o artista quanto o filósofo é uma constante recriação de sua obra, "*Em oposição ao artista, afirma-se que nenhum filósofo jamais criou vários sistemas. Mas isso é verdade na medida em que nenhum artista expres-*

sou mais que uma única coisa sob diversas facetas" (CAMUS, 1965b, p. 175).

Para Camus, tanto uma produção filosófica quanto um conto, por exemplo, têm a intenção de produzir um saber sobre o homem e a realidade, pois o pensamento surge a partir de uma reflexão existencial. Um conto ou uma pintura, por meio de elementos específicos de cada expressão – metáforas ou cores particulares – apresentam ao homem verdades sobre sua própria condição (PIMENTA, 2010).

Assim como a revolta ou o suicídio, também a obra absurda exige um homem consciente do absurdo, nesse caso, um artista consciente. Sua obra então será reflexo do "*pensamento absurdo no qual está inserido e com ele, todo o drama da existência humana e suas contradições*" (PIMENTA, 2010, p. 73). Esse elemento em particular retoma a necessidade de realçarmos que a obra não trata de uma explicação da existência humana, mas sim de sua descrição. A descrição é o que almeja o pensamento absurdo e consequentemente, a criação absurda. De acordo com Camus (1965b, p. 176), "*o problema para o artista absurdo é adquirir o saber-viver que supera o saber-fazer*", sendo o primeiro entendido como o sentimento e a reflexão sobre a existência humana que a obra apresenta e o segundo sobre o estilo que o artista escreve, pinta, compõe tal obra (PIMENTA, 2010, p. 173).

Outra característica da obra absurda é a que ela não é criada com o intuito de dar esperança ou oferecer aos homens um sentido à suas vidas, pelo contrário, por corroborar com o absurdo, ela vem para afirmar a falta de sentido. Ela se torna, assim como a revolta e o suicídio, "***uma*** *das atitudes possíveis para o homem consciente do absurdo*" (CAMUS, 1965b, p. 180. Grifo no original).

O criador absurdo cria para nada, pois tem consciência da fugacidade de sua obra, "*o artista deve trabalhar e criar 'para nada', esculpir na argila, saber que sua criação não tem futuro, ver essa obra ser destruída em um dia*" (CAMUS, 1965b, p. 189). Como vimos, para uma obra ser considerada absurda ela deve apresentar ao homem o absurdo e o ajudá-lo a manter-se fiel nesta constatação; uma obra que trate do absurdo, mas não conduz o homem a esse caminho não pode ser considerada absurda.

Camus apresenta sua visão sobre o papel do artista nos *Discouers de Suèrde*, pronunciado em Estocolmo, em 1957, por ocasião do recebimento do

prêmio Nobel de literatura. Seu discurso foi, na realidade, um testemunho sobre sua própria obra. Camus, segundo Pimenta (2010), enfatiza que sua arte foi uma maneira que encontrou para viver o absurdo. Contudo, a arte não é uma satisfação individual somente, mas solidária. O conceito de solidariedade abordado na revolta se faz presente também no papel do artista absurdo. A arte absurda "é um meio de comover o maior número de homens, oferecendo-lhes uma imagem privilegiada dos sofrimentos e das alegrias comuns" (CAMUS, 1976c, p. 1071). Sabemos que a arte se dá na solidão do artista, no ato da criação, porém, sua finalidade é alcançar o outro, mostrando-lhe "*suas semelhanças, (...) que a existência é absurda*" (PIMENTA, 2010, p. 93).

Para Camus, o criador não se separa do seu tempo, nem de sua realidade. Essa relação entre criação e tempo, entre o artista e a vida, constitui a realidade social. O artista, entre outras palavras, deve estar a serviço da verdade e da liberdade. Para Camus, que viveu em um contexto permeado por atrocidades cometidas pelos homens contra os próprios homens, sua arte foi um instrumento que ele utilizou para lutar contra tais injustiças. Muito mais que isso, "*a arte foi um meio para tentar restaurar a dignidade de viver*" (PIMENTA, 2010, p. 94).

Essa característica da arte absurda revela a radicalidade de seu objetivo que perpassa a atitude de seu criador. O artista não deve estar alheio aos dramas de sua época e se este se conforma com as mazelas sociais, sua arte é pura futilidade e não passará de divertimento. A criação artística não deve se fundar em mero divertimento, mas como "*um instrumento de libertação*" (CAMUS, 1965c, p. 1083), em que os princípios do absurdo são respeitados, ou seja, "*uma arte comprometida com a realidade, em uma linguagem acessível a todos, em que o sofrimento e a felicidade sejam reconhecidos por todos*" (PIMENTA, 2010, p. 99). A arte desinteressada, a arte pela arte, ignora a realidade. A arte absurda invade a existência do homem, tornando-se tão humana quanto o próprio homem e se torna, como dito anteriormente, uma resposta ao absurdo.

> *A arte é, em certo sentido, uma revolta contra o mundo no que ele tem de fugaz e inacabado: não se propõe, portanto, nada que não seja dar uma forma a uma realidade que é constrangida, porém, a conserva porque ela é a fonte de sua emoção. [...] A*

> *arte não é, nem recusa total nem consentimento total do que é. É ao mesmo tempo recusa e consentimento* (CAMUS, 1965c, p. 1090).

A arte se revela como um grito de revolta contra a absurdidade. O artista contesta o mundo, luta contra as injustiças que ocorrem nele, mas não o nega. É essa relação entre o homem, o mundo e a discordância entre os dois que afirma a existência do artista, que partilha, através de suas obras, a absurdidade da vida, tornando-se solidário para com os outros. A beleza não é valor enquanto ela mesma, ela só conquista tal patamar quando posta a serviço dos homens. Esta adquire uma "*tripla mensagem a transmitir: primeiro, criar uma obra, justificar sem se engajar e enfim, libertar o homem*" (COHN, 1970, p. 152).

A partir de agora, passamos a analisar brevemente, sob um ponto de vista camusiano, o suicídio dos artistas citados anteriormente. Sabemos que as motivações de um suicídio, em sua maioria, partem de uma dimensão psicológica o que, para nossa pesquisa aqui, não é relevante. Lembramos que, sabedores da postura camusiana perante o suicídio, não nos caberá atribuir juízos de valor sobre a atitude de qualquer indivíduo que opta pela própria morte.

Em primeiro lugar, a maioria dos artistas descritos, segundo a proposta camusiana, não optou por abraçar o absurdo, apesar de todos terem consciência da absurdidade do seu existir. Em suas obras era possível encontrar elementos que mostravam essa constatação - como a norte-americana Sylvia Plath (1932 – 1963), que em sua autobiografia, *A Redoma de Vidro* (1963), mostra como foi perdendo a razão devido à sua doença e o fato de não conseguir viver com ela -, escolheram o suicídio como possibilidade diante do absurdo, por não encontrarem mais sentido em suas vidas. Essa falta de sentido na existência deve ser percebida, de acordo com Camus, como um estímulo à vida e não o contrário. É por essa motivação que ele considerava o suicídio como "*uma fuga*" (CAMUS, 1965b, p. 416), ou "*um insulto à existência*" (CAMUS, 1965a, p. 103). A atitude coerente, pensa o autor, é manter a vida em face do absurdo, isto é, manter a existência para manter o absurdo. Viver o absurdo é a opção camusiana.

Sobre a postura do artista absurdo, podemos trazer como exemplo o novelista cubano Reinaldo Arenas (1943 – 1990) que em seus escritos critica-

va as grandes instituições opressoras e clamava por justiça e igualdade aos menos favorecidos. Tal postura rendeu-lhe o exílio para os Estados Unidos, lugar onde contrai AIDS, doença que o consumiu progressivamente, levando-o ao suicídio. Independentemente disso e sabendo que o papel do artista absurdo consiste no indivíduo que busca, através de sua obra, restituir dignidade à vida humana, sem ser indiferente à realidade e às pessoas que ali estão imersas, Arenas se estabelece como um bom exemplo a ser citado, exceto em sua opção pelo suicídio.

Podemos considerar que entre os artistas citados, aquele que talvez corresponda melhor às ideias propostas por Camus seja o pintor norueguês Edvard Munch (1863 – 1944). Sua vida foi marcada por profundas tristezas e sofrimentos, como a perda prematura da mãe, os distúrbios psicológicos da irmã, o fanatismo religioso do pai e diversas tentativas de suicídio (ROBLEJO, 2016). A maioria de suas obras,– além de *O Grito* (1893) – é marcada por elementos obscuros e depressivos. A sua experiência existencial, 'pintada em suas telas', chegava aos outros homens como um espelho, levando-os a perceber que não estão alheios ao sofrimento, à dor, à angústia e ao desespero expressos em cada traço e cor, por estarem juntos na mesma condição humana. Isso remete à solidariedade advinda da revolta, também presente na obra absurda, que conduz o homem e o ajuda a manter-se fiel na vivência do absurdo. Apesar das tentativas de suicidar-se, de doenças e outras moléstias, Munch viveu até 80 anos e teve uma boa morte, junto aos seus (ROBLEJO, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões apresentadas nesse estudo, as quais percorreram a Filosofia da Arte e a Estética, são muitas e variadas. Fica claro que não podemos deixar de falar desses marcos teóricos quando refletimos sobre o suicídio. Como vimos, a Filosofia deu sua contribuição sobre o suicídio ao longo da história da humanidade. Mesmo na contemporaneidade, quando as reflexões se voltaram mais para uma perspectiva existencial, acreditamos que vale a pena continuar refletindo filosoficamente sobre o tema, além de uma

necessária perspectiva psicológica, sociológica e antropológica. Seu papel, portanto, continua sendo importante e pertinente para a compreensão do fenômeno.

Outro ponto a considerar é o da proposta de Camus sobre a finalidade revoltada da arte, sendo essa também fruto expressivo da existência, tornando-se elemento tão humano quanto o suicídio, pensado sob o viés do sentido de existir, de viver. É nítida a força que tal dimensão traz como possibilidade positiva diante dos homens que vivem confrontados com o absurdo, que é a própria vida. Aliás, o buscar, é um termo - atitude que se revela fundamental nesse horizonte reflexivo.

Esse buscar está presente em nós intrinsecamente como motivação de continuar vivendo. Vivemos por buscar algo que nos falta ou buscar algo a mais daquilo que temos. Realizar um sonho, concluir uma graduação, ser feliz, ir ao trabalho para dar boas condições à família são algumas das diversas motivações existentes que caracterizam e dão cor a esse buscar. E, como vimos através dos artistas citados nesta pesquisa, o buscar se dá de diversas maneiras, já que a vida – e também ela mesma - é composta de possibilidades.

Referências

BOTEGA, N. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, São Paulo, vol. 25, n. 3, 231 – 236. Disponível em:_www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf. Acesso em 23/10/2016.

CAMUS, A. Le mythe de Sisyphe. Essais. Paris: Gallimard, 1965a.

_____. L'hommerévolté. Essais. Paris: Gallimard, 1965b.

_____. Discours de Suède. Essais. Paris: Gallimard, 1965c.

_____. Textes complémentaires. Essais. Paris: Gallimard, 1965d.

_____. O homem revoltado. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COHN, L. La nature etl'hommedansl'oeuvred'Albert Camus et dans la pensée de Teilhard de Chardin. Lousanne: L'aged'homme, 1975.

CRUVINEL, M. V. Rastros Virtuais de uma morte (a) enunciada: uma análise dos discursos do suicídio pelas páginas brasileiras" do Orkut. Março de 2008. 198 f. Dissertação (Mestrado

em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade de Campinas, Campinas. 2008.

PETRY, A. Confirmado suicídio de Walmor Chagas. VEJA.COM, 2013. Disponível em: http://veja.abril.com.br/entretenimento/confirmado-suicidio-de-walmor-chagas-policia-agora-investiga-as-causas/. Acesso em: 25/10/2016.

PIMENTA, D.R. A criação absurda segundo Albert Camus. Dissertação de Mestrado, 2010.

_____. A postura camusiana perante o suicídio. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 22, n.3, p. 281-288, jul./set. 2012.

PIMENTA, A. A ética da revolta em Albert Camus. Goiânia: UFG, 2004. (Dissertação de Mestrado).

ROBLEJO, J. El suicídio enel arte.Suanálisis através de lahistoria y la cultura humanas. Disponível em: http://www.monografias.com/trabajos109/suicidio-arte-su-analisis-traves-historia-y-cultura-humanas/suicidio-arte-su-analisis-traves-historia-y-cultura-humanas.shtmlAcesso em: 15/09/2016.

RONCONI, L. S. Marcelo. Torquato Neto. 2012. O suicidário. Disponível em: http://osuicidario.blogspot.com.br/2012/05/candelabro-aceso-para-torquato-neto.html. Acesso em: 15/09/2016.

RUSSO, R. Atriz Leila Lopes é encontrada morta em casa. FOLHA UOL, 2009. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2009/12/663367-familia-divulga-trechos-de-carta-deixada-por-leila-lopes.shtml. Acesso em: 25/10/2016.

SANTANA, A.L. Ana Cristina César. Disponível em: http://www.infoescola.com/escritores/ana-cristina-cesar/. Acesso em: 15/09/2016

VICENTE, J.J. N.B.; GONTIJO, F.D. O Absurdo e a Revolta em Camus. Disponível em: http://www.revistatrias.pro.br/artigos/ed-3/o-absurdo-e-a-revolta-em-camus.pdf. Acesso: 23/10/2016.

Qualidade do registro de óbitos por suicídio em município amazônico com alta proporção de autodeclarados indígenas

Maximiliano Loiola Ponte de Souza[1]
Jesem Douglas Yamall Orellana[2]

Introdução

No Brasil, o suicídio em indígenas é um importante e negligenciado problema de saúde pública (SOUZA; ORELLANA, 2012). Na região norte, que concentra a maior parcela de autodeclarados indígenas do país, durante o triênio de 2012-2014, o suicídio despontou como a quinta principal causa de morte nos maiores de nove anos e a principal causa de morte entre os jovens de 15 a 24 (BRASIL, 2016). Vale salientar que esses suicídios costumam ocorrer em municípios de pequeno porte da região norte e centro-oeste (SOUZA; ORELLANA, 2012; ORELLANA; BASTA; SOUZA, 2013), com importantes deficiências nos serviços públicos de saúde e de segurança e que, conforme apontado na literatura recente, impactam negativamente na qualidade dos registros acerca da mortalidade associada às causas externas (MELO et al, 2014).

1 Instituto Leonidas e Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
2 Instituto Leonidas e Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Problemas relacionados à qualidade dos registros de óbitos por suicídio são reporta dos no mundo inteiro, variando amplamente entre as diferentes realidades investigadas (NOCK; BORGES; BROMET, 2012). Apesar de recorrentemente se reconhecer que o suicídio é um importante problema de saúde pública em diferentes grupos indígenas e de se afirmar que existem problemas importantes na qualidade dos registros dos óbitos por suicídio nestes grupos, são raros os estudos que se propõem a investigar esta questão em contextos locais (DE LEO et al, 2010). A maior parte dos trabalhos disponíveis limitam-se a análises quantitativas de grandes populações, não investigando, qualitativamente, o contexto no qual os dados são produzidos e como este pode influenciar na qualidade dos registros.

São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas é o município brasileiro que apresenta o maior percentual de pessoas que se autodeclararam indígenas nos censos nacionais (mais de 75%) (IBGE, 2012), e também reporta elevadas taxas de mortalidade por suicídio neste segmento populacional (ORELLANA; BASTA; SOUZA, 2013). A saúde da população de São Gabriel da Cachoeira, sobretudo indígena, é precária, evidenciada pela importância da hanseníase (IMBIRIBA et al, 2009) e da tuberculose (LEVINO; MARTINS, 2007) no perfil de morbi-mortalidade local, pelos graves problemas de saúde bucal encontrados (CARNEIRO et al, 2010), bem como pelas evidencias de alta prevalência de parasitismo intestinal (RIOS et al, 2007), sobretudo em contextos nos quais se encontram deficiências no acesso a água (GIATTI, 2007) e ao saneamento básico (GIATTI et al, 2007). O sistema público de saúde local enfrenta importantes desafios culturais, logísticos e financeiro para efetivamente executar as ações de saúde direcionadas para os povos indígenas (PONTES ; REGO ; GARNELO, 2007), apesar de diferentes instituições lá atuarem. Tais atributos tornam São Gabriel da Cachoeira um município prototípico para a investigação da qualidade do registro de suicídio em indígenas no Brasil. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo de caso a cerca da qualidade do registro de suicídio e do fluxo do registro de óbitos em São Gabriel da Cachoeira, mediante a articulação de métodos quantitativos e qualitativos.

Abordagem metodológica

Contexto da pesquisa

São Gabriel da Cachoeira está localizado no extremo noroeste do estado do Amazonas, na região conhecida como Alto Rio Negro, na fronteira com Colômbia e Venezuela. Sua população de 37.896 habitantes encontra-se dividida entre a sede municipal e mais de 550 aldeias indígenas, dispersas em uma área de 109.183.434 km^2. A taxa de mortalidade por suicídio no período de 2005-2009 foi de 27,6/100.000 (ORELLA; BASTA; SOUZA, 2013), aproximadamente seis vezes maior que a nacional. A atenção à saúde das populações indígenas aldeadas encontra-se sob responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Rio Negro. Na sede do município, a atenção básica a saúde da população, inclusive indígena, é realizada por equipes da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde. Há também na sede municipal um hospital militar, o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, que oferece assistência de média complexidade. Serão utilizados os termos terra indígena e área urbana para designar as áreas cuja atenção básica à saúde da população é prestada pelo DSEI Rio Negro ou Secretaria Municipal de Saúde, respectivamente.

Etapa quantitativa

Foi realizada busca ativa retrospectiva de uma série de casos e reclassificação da causa básica de óbitos. Teve-se como fonte de dados o Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS), os arquivos físicos (documentos impressos) e digitais de registro de dados relacionados às declarações de óbito, tanto do DSEI como da Secretaria Municipal de Saúde. Foram investigadas três dimensões acerca da qualidade dos registros de suicídio: incompletude, oportunidade e cobertura (LIMA et al, 2009).

A incompletude é quantificação de valores nulos observados em uma dada variável (LIMA et al, 2009). Analisou-se a incompletude das variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, raça/cor e local de ocorrência dos óbitos oficiais por suicídio. Foi considerado "suicídio oficial", todo

registro de óbito cuja causa básica de morte no SIM/DATASUS fizesse parte do grupo de "lesões autoprovocadas voluntariamente" (X60 a X84) (OMS, 2000). Com a finalidade de avaliar as diferentes categorias de incompletude das variáveis, utilizou-se o escore proposto por Romero e Cunha (2006): excelente (incompletude menor de 5%), bom (incompletude entre 5% e 10%), regular (incompletude entre de 10% e 20%), ruim (incompletude entre 20% a 50%) e muito ruim (incompletude maior que 50%). Avaliou-se também o percentual de declarações de óbito elaboradas por médico que foram emitidas sem atestado de óbito.

A oportunidade representa a ocasião em que os dados ou informações estão disponíveis em determinada localidade e em tempo para serem utilizados por quem deles necessita (LIMA et al, 2009). Embora seja fato que as estatísticas sobre mortalidade brasileiras são disponibilizadas no SIM/DATASUS com dois anos de defasagem, parece razoável assumirmos que, pelo menos no nível local, as declarações de óbito sob responsabilidade dos DSEI ou Secretarias Municipais de Saúde deveriam estar continuamente disponíveis para o monitoramento do perfil de mortalidade da população e eventual tomada de decisão. Desta forma, consideramos como proxy da oportunidade local do dado, o tempo decorrido entre óbito e a assinatura por médico do atestado de óbito, momento a partir do qual o preenchimento do impresso relativo à declaração de óbito era considerado como finalizado e apto para encaminhamento aos departamentos de vigilância epidemiológica, do DSEI e da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira. Para análise comparativa, utilizou-se tanto o percentual de registros de suicídio realizados em até 24 horas após a morte, como a mediana do tempo entre óbito e a assinatura por médico do atestado de óbito.

Já a cobertura refere-se à capacidade de registro de determinado evento em um sistema de informação em relação ao universo para o qual foi desenvolvido (LIMA et al, 2009, p. 2096). Para avaliar a cobertura do SIM/DATASUS no que tange ao suicídio, inicialmente realizou-se busca ativa nas fontes selecionadas de declarações de óbito físicas (impressas) ou registros digitais de óbitos por "lesões autoprovocadas voluntariamente" que não foram reportadas para este sistema de informação. Denominou-se este conjunto de casos de "suicídios não-registrados". A seguir, fez-se uma reclassificação

como "suicídio" dos óbitos que estavam registrados no SIM/DATASUS com outra causa de morte. Para ser considerado um "suicídio reclassificado", o caso deveria preencher duas ou mais das seguintes condições: (1) nas declarações de óbito: 1.a) registro de Y10-Y19 ("envenenamentos de intenção não determinada"), ou Y20 ("enforcamento, estrangulamento e sufocação de intenção indeterminada") entre as "causas de morte" (campo 49); 1.b) suicídio como "provável circunstância de morte não-natural" (campo 56); 1.c) "descrição sumária do evento" (campo 59) sugestivo de suicídio; (2) nos arquivos digitais do DSEI, 2.a) causa de morte no intervalo X60-X64 ou 2.b) descrição de quadro sugestivo de suicídio. Chamou-se de "suicídios não-oficiais" o conjunto formado pelos suicídios não-registrados e os suicídios reclassificados, e de "suicídios corrigidos" o grupo formado pelos "suicídios oficiais" e "suicídios não-oficiais". Considerou-se como cobertura do SIM/DATASUS para suicídio a proporção de "suicídios oficiais" em relação ao total de "suicídios corrigidos".

Realizou-se ainda a caracterização dos "suicídios oficiais" e dos "suicídios não-oficiais", conforme as variáveis sexo, cor ou raça, local de ocorrência do óbito e método utilizado. A análise de proporções, bem como os testes de Qui-quadrado de Pearson, com correção de continuidade de Yates, e o exato de Fisher foram utilizados para testar a hipótese nula de independência entre linhas e colunas das tabelas de contingência. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos e as análises foram efetuadas no Software R Versão 3.1.2.

No Quadro 1 estão sumarizadas as definições operacionais utilizadas para as diferentes modalidades de registros de suicídio.

Etapa qualitativa

Foi desenvolvida no sentido de recompor o fluxo do registro dos óbitos em São Gabriel da Cachoeira. Para tanto foi utilizada entrevista semiestruturada com a seguinte pergunta norteadora: Quando ocorre um óbito em São Gabriel da Cachoeira como é feito o seu registro? Para responder a esta entrevista foram selecionados de modo intencional (MINAYO, 2010) três profissionais com experiência de trabalho em vigilância epidemiológica,

Quadro 1 - Classificação operacional dos registros de suicídio

Suicídios corrigidos (n=82)	Suicídios oficiais (n=62)		Registros de óbitos por "lesões auto-provocadas voluntariamente" (X60-X84 da CID-10), localizados no SIM/ DATASUS.
	Suicídios não-oficiais (n=20)	**Suicídios não-registrados (n=10)**	Registros de óbitos por "lesões autoprovocadas voluntariamente" (X60-X84 da CID-10), localizados nos arquivos locais, mas não no SIM/ DATASUS.
	Suicídios reclassificados (n=10)		Registros de óbitos por causas diferentes de "lesões auto-provocadas" voluntariamente" (X60-X84 da CID-10), localizados no SIM/DATASUS, mas reclassificadas como suicídio.

Fonte: SIM/DATASUS (2016); Organização Mundial de Saúde (2000).

tanto na Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, como no DSEI Rio Negro. As entrevistas, que duraram em torno de 1 hora cada, foram gravadas e transcritas na íntegra.

A análise do material foi realizada a partir da técnica de análise temática (BARDIN, 2009), composta pelas seguintes etapas: pré-análise, que se valeu de leitura flutuante, objetivando gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado; exploração do material, para identificar as principais categoriais que compõem o material; e tratamento dos resultados e interpretação, buscando o sentido implícito no material coletado, mediante inferências e diálogo com a literatura.

O material coletado foi agrupado em três categoriais principais: a) o primeiro contato com o serviço de saúde em caso de morte; b) o processo de coleta de informações para o registro de óbitos; c) elaboração dos documentos oficiais. No processo de recomposição do fluxo de registro de óbitos, teve-se especial interesse em explorar as semelhanças e diferenças que existem quando os óbitos ocorrem em terra indígena ou área urbana, as

eventuais tensões entre os diferentes atores e instituições envolvidas, além das especificidades que este fluxo adquire no contexto local (MINAYO, 2010).

Articulação quantitativo e qualitativo

Diversos objetos do campo da saúde são "rebeldes aos limites disciplinares", na medida em que demandam simultaneamente "explicações em extensão" e "compreensão/explicação em profundidade" (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 195). Entendemos que a qualidade do registro de óbitos por suicídio é um destes "objetos rebeldes". Por um lado, é preciso mensurar a qualidade dos registros, como o aqui realizado por meio de exploração quantitativa das dimensões completude, oportunidade e cobertura. Por outro, é necessário compreender qualitativamente as práticas e lógicas operantes nos diferentes serviços de saúde que produzem estes registros, que certamente influenciam a qualidade destes registros, aqui realizada pela recomposição do fluxo de registro de óbitos em São Gabriel da Cachoeira. Existem diversas formas através das quais estratégias quantitativas e qualitativas de pesquisa podem ser empregadas em conjunto para explorar um determinado objeto (STECKLER et al, 1992). Especificamente neste trabalho, o método qualitativo foi utilizado para ajudar a explicar os achados quantitativos. Ou seja, a compreensão das práticas e lógicas dos serviços que realizam o registro de óbitos por suicídio foi utilizada como um dos pontos de ancoragem para compreender as diferenças na qualidade deste registro entre terra indígena e área urbana.

Considerações éticas

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado, "Suicídio indígena no estado do Amazonas: uma abordagem interdisciplinar", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ademais a entrada em Terra Indígena, necessária à realização do trabalho de campo, foi precedida de autorização da Fundação Nacional do Índio.

Resultados

Qualidade dos registros de suicídio

Localizaram-se 62 casos de suicídios oficiais, todos em indígenas, 34 em terra indígena e 28 em área urbana. Observou-se 100% de completude das variáveis: sexo, idade e cor ou raça, em ambos os contextos. Na terra indígena, as seguintes variáveis apresentaram excelente completude: local de ocorrência, estado civil, escolaridade e ocupação. Já na área urbana, apenas a primeira variável obteve excelente completude (TABELA 1). Foram encontrados 10 casos de suicídios oficiais sem emissão de atestado de óbito por médico, e outros cinco registros de atestados sem data, todos em terra indígena.

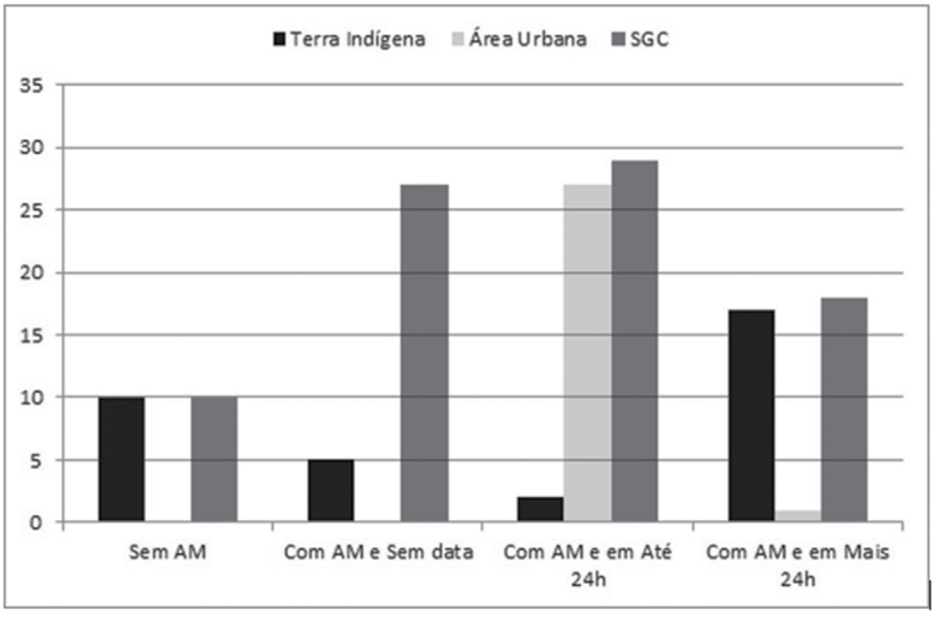
Tabela 1 - Avaliação da completude dos registros dos óbitos oficiais por suicídio em São Gabriel da Cachoeira - Amazonas, segundo local de ocorrência, estado civil, escolaridade e ocupação, no período de 2005-2010

	Terra Indígena (n=34)		**Área Urbana** (n=28)		**São Gabriel da Cachoeira** (n=62)	
	%	**ERC**	**%**	**ERC**	**%**	**ERC**
Local de Ocorrência	2,9	Excelente	3,6	Excelente	1,4	Excelente
Estado Civil	2,9	Excelente	14,3	Regular	8,1	Bom
Escolaridade	2,9	Excelente	25	Ruim	12,9	Regular
Ocupação	0	Excelente	28,6	Ruim	12,9	Regular

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (2016); Romero e Cunha (2006).
Nota: ERC= Escore de Romero Cunha. Excelente =menor de 5; Bom= 5% a 10%; Regular = 10% a 20%; Ruim = 20% a 50%; Muito ruim = 50% ou mais.

Dos 29 suicídios oficiais com atestados médicos emitidos em menos de 24 horas após o óbito, 27 ocorreram em área urbana. Dos 18 casos com atestado emitido após 24 horas, 17 ocorreram em terra indígena (FIGURA 1). A mediana do tempo entre o óbito e a assinatura do atestado de óbito foi de 83 dias em terra indígena e de zero dia em área urbana. Os tempos máximos foram de 1 e de 185 dias, em área urbana e indígena, respectivamente.

Figura 1 - Descrição do preenchimento do Atestado médico nos casos de óbitos oficiais por suicídio em São Gabriel da Cachoeira - Amazonas, no período de 2005-2010



Foram localizados 10 casos de suicídios não-registrados (7 em terra indígena e 3 em área urbana). Em 8 casos foram encontradas declarações de óbito nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, que não foram localizadas no SIM/DATASUS. Em 2 casos não houve emissão da declaração de óbito, contando apenas registro no arquivo digital do DSEI Rio Negro.

Outros 10 casos puderem ser re-classificados como suicídio (7 em terra indígena e 3 em área urbana) (QUADRO 2) sendo que, 4 destes estavam

originalmente registrados como "enforcamento, estrangulamento e sufocação de intenção indeterminada" (Y.20), 3 como "outras causas externas de traumatismos acidentais" (W00-X59), 2 como "sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte" (R00-R99), e 1 como "agressão" (X85-Y09).

Desta forma, foram encontrados 20 casos de "suicídios não oficiais" (14 em terra indígena e 6 em área urbana), todos em indígenas. A cobertura do SIM/DATASUS para suicídio foi de 75,6% em São Gabriel da Cachoeira, como um todo; 70,8% em terra indígena e 82,4% em área urbana. Ao se comparar algumas características entre os casos de "suicídios oficiais" em relação aos não oficiais, não foram detectadas diferenças significativas (p-valor>0,05) para as variáveis sexo, estado civil, local de ocorrência e método utilizado para lograr o suicídio (TABELA 2).

Tabela 2 - Características dos óbitos (oficiais e não oficiais) por suicídio ocorridos em São Gabriel da Cachoeira no período de 2005-2010

	Suicídio oficial		
	Sim	**Não**	
	(n= 62)	(n= 20)	p-valor
Sexo			
Masculino	46 (57,5%)	14 (66,7%)	
Feminino	34 (42,5%)	07 (33,3%)	0,609
Estado Civil			
Solteiro	41 (56,9%)	13 (65%)	
Outros	16 (22,2%)	5 (25%)	
Ignorado	15 (20,8)	2 (10%)	0,611
Local de ocorrência			
Domicilio			
Outros	50 (80,6%)	15 (75%)	
Ignorado	8 (12,9%)	3 (15%)	
	4 (6,5%)	2 (10%)	0,711
Método			
Enforcamento	54 (87,1%)	17 (85%)	0,999
Envenenamento	8 (12,9%)	3(15%)	

Fonte: SIM/DATASUS (2016).

Quadro 2 - Critérios utilizados para reclassificação como suicídio de dez casos de óbitos ocorridos em São Gabriel da Cachoeira no período de 2005-2010

SIM/DATASUS	CRITÉRIOS PARA RECLASSIFICAÇÃO				
	Declaração de óbito			Arquivos DSEI Rio Negro	
CID-10	CID-10	Campo 56	Campo 59	CID-10	Descrição
Y20.1	+ (Y20)	+ (suicídio)	- (em branco)	+ (X70)	+ (asfixia/enforcamento- suicídio- causa externa)
Y20.9	+ (Y20.9)	- (em branco)	- (em branco)	+ (X70)	+ (enforcamento – suicídio)
Y20.9	+ (Y20.9	- (ignorado)	- (em branco)	+ X70	+ Asfixia/enforcamento – suicídio
Y 20.8.	+ (Y20.8)	- (ignorado)	+ Encontrado por familiar (primo) preso a um jambuzeiro por uma corda, atada em região cervical	*	*
R090.0	+ (X70)	+ (suicídio)	+ (se enforcou em sua residência)	+ X70	+ (Enforcamento - causa externa)
R99	- (R99)	- (em branco)	- (em branco)	+ (X70)	+ (o falecido foi encontrado pendurado pelo pescoço com o corpo tocando o solo)
X28.1	- I 46.9; T 62.2	+ (suicídio)	+ (paciente ingeriu timbó)	+ X69	+ Parada cardio-respiratória /auto-envenenamento - causa externa
X49.1	- (X49.1)	+ (suicídio)	+ (paciente tomou timbó)	+ (X69)	+ (auto-intoxicação exógena por timbó - causa externa)
X91.8	- (X91.8)	+ (suicídio)	+ Encontrado enforcado por familiar	*	*
W76	- (W76.0)	+ (suicídio)	+ (encontrado por familiar enforcado no domicilio, admitido na urgência do hospital)	*	*

Fonte: SIM/DATASUS: Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (2016); OMS (2000); DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena (2016).

Nota: + = critério para reclassificação presente; - + = critério para reclassificação ausente; *= óbito em área urbana.

Fluxo de registro de óbitos

Ocorrendo um óbito em uma aldeia, o agente comunitário indígena de saúde o registra em um livro de ocorrências e o descreve conforme seu entendimento. Quando o enfermeiro responsável pelas ações de saúde na área na qual a aldeia está localizada visitá-la em seu trabalho itinerante, será comunicado a respeito do óbito. A partir de então agregará a sua rotina de ações de saúde a investigação do óbito, buscando obter o máximo de informações para o preenchimento da declaração de óbito. Parte destas informações pode ser acessada no cadastro da população indígena sob os cuidados da equipe de saúde, atualizado anualmente pelos agentes comunitários indígenas de saúde, sob a supervisão do enfermeiro responsável. Existem comumente dificuldades para o enfermeiro qualificar as informações sobre o óbito (poucas visitas as comunidades, devido à limitação de recursos para viagens, dificuldades sazonais de acesso a certas localidades, mudança de local de moradia das famílias, etc.). O tempo entre o óbito e o início da sua investigação é muito variável.

As informações coletadas pelo enfermeiro em sua visita à aldeia são posteriormente repassadas ao setor de vigilância epidemiológica do DSEI Rio Negro que supervisiona a coleta de dados, checa as informações e organiza o registro de todos os óbitos. Este setor repassa as informações para um médico. Como na época dessa investigação havia médicos atuando no DSEI (mesmo que poucos e com alta rotatividade) era evitada emissão de declaração de óbito sem atestado médico, o que evidenciaria fragilidades no serviço. Os médicos costumavam condicionar a assinatura do atestado de óbito ao mais completo preenchimento das informações requeridas na declaração de óbito pelo enfermeiro responsável. A despeito destes esforços há casos em que a declaração foi emitida sem atestado médico.

Em área urbana, o usual é a família levar o falecido ao Hospital Militar, na esperança de que haja ainda algum cuidado possível de ser prestado. Este serviço atende a demandas espontâneas de urgência e emergência, 24h por dia, tanto de residentes da terra indígena como da área urbana, sem qualquer adscrição de clientela. Uma vez constatada a morte, o corpo é submetido a inspeção cadavérica no próprio hospital, inclusive no caso de mortes

violentas, tendo em vista que não há instituto médico legal na cidade. O exame é feito por médicos militares, parte deles recém-formados que se encontram em cumprimento de serviço militar obrigatório. As informações para o preenchimento da declaração e do atestado de óbito são coletadas e registradas pelo médico e pelos funcionários da área administrativa, durante o contato com a família, enquanto estes aguardam pelo corpo no hospital. Em tese, tanto a declaração quanto o atestado de óbito, poderiam ser emitidos pelos médicos das equipes de saúde da família. Entretanto, raramente nestas situações os familiares procuraram estes profissionais, tendo em vista o funcionamento diuturno do hospital militar, e a existência de maiores recursos para atendimento a urgências no contexto hospitalar.

Após a emissão da declaração de óbito, independentemente de onde tenha sido gerada, uma via é enviada para o setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde que lançará a mesma no SIM/DATASUS. À época da pesquisa, não havia registro de óbito gratuito no único cartório existente na cidade.

Discussão

Analogamente ao descrito em estudos realizados nos estados da Bahia e do Espírito Santo que avaliaram a qualidade de registro de óbitos por suicídio (RIOS et al, 2013; MACENTE; ZANDONE, 2010), observou-se excelente completude das variáveis sexo, idade e local de ocorrência. A variável raça ou cor também teve completude excelente, o que pode ser reflexo da composição essencialmente indígena da amostra de casos e da pequena variação de categorias de raça ou cor em São Gabriel da Cachoeira, município notadamente indígena (SOUZA; ORELLANA, 2012). Na área urbana do município observou-se um padrão ruim ou regular na completude das variáveis estado civil, escolaridade e ocupação, refletindo um padrão já conhecido na população geral (RIOS et al, 2013; MACENTE; ZANDONE, 2010) enquanto que em terra indígena observou-se uma excelente completude para as mesmas variáveis.

Diferenças também foram observadas em relação à emissão de atestado de óbito. Em área urbana não houve caso de suicídio sem atestado de óbito

e apenas um caso com emissão de atestado médico após 24 horas, padrão bem distinto do observado em terra indígena, marcado pela alta frequência de registros sem atestado de óbito e de atestados assinados com mais de 24 horas. Destaca-se ainda a evidente diferença no tempo para assinatura do atestado de óbito, entre aqueles ocorridos em terra indígena e área urbana. Tais aspectos além de demarcarem a importante diferença no acesso ao profissional médico nos dois contextos avaliados, e a expressiva deficiência em termos de oportunidade, da produção de informações sobre suicídio ocorridos em terra indígena.

A busca ativa e a reclassificação dos suicídios possibilitaram a recuperação de 20 casos, os quais não diferiram, pelo menos no que se refere as variáveis investigadas, do subgrupo de suicídios oficiais, reforçando a eficiência da estratégia adotada à sua recuperação. Portanto, com base nestes resultados é possível afirmar que a cobertura do SIM/DATASUS para os óbitos por suicídio em São Gabriel da Cachoeira é de apenas 75%, caracterizando um cenário de ampla subnotificação, notadamente maior em terra indígena.

Não existem estudos no Brasil a respeito da cobertura do registro dos óbitos por suicídio. Embora existam estudos que enfoquem a qualidade de registro de óbitos por suicídio nos estados do Espírito Santo (MACENTE; ZANDONE, 2010) e Bahia (RIOS et al, 2013), eles avaliam apenas a questão da completude. O único estudo brasileiro que apresentou dados a respeito da subnotificação de suicídio foi realizado em Viçosa, município de médio porte localizado no estado de Minas Gerais. Neste estudo estimou-se a subnotificação do registro de suicídio em 12,3% (MELO et al, 2014). Nos Estados Unidos na década de oitenta (KLECK, 1988), a subnotificação dos óbitos por suicídio foi estimada em 10%. Já nos anos de 2002 a 2006, na Austrália, esta subnotificação esteve entre 11 e 16% (DE LEO et al, 2010). É importante destacar que não se encontrou na literatura estudos que avaliassem a subnotificação do suicídio em contextos majoritariamente indígenas.

Uma análise pormenorizada dos suicídios não-oficiais revela que problemas no gerenciamento dos dados é um importante fator a contribuir com a subnotificação dos óbitos por suicídio. Metade dos casos de suicídios não-oficiais encontrados foi de suicídios não-registrados, ou seja, de suicídios conhecidos, grande parte inclusive com declaração de óbito preenchida, mas

que não foram lançados no SIM/DATASUS. Observa-se que a outra metade de suicídios não-oficiais foi de suicídios reclassificados, ou seja, de óbitos nos quais a partir da análise documental pode-se identificar elementos que remetiam a problemas na codificação das causas básicas dos óbitos.

Melo et al (2014) apontam que dificuldades no gerenciamento de informações e problemas na codificação são fatores importantes para compreender a subnotificação das mortes por causas externas, principalmente em municípios de pequeno e médio porte, com fragilidades em seus equipamentos de saúde e ausência de serviços médico-forenses. Tais explicações parecem se adequar a subnotificação dos óbitos por suicídio observados em São Gabriel da Cachoeira, município no qual há fragilidades importantes do sistema de saúde local (PONTES; REGO; GARNELO, 2007), além de não possuir serviço que realize necropsia.

Outro aspecto a se considerar ao se avaliar os fatores associados a subnotificação do registro de óbitos por suicídio, sobretudo em populações indígenas, é o desafio de se estabelecer um efetivo diálogo intercultural. Profissionais de saúde e indígenas tendem a avaliar a causa de cada morte a partir de seus próprios sistemas simbólicos. Como seria de se esperar, os indígenas recorrerão aos sistemas explicativos nativos para explicar a doença e a morte, enquanto os profissionais de saúde recorrerão ao sistema classificatório biomédico. Para os profissionais de saúde considerarem um caso de óbito como suicídio, o próprio sujeito deverá realizar um ato voluntário que ocasione sua morte. Por outro lado, entre os indígenas, "[...] a ideia que o suicídio seria fruto da ação de um terceiro e não exclusivamente da pessoa que morreu é recorrente nos estudos etnográficos que se debruçam sobre os sistemas sociocósmicos dos povos indígenas." (SOUZA; FERREIRA, 2014, p. 1071). Por exemplo, os Tikuna da região do Alto Rio Solimões, identificam o suicídio como sendo o resultado de "*inveja*" ou "*raiva*" de outras pessoas, que por meio de encantos xamânicos induziriam outra a se matar (ERTHAL, 2001). Entre os Guarani-Kayowá do Mato Grosso do Sul, a associação do suicídio à ação de terceiros está de tal forma presente no modelo explicativo desse povo que, não raro, os parentes do morto demandam às autoridades policiais que investiguem e identifiquem "*quem matou a pessoa que se matou*" (LEVCOVITZ, 1998).

Trabalhos etnográficos evidenciam a importância do feitiço xamânico como estratégia explicativa para fenômenos associados ao adoecimento e morte no contexto indígena de São Gabriel da Cachoeira (BUCHILLET, 2004). Assim, por exemplo, um jovem que faleceu por enforcamento pode ter sua morte compreendida, pelos indígenas, como consequência de um feitiço lançado contra ele por um terceiro; portanto, um tipo de homicídio. Do ponto de visto biomédico, a despeito da compreensão indígena, a morte deste jovem continuaria sendo por suicídio. Por outro lado, os indígenas ao relatarem o ocorrido a partir de suas concepções para profissionais de saúde poderiam destacar, sobretudo a influência da ação de um terceiro na morte, contribuindo para que aquele caso não fosse classificado como suicídio pelos profissionais que estavam investigando aquele óbito, incrementando assim a subnotificação de suicídio e aumentando a de homicídios ou causas indeterminadas.

Também chamou atenção as diferenças na completude, na oportunidade e na cobertura dos registros de suicídio entre os registros oriundos da terra indígena e da área urbana. As variações na qualidade do registro de óbito em um mesmo estado ou município é uma questão pouco explorada no contexto nacional. Uma exceção é o trabalho Almeida et al (2011) que investigou a variabilidade da qualidade dos registros de óbitos fetais em São Paulo. Os autores evidenciaram diferenças na qualidade do registro destes óbitos a depender do local no qual a declaração de óbito foi preenchida, evidenciando a importância de como lógicas institucionais influenciam neste processo.

Neste trabalho, por meio do cotejamento dos dados quantitativos com as informações obtidas na etapa qualitativa, pode-se construir uma proposta explicativa para as diferenças observadas na qualidade do registro de óbitos por suicídio entre a terra indígena e urbana de São Gabriel da Cachoeira. Na área urbana, a emissão de declaração de óbito é sempre feita a partir do Hospital de Guarnição, que não possui população adscrita, nem registros de base populacional dos que utilizam o serviço. O óbito é analisado logo após sua ocorrência por médicos, relativamente mais acessíveis, uma vez que trabalham em escala de plantão, havendo profissionais atuando 24 horas por dia. Já na terra indígena, o DSEI Rio Negro, mantêm um cadastro anualmente atualizado das famílias, possui rotinas de busca ativa e checagem

de informações sobre óbitos, e apesar das dificuldades para realizar suas atividades, seus profissionais mantêm relações de maior proximidade com a população que atende. Há um esforço, por parte dos gestores do DSEI, no sentido de não se emitir declaração de óbito sem atestado médico, e os médicos condicionam assinar tais documentos a qualidade das informações para o preenchimento das declarações de óbito.

Desta forma, pode-se compreender que em terra indígena ocorra uma melhor completude, porém com maior frequência de declaração sem atestado de óbito, maior tempo para assinatura deste documento por parte dos médicos, assim como menor cobertura. O inverso ocorre nos casos de suicídios notificados em área urbana, no qual se observa uma menor completude, inexistência de óbitos sem atestado e praticamente inexistência de atestados elaborados após 24 horas da morte, emitindo-se de modo mais célere, embora mais incompleto das declarações de óbito.

Considerações finais

Em São Gabriel da Cachoeira, os registros de suicídio apresentam limitações de completude, oportunidade e cobertura. Tais deficiências impactam negativamente na qualidade da informação disponibilizada no SIM/DATASUS. Problemas relacionados ao gerenciamento de informações e codificação das causas dos óbitos, tal qual observado em outros municípios de pequeno e médio porte (MELO et al, 2014) impactam negativamente na qualidade dos registros de suicídio em São Gabriel da Cachoeira.

Também se evidenciaram diferenças importantes na qualidade do registro de suicídio entre área urbana e terra indígena. Conforme se pode inferir a partir de dados obtidos por meio da etapa qualitativa da pesquisa, tais diferenças parecem estar relacionadas a lógicas e práticas distintas dos diferentes serviços envolvidos localmente com o registro das informações sobre o suicídio.

Por outro lado, por meio da análise da literatura etnográfica sobre os povos indígenas brasileiros, em geral, e da região do Alto Rio Negro, em particular, pode-se destacar que estes povos possuem modos próprios de conceber o sofrimento, a doença e a morte, distinto do modelo biomédico

adotado pelos profissionais de saúde, inclusive no processo de registro de óbitos. Tal distinção de sistemas simbólicos associa-se potencialmente ao desafio de se estabelecer um efetivo diálogo em um ambiente intercultural que pode ter consequência negativas no registro de óbitos, favorecendo a subnotificação de casos de suicídio.

Por fim, entende-se como muito provável a possibilidade das limitações encontradas na qualidade dos registros de suicídio em São Gabriel da Cachoeira estarem presentes, de alguma forma, nos demais municípios da região norte e centro-oeste nos quais se concentram a maior parte dos suicídios entre indígenas no Brasil. Desta forma, recomenda-se fortemente que se busque estratégias para qualificação da informação sobre o suicídio em populações indígenas no Brasil, visto que os dados disponíveis, oriundos das estatísticas oficiais, como aqui evidenciado, apresentam importantes limitações.

Agradecimentos: A Bernardo Horta e Carlos Coimbra Jr, pela leitura crítica do texto.

Referências

ALMEIDA, M. F. et al. Qualidade das informações registradas nas declarações de óbito fetal em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 845-853, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BUCHILLET, D. Sorcery beliefs, transmission of shamanic knowledge, and therapeutic among Desana of the upper Rio Negro Region, Brazil. In: WHITEHEAD N. L.; WRIGHT R. *Darkness and secrecy*: the anthropology of assault and witchcraft in Amazonia. London: Duke University, 2004. p. 109-131.

CARNEIRO, M. C. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1985-1992, 2010.

DE LEO, D. et al. Achieving standardized reporting of suicide in Australia: rational and program for change. *Medical Journal of Australia*, Sidney, v. 192, n. 8, p. 452-6, 2010.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo

das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento:* epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

ERTHAL, M. R. C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 299-311, 2001.

GIATTI, L. L. Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso na Amazônia brasileira. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 134-144, 2007.

_____ et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1711-1723, 2007.

IMBIRIBA, E. B. et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 972-984, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Os indígenas no censo demográfico 2010*: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KLECK, G. Miscounting suicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 18, n. 3, p. 219-236, 1988.

LEVCOVITZ, S. *Kandire*: o paraíso terreal. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1998.

LEVINO, A.; MARTINS, R. M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1728-1732, 2007.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v, 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na Região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 173-181, 2010.

MELO, C. M. et al. Qualidade da informação sobre óbitos por causas externas em município de médio porte em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1999-2004, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do pensamento*: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Departamento de Informática do SUS*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em: 16 jul. 2016.

NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J. The epidemiology of suicide and suicidal behavior. In: NOCK, M. K, BORGES, G. (Org.). *Suicide*: global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge: Cambridge University Press, 2012. p. 5-32.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA P. C.; SOUZA, M. L. P. Mortality by suicide: a focus on municipalities with a high proportion of self-reported indigenous people in the state of Amazonas, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 658-669, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10*: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a saúde: décima revisão. São Paulo: EDUSP, 2000.

PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2007.

RIOS, L. et al. Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no Distrito de Iauaretê, Município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 76-86, 2007.

RIOS, M. A. et al. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 131-138, 2013.

ROMERO, D. E.; CUNHA, A. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-684, 2006.

SOUZA, M. L. P. ; FERREIRA, L. O. Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1064-1076, 2014.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Revista Brasileira de Psiquiatra*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 489-490, 2012.

STECKLER, A. et al. Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health Education Quarterly*, v. 19, n. 1, p. 1-8, 1992.

Suicídio indígena no alto Rio Negro: uma compreensão sobre o fenômeno em um contexto culturalmente diferenciado

Marluce Mineiro Pereira[1]

Introdução

O suicídio é um fenômeno universal e complexo, considerado um problema de saúde pública em vários países do mundo. Está entre as dez principais causas de morte no mundo e é a terceira mais frequente causa de morte em pessoas na faixa entre 15-34 anos de idade (WHO, 2011). Estudos apontam que certos municípios dos estados do Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e Amazonas, estão entre os que apresentam as maiores taxas de mortalidade por suicídio no Brasil. No Amazonas, o município de São Gabriel da Cachoeira, cuja população autodeclarada indígena excede 70% da população total, é o segundo no Estado a apresentar taxas mais elevadas de incidência deste fenômeno[2] (WAISELFISZ, 2011).

1 Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Assistente Social voluntária. Centro Judiciário de Solução Consensual de Conflitos. Polo Avançado Manaus.

2 Tabatinga está em primeiro lugar entre os municípios do estado do Amazonas, apresentando as taxas mais elevadas de suicídio em populações indígenas (WAISELFISZ, 2011).

Estudos internacionais sobre taxas de suicídio confirmam taxas mais elevadas em países da Europa como a *Lituânia* (33,1/100.000 habitantes, em 2008), Rússia (30,1/100.000 habitantes, em 2006) e Bielorrússia (27,4/100.000 habitantes em 2007), os três países com as maiores taxas mundiais nos últimos anos (WAISELFISZ, 2011). De acordo com as estatísticas, em 1990 as taxas de suicídio chegaram ao valor de 1,8% das mortes no mundo (IASP, 2012).

No Brasil, embora as taxas de mortalidade por suicídio sejam consideradas relativamente baixas em relação às taxas internacionais, estudos como o de Souza e Orellana (2012), Waiselfisz (2011), Minayo (2010) apresentam dados que demonstram que em alguns municípios dos estados do Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e Amazonas, as taxas de mortalidade por suicídio seriam mais elevadas do que as nacionais. Apesar dos Estados acima citados apresentarem importantes diferenças concernentes aos aspectos econômicos, demográficos e culturais, deve-se destacar que existem evidências de que o suicídio no Amazonas e Mato Grosso do Sul, estaria intimamente relacionado às populações indígenas (WAISELFISZ, 2011).

Os pesquisadores Souza e Orellana (2012, p. 491) analisaram a taxa de mortalidade por suicídio entre populações indígenas e não indígenas nas cinco macrorregiões do Brasil, do período de 2006 a 2010 e concluíram que o suicídio é "[...] um grande problema de saúde no Brasil, especialmente entre os povos indígenas, e particularmente nas regiões Centro-oeste e Norte". Os mesmos autores realizaram um estudo analisando o período de 2000 a 2007, as taxas de mortalidade por suicídio em São Gabriel da Cachoeira, município brasileiro com maior proporção de pessoas autodeclaradas indígenas. A taxa de mortalidade por suicídio neste município foi de 16,8/100.000 habitantes, valor quatro vezes maior do que o encontrado no estado do Amazonas (WAISELFISZ, 2011).

Deste modo, observa-se que o suicídio é considerado um problema de saúde pública em vários países do mundo, ocorrendo inclusive entre povos culturalmente diferenciados.

Suicídio entre indígenas: o que motiva?

Um dos importantes autores a estudar a temática do suicídio foi o historiador, filósofo e economista Karl Marx que publicou na Alemanha em 1846, o ensaio "*Peuchet: vom Selbstmor*d", que traduzido se chama "*Peuchet: sobre o suicídio*". No entanto, em 1897 o tema ganhou maior repercussão, com a obra "*O suicídio: estudo de sociologia*" do sociólogo francês Émile Durkheim.

Nesta obra Durkheim (2011) inaugura um estudo sociológico, com o objetivo de analisar a tendência dos grupos sociais para o suicídio, investigando se o suicídio teria associação com as "questões sociais". Tal empreendimento pode ser considerado inovador, num momento em que as ciências sociais tal como as conhecemos atualmente, estavam em processo de surgimento, sendo esta obra uma de suas importantes origens.

Ainda nesta obra, Durkheim (2011, p.14) define suicídio como "[...] todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora que devia produzir esse resultado". Ao comparar as taxas de mortalidade por suicídio na França, Inglaterra, Bélgica, Itália entre outros países europeus, o autor concluiu que o suicídio é um "*fato social*". Enfatizou que um fato social só se explica a partir de outro, pois a explicação para os suicídios estaria na relação entre o indivíduo e a sociedade na qual está inserido, podendo haver certa inclinação coletiva para o ato suicida. Cabe destacar que Durkheim (2011) faz uma distinção do suicídio, de acordo com as diferentes perturbações na relação do indivíduo com a sociedade. São eles: 1- Suicídio Altruísta - relacionado às sociedades que apresentam um nível intenso de integração do indivíduo com a coletividade, neste caso o suicídio seria justificado pelo sacrifício pela coletividade, ou por um bem considerado maior; 2- Suicídio Anômico[3] - relacionado às sociedades onde não são asseguradas as necessidades mais elementares do indivíduo, tornando-se assim, o suicídio mais frequente e 3-

3 Uma sociedade seria considerada anômica quando não fosse capaz de controlar e regular o comportamento dos indivíduos, porque não lhes satisfaz as necessidades mais básicas (DURKHEIM, 2011).

Suicídio Egoísta – relacionado ao indivíduo negligente para com a sociedade e caracterizado pelo comportamento individualista.

No entanto, ao dizer que, "[...] os mais diversos acontecimentos da vida, e até os mais contraditórios, podem servir igualmente de pretexto ao suicídio. Portanto, nenhum deles é causa específica" (DURKHEIM, 2011, p. 382), o autor complexifica o problema da tipificação, ultrapassando as explicações de ordem mais psicológicas e individuais para enfatizar explicações de ordem social ou as chamadas "*causas externas*" [4].

Ao comparar as obras de Marx e Durkheim, observa-se que diferente de Durkheim, que relaciona o suicídio aos efeitos das causas externas ao homem, ou seja, aos fatos sociais, Marx parte do interior das relações sociais, ou seja, das relações da vida privada de indivíduos não proletários (RODRIGUES, 2009). Ambos autores contribuem para a reflexão e compreensão do tema, uma vez que consideram o contexto, o ambiente, e as relações humanas estabelecidas. Contudo, os autores ainda deixam espaço para a incorporação de novos elementos ao conceito e/ou significado do suicídio.

Nas obras de Marx e Durkheim considera-se que os contextos, socioeconômico, político e cultural, estariam sofrendo uma profunda mudança. A perda recente do emprego ou o próprio desemprego, aspectos relacionados à migração que acarretam problemas como a pobreza, habitações precárias, a ocupação, o estado marital, a perda de suporte social e expectativas não preenchidas, são fatores que aumentam o risco de suicídio (RODRIGUES, 2009).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2000) caracteriza a morte por suicídio (de X60 – X84), como *lesões autoprovocadas voluntariamente*, o que corresponde à morte por autointoxicação, enforcamento, estrangulamento e sufocação, por disparo de arma de fogo de mão, dispositivos explosivos, fumaça, pelo fogo e por chamas, vapor de água, gases ou objetos quentes, por objeto cortante ou penetrante, objeto contundente e queda intencional de um nível a outro. Ainda que para o CID-10 o meio

4 O termo "causa externa" não tem o mesmo significado utilizado contemporaneamente pelo campo da saúde para se referir às mortes violentas, pois, trata-se de uma expressão usada para se contrapor a ideia de motivação interna ou psicológica.

letal empregado caracterize o suicídio, independente da intencionalidade e das evidências implícitas e explícitas do desejo de morrer, se observa que no caso da morte autoprovocada, deve haver a intenção de se machucar, mas, não necessariamente a intenção de morrer.

Destarte, este estudo objetiva analisar as narrativas de diferentes lideranças indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira no Estado do Amazonas, a respeito do suicídio indígena no referido município.

Abordagem metodológica

O presente texto é recorte de um trabalho de dissertação[5] e propõe uma compreensão sobre o suicídio em um contexto culturalmente diferenciado. Deste modo, para compreender o que pensam e, porque pensam como pensam algumas lideranças indígenas entrevistadas, optou-se pela abordagem qualitativa. Esta perspectiva volta-se para a compreensão de fenômenos complexos e interpretativos, que possuem um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes diversificados e profundos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Esta abordagem considera a diversificação do conjunto de informantes, para uma apreensão de semelhanças e diferenças e que existe uma relação dinâmica, entre o mundo real e o sujeito, com uma indissociabilidade entre o mundo objetivo e o subjetivo (MINAYO, 2010). Desse modo possibilitou a compreensão do significado da ação social de indivíduos, neste caso, o que pensam sobre o suicídio indígena, na perspectiva das lideranças indígenas do contexto estudado.

Para o levantamento das informações foram individualmente realizadas entrevistas semiestruturadas com lideranças indígenas da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), três benzedores[6] e uma li-

5 Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia, UFAM/ILMD-FIOCRUZ, no qual apresentei a dissertação intitulada *Representações Sociais de Suicídio Indígena em São Gabriel da Cachoeira*, sob a orientação do Professor Doutor Maximiliano Loiola Ponte de Souza.
6 Conhecedor tradicional (considerado liderança espiritual) que exerce atividade xamânica (em Tukano é conhecido por *kumu)* por meio de palavras que podem ser usadas para propósitos benéficos ou maléficos (SOUZA, 2009).

derança Húpd`äh. Com exceção do líder comunitário Húpd`äh e dos três benzedores que atuam profissionalmente em suas comunidades de origem, os demais participantes atuam na sede do município. As entrevistas foram pautadas por um roteiro que contemplou as seguintes questões: 1) qual o significado suicídio; 2) qual o perfil dos suicidas indígenas; 3) quais são as motivações; 4) em quais circunstâncias cometeram o ato e 5) qual o método empregado.

A fim de garantir o sigilo acerca da identidade dos entrevistados, foram usadas siglas para diferenciar as respostas dos mesmos. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), aprovado e encaminhado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o CAAE 0460.0.115.000-11.

Buscou-se articular o método analítico usado, a um marco teórico mais amplo: o das *Teorias Leigas de Doenças* proposto por Helman (2003). O referencial das Teorias Leigas foi utilizado para sustentar as explicações dos porquês dos discursos dos participantes deste estudo. Segundo o autor as Teorias Leigas baseiam-se nas crenças populares acerca da estrutura e do funcionamento do corpo, bem como do adoecimento e infortúnios acometidos aos indivíduos. Embora não possuam premissas científicas, as Teorias Leigas apresentam uma consistência lógica permitindo ao enfermo dar sentido e explicações ao seu adoecimento e infortúnio. De acordo com o autor "[...] as teorias leigas situam a origem do problema de saúde no indivíduo [...]" (HELMAN, 2003, p. 43), a partir de concepções situadas no universo: a) individual; b) natural; c) social e d) sobrenatural.

Segundo o autor, as teorias leigas, que estabelecem a etiologia da doença no mundo individual, abordam as questões de mau funcionamento do organismo, atribuindo ao indivíduo, negligência com a sua alimentação, higiene, comportamento sexual, hábitos de consumo de álcool e tabaco dentre outros. Esta crença é comumente observada no mundo ocidental, como por exemplo, no Reino Unido em que resfriados e calafrios podem ser causados pelo "comportamento incorreto" do indivíduo ao sair ao ar livre quando se tem febre (HELMAN, 2003).

No mundo natural a etiologia das doenças estaria relacionada à influência de seres vivos e inanimados entre outros aspectos do ambiente natural

como as condições climáticas. Os danos causados à saúde por animais e aves (para o mundo ocidental), seriam causados pelas infecções de microrganismos. Já no Reino Unido e em Marrocos o ar frio, correntes de ar frio e a umidade, seriam os causadores de resfriados e calafrios. Poderiam ser inclusas ainda para explicarem a etiologia das doenças, a influência do sol, da lua e de corpos planetários na perspectiva das sociedades praticantes da astrologia (HELMAN, 2003). Estas mesmas ideias explicativas para a etiologia das doenças, são comumente partilhadas nos países da América Latina como o Brasil, por sofrerem forte influência do mundo ocidental.

No mundo social as enfermidades e os infortúnios são atribuídos às malevolências interpessoais por meio da bruxaria, feitiçaria e mau-olhado. A crença da etiologia das doenças e infortúnios a partir da bruxaria é mais comum na África e no Caribe, onde se acredita que as pessoas possuam poder místico para prejudicar outras. A feitiçaria diferente da bruxaria seria "[...] o poder de manipular e alterar eventos naturais e sobrenaturais por meio do conhecimento adequado da magia e da encenação de um ritual." (HELMAN, 2003, p. 127). O feiticeiro pode exercer seu poder de forma maléfica, motivado por inveja através de palavras mágicas, poções ou rituais, sendo esta crença muito comum em sociedades não ocidentais e particularmente no contexto estudado. O mau-olhado seria uma inveja contida no olhar do observador, capaz de causar vários problemas à saúde. Tem sido relatado nas culturas hispânicas, nas culturas árabes, no Oriente Médio e na Europa sendo frequentemente observada em sociedades menores, rurais e pré-industrializadas do que em sociedades ocidentais e mais urbanizadas (HELMAN, 2003).

No mundo sobrenatural a etiologia da doença é atribuída a deuses, espíritos ou entidades ancestrais, causando enfermidades em pessoas que tiveram um mau comportamento, como por exemplo, não ter ido à igreja e ter deixado de orar ou agradecer a Deus pelas bênçãos do dia. Neste sentido, a enfermidade seria uma espécie de punição divina em relação a uma conduta pecaminosa. Esta abordagem explicativa para a etiologia das doenças tem sido observada em norte-americanos de classe média que vivem em subúrbios. Em comunidades africanas a etiologia das doenças seria atribuída a espíritos maléficos portadores de doenças que atacam inesperadamente as

pessoas. Os espíritos maléficos revelariam sua identidade por meio de sintomas específicos, sendo diagnosticados em sessão espírita e tratados a partir da expulsão do espírito do corpo do enfermo. Ainda para o autor, as causas individuais, naturais, sociais e sobrenaturais geralmente estão relacionadas, desenvolvendo ação conjunta e caracterizando a etiologia das doenças como multicausais (HELMAN, 2003).

As informações levantadas foram analisadas a partir de um referencial antropológico, que permite uma leitura aproximada da cosmologia indígena no contexto estudado. Seguindo o percurso metodológico, foram realizados como procedimentos operacionais de prévia análise, a decomposição e a análise automática do material (PÊCHEUX, 1988 apud MINAYO, 2010). Este procedimento contribuiu para a estratificação e subcategorização que emergiram nos discursos dos participantes, situando-as no universo equivalente às percepções descritas. Após a utilização desses princípios analíticos, o material foi trabalhado por meio da técnica Análise de Discurso que tem por objetivo "[...] realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos [...]" (PÊCHEUX, 1988 apud MINAYO, 2010, p. 319). Segundo Minayo (2010) esta técnica permite a compreensão do processo produtivo para além da interpretação exteriorizada do texto, possibilitando a explicação do porque o discurso foi exposto de determinada forma.

Cabe destacar que existem muitos limites teóricos que compreendem, sobretudo, a escassez de trabalhos científicos de corte qualitativo sobre suicídio em povos culturalmente diferenciados do contexto amazônico. De natureza qualitativa, o único trabalho encontrado e considerado relevante por ter sido publicado em meio científico, foi o estudo de Regina Erthal, sobre suicídio entre os Tikúna no município de Tabatinga no Alto Solimões, publicado em 2001.

Contexto Estudado

Este estudo foi realizado na sede (área urbana) do município de São Gabriel da Cachoeira que está situado ao extremo noroeste do Amazonas, na Bacia do Alto Rio Negro (ARN), e que dista 852 km de Manaus, capital

do Estado. O município possui extensão territorial de 109.183,450 km^2 e faz fronteira com Colômbia e Venezuela, e com o município amazonense de Santa Isabel do Rio Negro. O principal centro urbano regional de São Gabriel da Cachoeira é localmente chamado de sede ou cidade e vem crescendo muito nos últimos trinta anos em virtude de pelo menos três fatores: a) fluxo migratório das comunidades indígenas do interior; b) entrada de pessoas de outras regiões para trabalhar nas obras de abertura de estradas; e, c) o estabelecimento de contingentes militares (SOUZA; ORELLANA, 2012).

O município possui duas unidades de conservação ambiental: Parque Nacional do Pico da Neblina com extensão de 22.000km^2 e a Reserva Biológica Estadual dos Seis Lagos, com extensão de 369km^{2,} e ainda 11 Florestas Nacionais (IBGE, 2013).

Atualmente, estima-se que a população do município ultrapasse os 37.896 habitantes, recenseados pelo *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE), no último censo realizado em 2010 (MORAIS SILVA, 2013). O município possui aproximadamente 81% de sua área composta por terras indígenas homologadas e habitadas por 23 etnias indígenas, das famílias linguísticas Tukano, Aruak, Maku e Yanomami, espalhados por mais de 550 comunidades, tornando sua sede a cidade mais indígena do Brasil (IBGE, 2012). Os cinco maiores grupos indígenas são os Baré, Tukano, Dessana, Baniwa e Tariana, que vivem ao longo do Alto Rio Negro e seus afluentes, mantendo entre si, estreitas relações socioeconômicas de troca comercial, matrimonial e ritual (ISA, 2013).

A família linguística Tukano Oriental possui o maior tronco linguístico, representado por 15 grupos étnicos (Tukano, Dessana, Wanana, Kubeo, Arapaso, Karapanã, Bará, Barasana, Siriano, Makuna, Tatuyo, Tuyuka, Pira-tapuia, Yuruti, Taiwano), enquanto que os Aruak são representados por 5 grupos (Baré, Baniwa, Kuripako, Werekena e Tariana) e os Maku são representados por quatro grupos (Yuhupde, Húpd`äh, Dâw e Nadöb), compondo deste modo, o mosaico etnolinguístico do município (ISA, 2013).

A organização ou estrutura social dos povos indígenas do ARN está fundamentada em três elementos que marcam a vida social indígena da região rionegrina: a unidade exogâmica, e linguística, a patrilinearidade e a hierar-

quia social. Estes são os principais elementos que compõem o mosaico étnico, cultural e social do contexto rionegrino. Ademais, os estudos etnográficos realizados no noroeste da Amazônia reiteram que a região de uma forma geral, possui um sistema social aberto, composto por unidades linguísticas ou unidades exogâmicas, fundamentadas em um sistema de descendência patrilinear (ANDRELLO, 2006), sendo esta uma das principais marcas da identidade étnica dos povos desta região.

A unidade exogâmica é um elemento identificador dos grupos, que os diferencia em alguns aspectos, dentre eles, o pertencimento a um tronco linguístico ou grande família linguística, de onde surgem diversas classificações (ANDRELLO, 2006). Logo, o filho de um casal, pertencente à certa unidade exogâmica, fala e/ou compreende idealmente no mínimo dois dialetos de um mesmo tronco linguístico. O que se observa de uma forma geral, é que há um padrão multilíngue aceito e usado pela maioria dos grupos em suas comunidades, o que de certa forma, caracteriza a organização social destes povos. Além da linguagem, outro traço marcante observado nos povos indígenas é a patrilinearidade, que demarca a descendência a partir do pai, e consequentemente os laços matrimoniais que se estabelecem da união de um homem com uma mulher, pertencentes a grupos diferentes e que em geral falam outra língua[7] (SOUZA, 2009).

Concernente à hierarquia social observa-se que os grupos indígenas rionegrinos possuem uma organização social própria e adotam o *sib* e a *fátria*[8] para comporem um modelo social hierarquicamente organizado. O *sib*, considerado uma espécie de unidade básica do sistema local, é um nível de organização no qual ocorrem as trocas matrimoniais. Existem níveis de *sib* e a hierarquia de cada um, marca a forma de organização dos grupos indígenas de São Gabriel da Cachoeira, porque a partir deles, se compõem os grupos (ANDRELLO, 2006). No Uaupés o *sib* é o único grupo social onde o membro é descendente ao invés de subgrupo linguístico.

As atividades cotidianas são divididas entre homens e mulheres, tanto

7 Esta característica, no entanto, não se aplica aos Maku que praticam a endogamia linguística. Os Maku pertencem à família linguística que habita o interior das florestas e divide-se em seis grupos (ANDRELLO 2006; ISA, 2013).
8 Para melhor compreensão, sugere-se (CARVALHO, 2011).

para garantia dos alimentos, quanto para a confecção dos objetos. Enquanto os homens partem cedo de casa em suas canoas em busca de peixe ou carne de caça, as mulheres ficam em casa com as crianças. Enquanto crianças, as meninas ajudam as mães tomando conta dos irmãos menores, e quando maiores, meninos e meninas vão às escolas indígenas e ajudam em alguns afazeres (CARVALHO, 2011).

Outra prática que faz parte da vida cotidiana dos povos indígenas do contexto estudado, citadas nos estudos etnográficos como uma "*marca cultural*" [9] são as festas regadas à *caxirí*[10], entre elas o *dabucurí,* festa de troca de alimentos, geralmente realizada como forma de agradecimento por algo feito à aldeia ou comunidade (CARVALHO, 2011), pois "[...] a realização de festas com consumo de bebidas alcoólicas é um meio recorrentemente utilizado na construção e manutenção da identidade grupal" (SOUZA; DESLANDES; GARNELO, 2010, p. 713), entre estes povos.

O caxirí é uma bebida fermentada, considerada alcoólica quando em sua preparação apresenta-se com alto teor alcoólico (forma forte), sendo consumido por indígenas do sexo masculino a partir dos doze anos de idade. É considerado fraco, quando apresenta baixo teor alcoólico e consumido ainda na infância por crianças de três ou quatro anos, por ser considerado um alimento (SOUZA; DESLANDES; GARNELO, 2010). O teor de concentração de álcool depende da forma de preparo da bebida, pois, quanto maior o tempo de fermentação, mais forte é a bebida. O acréscimo de açúcar na preparação da bebida e o seu aquecimento no fogo, também fermentam o *caxirí,* tornando-o mais forte (SOUZA, 2009).

Outro elemento importante que contribui para a contextualização do *lócus* deste estudo, diz respeito à infraestrutura do município. De acordo com um levantamento feito em 2005, sobre o perfil socioeconômico, demográfico e sanitário do município, de 1.444 domicílios da sede 86,7% possuíam energia elétrica, 72,8% possuíam água encanada, 63, 5% das moradias eram de madeira e 34,6% de alvenaria (IBGE, 2013). A principal atividade econô-

9 Utilizou-se neste estudo a compreensão de cultura trabalhada por Geertz (1989), que apreende cultura como um padrão de significados, produzidos e transformados ao longo do tempo pela humanidade, emergindo da interação social, que sofre variações de acordo com o contexto no qual são engendrados.
10 Bebida fermentada feita à base de mandioca e preparada exclusivamente pelas mulheres indígenas (CARVALHO, 2011).

mica do município é a agricultura de subsistência, com a plantação de mandioca, abacaxi, abacate, banana, limão e batata-doce. A carência de políticas públicas para o município desdobra-se em problemas como desemprego, alcoolismo, violência e suicídio (ISA, 2013; SOUZA, 2009).

Resultados e discussão

Suicídio indígena: perspectiva das lideranças indígenas locais

Diferentes significados foram atribuídos a este fenômeno, mostrando ainda, importantes variações de compreensão, a partir do ponto de vista das distintas áreas do conhecimento. A partir do discurso dos entrevistados, dialogando com alguns estudos nacionais que versam sobre suicídio, tentaremos apresentar o significado atribuído ao suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira/AM.

Quando perguntado aos benzedores que também são considerados lideranças indígenas (dimensão espiritual) sobre a compreensão que tinham acerca do suicídio, percebeu-se que para o indígena urbano que vive na sede, o fenômeno é associado à *doença*, em virtude da incidência ocorrer de forma "sazonal".

> [...] essa palavra suicídio aqui em São Gabriel, e o significado [...] de vez em quando ela dá uma parada e acontece de novo, ficou como se fosse realmente uma doença. Uma doença que vai acontecendo de tempo em tempo, porque tem muitas doenças como gripe, é sarampo, essas coisas de tempo em tempo aparece (informação verbal)[11].

No entanto, para outro benzedor o significado de suicídio foi associado à *fraqueza*. "Eu penso que o suicídio seria a fraqueza de uma pessoa. Pra nós é isso né. A fraqueza dentro da família." (informação verbal)[12].

Segundo Heck (2004) em um estudo sobre o suicídio entre colonos ale-

11 Entrevista concedida por BEZ 3, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
12 Entrevista concedida por BEZ 2, em São Gabriel da Cachoeira, AM.

mães de uma área rural no Rio Grande do Sul, o suicídio foi associado à "*fraqueza*" do indivíduo, sendo este um dos motivos que resultaria no ato definitivo de tirar a própria vida. No entanto, neste mesmo estudo a autora deixa claro que a fraqueza foi associada à dimensão individual das Teorias Leigas, caracterizando-se como "*fraqueza dos nervos*", da qual o suicida sofreria, até chegar ao ponto de tirar a própria vida. Por outro lado, uma liderança indígena da FOIRN acredita que o suicídio na região esteja associado a vários motivos não cabendo apenas um, para explicar ou compreendê-lo.

> Suicídio pra nós é uma morte que não tem assim, não tem nenhuma explicação até agora. A gente sabe que essas mortes tiveram vários tipos de situações. Nós como do movimento, a gente vê bastantes acontecimentos dos parentes que tão morrendo com suicídio né? Que muitas vezes é, como se diz? Desestruturação familiar mesmo. Mas, podem ter outros motivos como o do soldado que descobriu a traição da mulher. Então vamos dizer assim: são mortes que muitas vezes não sabemos explicar direito (informação verbal)[13].

Quando perguntados sobre o perfil dos indígenas que cometeram suicídio, as lideranças responderam que há uma predominância maior de ocorrência do fenômeno entre jovens do sexo masculino.

> Esse suicídio que a gente ouve comentar aqui em São Gabriel, não foi pro adulto, foi mais pro jovem, foi muito, tanto masculino (informação verbal)[14].
> A maior parte são adolescentes, vamos dizer assim juventude (informação verbal)[15].

Estes discursos corroboram com alguns estudos sobre o suicídio na região do ARN, como um estudo epidemiológico realizado por Souza e Orellana (2012), que teve por objetivo descrever as características e as taxas brutas

13 Entrevista concedida por LID IND 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
14 Entrevista concedida por LID IND 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
15 Entrevista concedida por LID IND 2, em São Gabriel da Cachoeira, AM.

de mortalidade por suicídio em São Gabriel da Cachoeira, que demonstrou que as taxas mais elevadas foram observadas no sexo masculino e nas faixas etárias de 15-24 e 25-34 anos.

Ainda sobre as principais características dos suicidas relacionadas à idade e ao sexo, foram citados em menor proporção, nas entrevistas com um gestor da área da saúde, um benzedor e duas lideranças indígenas, casos de suicídios entre adultos do sexo masculino e feminino, com idade acima de 30 anos, ocorridos em algumas áreas indígenas.

> Senhoras né adultas. Mulheres, mães de família né (informação verbal)[16].
> Homens adultos, já de 40 anos, de 35 anos. Mulheres também (informação verbal)[17].
> Aqui na comunidade, bem próximo daqui também, da uns 20 minutos de voadeira você está lá. É, ele, eu acho que ele tinha, parece que uns 60 para 70 anos (informação verbal)[18].

Segundo os discursos destes participantes, o segmento feminino adulto teria uma concentração de suicídios bem menor em relação ao sexo masculino. No entanto, de acordo com o levantamento e a análise de suicídios indígenas ocorridos em São Gabriel da Cachoeira, no período de 2001 a 2011, realizados por analista pericial em antropologia, observa-se uma relativa ocorrência deste fenômeno, entre as mulheres indígenas habitantes do interflúvio entre os rios Uaupés, Papuri e Tiquié, o que pode mostrar a necessidade de um desdobramento deste recorte.

Sobre os motivos que levaram os indígenas ao ato, os entrevistados apontaram diversas opiniões. Entre uma das lideranças entrevistadas foi possível observar que a motivação dos suicídios, estava associada à própria crença da região baseada no *sopro*, como se observa na fala a seguir.

> Daí às vezes passa na nossa cabeça certas crenças né? A partir do momento que ela se enforcou, é ai falaram né, que o pai

16 Entrevista concedida por BEN1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
17 Entrevista concedida por LI3, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
18 Entrevista concedida por LI4, em São Gabriel da Cachoeira, AM.

> dessa mulher que se enforcou, ai é disseram não, quando morreu a outra e ai depois morreu a outra, foi o pai dela que soprou pra que outras pessoas também morressem da forma como a filha dele morreu. Depois disseram que seria o sopro (informação verbal)[19].

Segundo Helman (2003) que a partir das Teorias Leigas explica a etiologia das doenças, na dimensão do universo social as enfermidades e os infortúnios são atribuídos às malevolências interpessoais por meio da bruxaria, feitiçaria e mau-olhado. A crença na etiologia das doenças e infortúnios a partir da bruxaria é bastante comum também no grupo estudado, onde, da mesma forma, se acredita que as pessoas possuam poder místico para prejudicar outras. A dimensão ritualística aparece no conceito de *sopro* ancorado num mau sentimento que levaria outros a passarem pelo mesmo sofrimento que o sujeito passou, a desejar seu mal e destruição. O feiticeiro pode exercer seu poder de forma maléfica motivado por inveja através de palavras mágicas, poções ou rituais, sendo esta crença muito comum em sociedades não ocidentais e, como se vê, particularmente no contexto estudado.

De acordo com uma liderança indígena Húpd'äh (contexto rural), o "*sopro*" possui o objetivo de causar algum mal à pessoa para quem foi feito. Segundo Carvalho (2011, p. 159) o "[...] sopro ou estrago é a manipulação de elemento natural para ingerência no mundo sobrenatural". Nesse sentido, o estrago equivaleria ao "*mal olhado*" ou "*quebranto*" conhecido pelo branco, representado como um desejo maléfico sobre a vida de uma pessoa e decorrente de inveja.

Ainda de acordo com a liderança Húpd'äh o estrago seria uma doença causada por outrem, com o intuito de fazer-lhe o mal, também motivado por inveja.

> É porque é uma doença que acontece na nossa comunidade é estragado né. Porque a vez assim né, porque tipo, que na tem inveja da nossa comunidade a vez. É por isso, acontece muito (informação verbal)[20].

19 Entrevista concedida por LID IND 3, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
20 Entrevista concedida por liderança indígena Húpd'äh - contexto rural, em São Gabriel da Cachoeira, AM.

Para outra liderança indígena local, o suicídio na região teria como motivação a falta de perspectiva de vida ou oportunidades de emprego.

> [...] aqui em São Gabriel nós temos assim, pouco espaço, assim, emprego pra eles terminar o ensino médio e trabalhar entendeu. Então uma parte deles se suicidaram devido que não sabe o que fazer, não sabe como trabalhar, ganhar dinheiro. Às vezes fica dependente só do pai, ou da família. Então a gente pode entender. Às vezes esse cara foi a briga com sua esposa. Não se entenderam. Essas são os principais motivos que fizeram pra acontecer esses suicídios dos jovens como eu tou dizendo, e dos que são casais são problemas assim com o casamento. Então a gente vê nesses últimos, inclusive esse último foi ate um parente lá de Iauaretê, um professor, foi ele o último. A gente pensa que ta terminando, de repente acontece de novo (informação verbal)[21].

Corroborando com Durkheim (2011), a fala acima descrita, aponta aspectos sociais importantes no conjunto de motivações que embasam essas ocorrências. Como seria de se esperar pelas contribuições de Dukheim, diversas outras poderiam ser apontadas, como, a perda recente do emprego ou o próprio desemprego, aspectos relacionados à migração que acarretam problemas como a pobreza, habitações precárias, a ocupação, o estado marital, a perda de suporte social e expectativas não preenchidas, como fatores que aumentam o risco de suicídio.

Concernente às circunstâncias que cercaram as ocorrências de suicídio, observou-se consenso em que todas as lideranças associaram os suicídios ao consumo elevado de bebidas alcoólicas.

> Acho que a questão de alto consumo de bebida alcoólica dos adolescentes (informação verbal)[22].

21 Entrevista concedida por BEZ1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
22 Entrevista concedida por BENZ 2, em São Gabriel da Cachoeira, AM.

> Outro problema que é grave [...] é o problema do alcoolismo que existe aqui (informação verbal)[23].
> Agora aqui, [...] pode considerar um problema social mesmo da família que bebe [...] (informação verbal)[24].

Nas narrativas acima descritas observa-se que, segundo Helman, (2003), a partir da compreensão acerca do universo individual, tais questões podem ser atribuídas ao indivíduo, em virtude da negligência com a sua alimentação, higiene, comportamento sexual e em especial, corroborando com os achados acima descritos, os "*hábitos de consumo de álcool e tabaco*" dentre outros.

Sobre o método empregado na consecução das mortes, também foi observado que para os suicídios ocorridos na área urbana, o método mais apontado foi enforcamento, enquanto que na área rural predominou o envenenamento.

> Geralmente é na base do enforcamento (informação verbal)[25].
> É na corda. A maioria é com a corda (informação verbal)[26].
> Então é a corda, é o enforcamento que é o meio mais utilizado aqui para o suicídio (informação verbal)[27].
> O mais comum é corda (informação verbal)[28].
> Só com corda (informação verbal)[29].
> Mas a gente tem uns casos também de envenenamento (informação verbal)[30].
> Lá em cima a gente também vê muito o uso de timbó. [...] eles usam o timbó pra se envenenar (informação verbal)[31].
> Alguns casos que se tem na área indígena é através de timbó né, que são plantas (informação verbal)[32]..
> É, ele tomou o sumo do timbó (informação verbal)[33].

23 Entrevista concedida por LID IND 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
24 Entrevista concedida por LID IND 3, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
25 Entrevista concedida por LID IND 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
26 Entrevista concedida por LID IND 3, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
27 Entrevista concedida por BEZ 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
28 Entrevista concedida por BENZ 2, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
29 Entrevista concedida por BENZ 3, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
30 Entrevista concedida por BENZ 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
31 Entrevista concedida por LID IND 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
32 Entrevista concedida por BEZ 2, em São Gabriel da Cachoeira, AM.
33 Entrevista concedida por BEZ 1, em São Gabriel da Cachoeira, AM.

Acredita-se que o principal motivo da escolha dos dois métodos letais empregados para o suicídio em São Gabriel da Cachoeira, ocorra em virtude da facilidade de acesso. A corda descrita pelos entrevistados é similar a utilizada para colocar roupas no varal, ou seja, confeccionada com nylon. Segundo Carvalho (2011), o timbó é uma espécie de cipó com propriedades tóxicas, pertencente à família das *papalionídeas* e *sapindáceas*. Conforme alguns nativos da região o suco do timbó ou "*sumo do timbó*" é comumente utilizado na pesca, porque mesmo muito diluído, faz com que os peixes percam o equilíbrio, subam aturdidos à superfície e nadem descontrolados para as margens dos rios, sendo apanhados com maior facilidade.

A escolha do método letal empregado para o suicídio tem sido objeto de pesquisa entre os estudiosos da área. Um recente estudo "[...] entende que o risco de suicídio seria mais elevado quanto maior fosse a ideação; o planejamento suicida, e quanto maior fosse o desejo de morte e o poder letal do método escolhido" (CHACHAMOVICH et al, 2009), o que pode dar indícios para um estudo retrospectivo do suicídio.

Considerações finais

A diversidade sociocultural de São Gabriel Cachoeira, sinaliza a necessidade de estudos que permitam aprofundar o olhar sobre um fenômeno pouco investigado em comunidades e grupos culturalmente diferenciados como os povos indígenas. Acredita-se que construção de um instrumento de autópsia psicossocial adaptado à realidade rionegrina, para compreender os aspectos psicológicos, possam ampliar a busca pela compreensão deste fenômeno, além de refletir sobre intenção do indivíduo ao desistir da vida.

Limitações do estudo

A região amazônica do Alto Rio Negro abrange os municípios de Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira, sendo este último, o local da pesquisa de campo. Embora as informações coletadas tenham apresentado a compreensão de diferentes etnias do município, o estudo limitou a coleta na área urbana, o que impossibilita uma diversidade maior

sobre a compreensão do fenômeno, no local estudado.

Agradecimentos: Ao Instituto Brasil Plural pelo financiamento do macro - projeto intitulado "*Suicídio Indígena no Estado do Amazonas: uma abordagem interdisciplinar*", do qual este estudo é o resultado de um pequeno recorte. Especial agradecimento à profa. Antropóloga Deise Lucy Montardo pela celeridade dada aos trâmites necessários para a pesquisa de campo.

Referências

ANDRELLO, Geraldo. *Cidade do índio*: transformações e cotidiano em Iauareté. São Paulo: Editora UNESP; ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2006.

CARVALHO, Marcelo. *Inverso*: diálogos indígenas no Alto Rio Negro. Pernambuco: Gráfica Facform: Instituto Antropos, 2011.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, p. 18-25, maio, 2009. Suppl.1.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio*: estudo de sociologia. Tradução M. S**ô**nica Stahel. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

HECK, Rita M. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do noroeste do Rio Grande do Sul. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 559-567, out./dez. 2004.

HELMAN, C. Interações médico-paciente. In: CULTURA, saúde e doença. Tradução Claudia Buchweitz e Pedro Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed., 2003.

IASP. International Association for Suicide Prevention. 2012. Disponível em: <http://www.iasp.info.>. Acesso em: 4 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tendências demográficas*: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em <http://www.ibge.gov.br.>. Acesso em: 24 jul. 2013.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). *Troncos e famílias*. [S.l.], 2013. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org.>. Acesso em: 17 dez. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em

saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS SILVA, Wagner. *Atenção à saúde bucal em um município do Alto Rio Negro*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia)– Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10*: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a saúde: décima revisão. São Paulo: EDUSP, 2000.

RODRIGUES, Marta. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dez. 2009.

SOUZA, M.L.P. *Juventude, uso de álcool e violência em um contexto indígena em transformação*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, M. L. P.; DESLANDES, S. F.; GARNELO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 709-716, maio 2010.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 34-37, mar. 2012.

WAISELFISZ, Julio. *Mapa da violência no Brasil 2011*: os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Africa. World suicide prevention day to be observed on 10 september. In: _____. *Centre des Médias*: note destinée a là presse. WHO, 2011. Disponível em: <www.http://www.afro.who.int.>. Acesso em: 21 nov. 2012.

Suicídio entre idosos na cidade de Manaus: uma revisão bibliográfica[1]

Anderson Aires Lopes[2]
Denise Machado Duran Gutierrez [3]

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005) considera idosos aqueles indivíduos com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. No Brasil, idosos já representam 10% da população brasileira, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), isto é, aproximadamente 18 milhões de idosos. A estimativa é que chegue, até 2020, a 30 milhões de idosos.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento humano é visto como uma época de degeneração do corpo e perda significativa das funções cognitivas. Percebe-se também que é nessa época da vida, que o idoso fica mais vulnerável a vicissitudes da vida (GOLDENBERG, 2008). Portanto, está mais sujeito às patologias, sendo o principal problema a depressão diagnosticada em idosos. Além disso, outros fatores sociais que levam ao isolamento, tais como morte de pessoas significativas, perda de papéis sociais e doenças funcionais, podem indicar o que leva os idosos à autodestruição.

1 Projeto desenvolvido dentro do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/UFAM (2011-2012). Bolsa concedida pelo CNPq.
2 Acadêmico do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM
3 Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) o suicídio é um problema de saúde pública e, por isso, deve-se pensar em políticas públicas eficientes, pois sabemos as repercussões que o suicídio ocasiona no grupo de pessoas próximas ao idoso. Por fim, o enfoque principal precisa ser o da perspectiva da Saúde Pública, que visa melhoria nos serviços de atenção a saúde de pessoas ligadas ao evento de suicídio.

Apesar da importância do entendimento do suicídio em pessoas acima de 60 anos, não se dá a devida atenção a este tema no meio científico e/ou acadêmico. Em uma aproximação inicial encontramos poucos estudos na literatura que abordem o tema proposto no cenário nacional e praticamente nada registrado no conjunto de produções científicas referentes ao norte do país.

A palavra suicídio vem do latim *sui* (si) e *caedo* (eu mato), o que significa matar-se. Segundo a OMS (2006), o suicídio atinge cerca de um milhão de pessoas no mundo por ano. Este ato de autodestruição é dividido em duas modalidades: comportamento suicida (ideação, tentativa e suicídio consumado) e por atos violentos contra a própria pessoa que podem assumir diversas formas destrutivas.

Por suicídio entende-se todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado (DURKHEIM, 2000).

Não se pode falar de suicídio sem adentrar um pouco na sociologia e no pensamento do sociólogo francês Émile Durkheim, por ter escrito a obra clássica "O suicídio" de 1897 na qual teoriza sobre este fenômeno relevante para a compreensão do ser humano. Uma das hipóteses levantadas por Durkheim (2000) era que o suicídio seria determinado por motivações sociais, de um modo geral, um "fenômeno social".

Neste contexto, há duas possibilidades de leitura do mesmo processo: enquanto para a sociologia o foco do estudo é a sociedade; para a psicologia é o indivíduo. Entretanto, sob um olhar mais crítico e amplo, estes campos de estudos se complementam, e muitas vezes se mesclam. Assim, Durkheim (2000, p. 17) fala que:

> [...] se em lugar de vermos no suicídio apenas eventos particulares, isolados uns dos outros e que exijam, cada um

> deles, exame em separado, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos em dada sociedade durante um dado espaço de tempo, iremos verificar que o total assim obtido não é a simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que constitui por si mesmo um fato que é novo e sui generis, com unidade e individualidade, e pois com sua natureza própria, e que, além disso, essa natureza é eminentemente social.

Tendo em vista a complexidade em que o suicido se apresenta nas ciências sociais, não se pode excluir nenhuma das hipóteses. Este estudo não descarta a ideia de Durkheim, da sociedade influenciando decisivamente na autodestruição, mas levam-se em conta, também, os aspetos individuais e subjetivos que de modo concorrente contribuem para o suicídio.

No mundo todo em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. No Brasil as taxas são baixas se comparadas com a de países desenvolvidos, entretanto, a média brasileira de suicídio é entre 3,50 e 4,00 por 100.000 habitantes, opostamente ao número elevado de homicídios (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

As estatísticas apontam para o crescimento desse fenômeno entre idosos. E como esta população é a que mais cresce no mundo, o suicídio nesta parcela da população caracteriza um problema de grande relevância. Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde em países europeus mostram que as médias de suicídio entre pessoas com mais de 65 anos nessas sociedades chega a 29,3/100.000 e as de tentativas de suicídio, a de 61,4/100.000.

Apesar de, as taxas de suicídio serem relativamente baixas no Brasil, o mesmo não acontece em relação, particularmente, em dados observados sobre idosos, onde o número de casos de suicídios é o dobro da população geral (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). De um modo geral, os índices são assustadores, pois numa série histórica, percebe-se um aumento gradual e significativo desta forma de por fim a própria vida.

Contudo, é essencial explicitar quais os motivos pessoais e acadêmicos que me levaram a esta pesquisa. Primeiramente, o tema me desperta muito interesse, e por ser um assunto pouco explorado na literatura, há grande importância em contribuir para a ciência e agregar conhecimento pouco di-

fundido no meio acadêmico. Em segundo lugar, porque já tive pessoas próximas a mim que chegaram a este ato extremado que é tirar a própria vida.

Tendo-se em vista o exposto assumimos nesse estudo o objetivo de fazer um levantamento de dados por meio de pesquisa bibliográfica para conhecer mais sobre o suicídio que ocorre entre idosos a começar pela cidade de Manaus, podendo ampliar o foco, se necessário. Subsidiariamente buscamos: 1) identificar na literatura as possíveis causas que levam os idosos à autodestruição (fatores extra - individuais e intra - individuais); 2) identificar informações sobre as medidas preventivas, que demonstram o que poderia ser feito para evitar o suicídio; 3) contextualizar a questão-problema sobre o suicídio entre idosos para a região norte, mais especificamente para a cidade de Manaus.

Abordagem metodológica

Em termos de tipo de pesquisa esclarecemos que esta é uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2008) volta-se à investigação de questões particulares, atentando para os aspectos singulares de um fenômeno. O suicídio por ser um tema multifacetado engloba diversas variáveis, com isso, o intuito deste trabalho é fazer uma análise descritiva, pois essa permite focalizar a realidade de forma complexa e contextualizada.

Em sua natureza esse estudo é uma pesquisa bibliográfica, que é operada através da análise de artigos indexados em bancos de dados nacionais e levantamento da existência de outras produções relevantes. A pesquisa bibliográfica se destina a realizar uma varredura de modo a identificar na bibliografia disponível existente o estado da arte, ou o que se sabe sobre determinada questão (BASTOS, 1999).

Em nosso trajeto metodológico tivemos que realizar alguns realinhamentos. Primeiro, no que diz respeito à nossa base de dados, abandonamos a busca por material produzido referente à Manaus. A intenção inicial era investigar o material produzido sobre suicídio de idosos em Manaus. No entanto, na busca em diversos contextos institucionais que abrangeram bancos de teses, dissertações e monografias nas várias instituições de ensino público que mantém cursos na área da saúde, nada encontramos no tópico que

contemplasse nossa realidade regional. Em consequência, ampliamos o foco e nos voltamos a pesquisar aspectos mais abrangentes referentes à realidade nacional, procurando aprofundar os tópicos dos condicionantes do suicídio entre idosos e de possíveis medidas preventivas.

É importante falar dos percalços que foi pesquisar sobre o suicídio, pois há pouca literatura brasileira sobre isso. O tema aparece de forma bastante incipiente de modo que encontramos apenas três textos referentes ao cenário nacional que falam sobre o suicídio entre idosos de maneira substancial (GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004; LOVISI et al, 2009; MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Inicialmente, pretendia-se para um melhor aproveitamento do estudo serem selecionados textos de áreas como a psicologia, antropologia da saúde, sociologia e psiquiatria para compreender o fenômeno suicídio em sua amplitude. Dada a difícil acessibilidade aos textos, decidimos elencar alguns pontos sobre o suicídio em geral para entender a natureza do fenômeno, e, entre idosos em particular que podem ser pensados, discutidos e ampliados em outras discussões futuras.

Para a análise de dados utilizamos a técnica de *Análise de Conteúdo* conforme proposto por Bardin (2004). A operacionalização desse procedimento analítico compreende as seguintes fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material ou codificação e finalmente; 3) tratamento dos resultados gerando inferências e interpretações. Isso nos permitirá a identificação de temas e eixos de compreensão predominantes que venham a esclarecer nosso objeto de investigação e contemplar os objetivos aqui propostos.

Discussão e análise de dados

Fatores condicionantes do suicídio entre idosos

Minayo e Cavalcante (2010), que fizeram a única pesquisa indexada em bancos de dados brasileiros e que investigaram fatores que estão associados ao suicídio, foram tomadas aqui como referência para conhecermos melhor o cenário nacional e internacional.

A partir do exame da literatura investigada se depreende a presença de

pelo menos quatro conjuntos de fatores fortemente associados ao suicídio entre idosos: 1) *aspectos psicológicos* como a ideação suicida, que normalmente precede o evento; 2) *aspectos psicopatológicos* que dizem respeito à presença de patologias mentais específicas descobertas, tratadas ou não, em período precedente ao suicídio; 3) *aspectos biológicos* como a presença de enfermidades físicas de forte intensidade, em sua maioria, incapacitantes; 4) *aspectos sociais* como a presença de contextos sociais de perdas concretas e simbólicas, de status, significado e papel social. Esses fatores não são mutuamente exclusivos nem se apresentam de modo independente na história de vida dos indivíduos com trajetórias ligadas às tentativas de suicídio ou atos consumados. Ao contrário, parece haver uma conjunção desses elementos que aparecem em diversos arranjos e superposições, apontando para a interdependência entre aspectos sociais, psicológicos, biológicos e culturais.

Aspectos psicológicos

A ideação suicida aparece de modo muito significativo na maioria dos casos de suicídio entre idosos. O idoso antes de consumar o ato suicida faz diversas referências que são muitas vezes banalizadas pela família. Talvez, devido ao fato de o idoso estar num estado de perda de funções e status social, passa a ser visto pela família como "criança". Identificado como infantil perde a credibilidade devida a uma pessoa adulta e autônoma.

Para Pires et al (2009) entre os aspectos psicológicos associados ao suicídio entre idosos aparecem as perdas recentes, morte do cônjuge e/ou dos irmãos e outras pessoas idosas próximas trazem para o idoso a sensação da passagem do tempo e de sua finitude. Estes mesmo autores seguem expondo outros aspectos psicológicos que explanamos a seguir.

As perdas de figuras parentais na infância fragilizam as pessoas que não conseguem desenvolver sentimentos de segurança e uma autoestima positiva, ficando assim marcadas pela perda e/ou abandono. Sensações de vazio e inquietação acompanham o desenrolar da vida até que, sejam potencializadas por outras vivências e venham a se tornar intoleráveis.

As dinâmicas familiares conturbadas, marcadas por extrema rivalidade, disputas, abuso, agressividade e violência geram um cenário de desvincula-

ção e perda de referências afetivas dentro da família (MINAYO, 2003).

Datas importantes e reações de aniversário, que coloquem o idoso em estado de nostalgia, por saudade de um tempo melhor, normalmente associado à juventude quando se sentiu forte, belo e capaz; ou sentimento de culpa associado a mal feitos passados que não puderam ser ressignificados até o tempo presente.

Personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil (TURECKI, 1999). Também, e principalmente, uma forma de funcionar mentalmente marcada pela rigidez, falta de maleabilidade no jogo social, desejo constante de ter razão e submeter outros, sentimentos de vergonha, honra ferida ou mágoas passadas que não são ressignificadas (CORTE; LOPES, 2009).

Aspectos psicopatológicos

Diversos estudos indicam que não existe um perfil clínico único entre pacientes internados devido a uma tentativa de suicídio (RAPELI; BOTEGA, 2005). Mais ainda, nem sempre essas tentativas, ou o próprio suicídio (investigado através de "autópsia psicológica"), podem ser associados à doença mental. Fatores individuais, sociais e culturais exercem papel decisivo (MELLO, 2000).

Entretanto não se pode deixar de valorizar essa associação: transtornos mentais (entre eles, a depressão) e o suicídio uma vez que outras pesquisas afirmam que 90% dos casos do suicídio relacionam-se com transtornos mentais (PRIETO; TAVARES, 2005).

Embora haja algumas divergências, em geral o suicídio entre idosos está estritamente associado a doenças mentais. Harwood et al (apud MINAYO; CAVALCANTE, 2010) encontraram uma amostra bastante significativa de idosos (77%) que cometeram o ato, dos quais 66% sofriam de depressão, e 44% apresentava algum outro problema, entre eles a forma rígida de ver a vida e a presença de ideias obsessivas.

Pires et al (2009) em revisão bibliográfica sistematizou alguns fatores de risco para casos de suicídio, entre eles a presença de transtornos mentais de diversas colorações. Os transtornos do humor como a depressão predomi-

nam. Na maioria dos casos a presença da depressão, em diversos graus, antecede os eventos suicidas. Teng, Humes e Demetrio (2005) esclarece que os pensamentos suicidas são algo comum quando alguém sofre de depressão, quando o sujeito se vê sem saída e a vida não tem sentido.

Os transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas também são importantes, na medida em que retiram do indivíduo a capacidade de refrear os impulsos, como acontece ser o caso do alcoolismo, e facilitam que o indivíduo atue seus impulsos.

Os transtornos de personalidade, esquizofrenia e transtornos de ansiedade também aparecem, e não são menos importantes, no entanto não predominam. Os autores enfatizam ainda que a ocorrência de comorbidades potencializa os riscos, por exemplo, quando alcoolismo e depressão aparecem associados.

Aspectos biológicos

Outra associação que os pesquisadores fazem é entre suicídio e enfermidades físicas. A incidência de doenças graves é um fator de risco para idosos. Alguns estudos examinaram a relação entre ideação e tentativas suicidas e o enfretamento de doenças terminais. Brown et al encontraram uma em cada quatro pessoas que expressaram o desejo de acabar com a vida, dentre 44 doentes terminais idosos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Vemos assim como diversos fatores se entrelaçam concorrendo para o evento suicida.

Entretanto, há um consenso entre os autores, que mesmo que haja doença, o maior fator de risco é a depressão, apesar do forte sofrimento físico causado por doenças graves, como o câncer. Conwell et al e Ahearn et al (apud MINAYO; CAVALCANTE, 2010), constataram em suas pesquisas que a associação de risco para o suicídio e enfermidades graves existe, sobretudo, para idosos do sexo masculino. Parece que as mulheres conseguem enfrentar as crises que acompanham as doenças graves sem recorrerem ao suicídio. Talvez seu papel social de cuidadoras de outros doentes exerça ação protetora com respeito ao cuidado de sua própria saúde e relação com seu corpo adoecido.

Além disso, outro fator de risco relativamente citado na literatura, são

causas neurobiológicas associadas ao ato suicida. Autores que defendem essa ideia consideram que baixos níveis de serotonina podem estar associados a comportamentos agressivos e impulsivos de pacientes deprimidos que apresentam evidência de tristeza, desesperança e ideação suicida. Contudo, estes estudos não são conclusivos e necessitam aprofundamentos de hipóteses nessa área, principalmente pela importância de conhecer a neuroquímica do suicídio.

O próprio envelhecer aparece como um fator de risco importante. Beeston (*apud* MINAYO; CAVALCANTE, 2010), autor de renome internacional na área, afirma que, o aumento das taxas de suicídio entre idosos indica que o avançar da idade se relaciona com processos psicobiológicos que podem induzir a estados especiais, em que a pessoa toma a decisão de por fim a sua vida.

Entre os fatores aqui expressos, este merece muita atenção. A velhice ocasiona perdas significativas para o idoso, sejam elas biológicas ou sociais, o fato é que o idoso, provavelmente por esta condição, fica mais desamparado, e consequentemente, tem maior probabilidade de recorrer à autodestruição como uma forma de fuga de sua realidade.

Condições Clínicas Incapacitantes tais como as doenças orgânicas muito debilitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas e AIDS são outras condições fortemente associadas com o suicídio entre os idosos (PIRES et al, 2009).

Aspetos sociais

O aumento de suicídio entre idoso não é uniforme entre os gêneros. Homens e mulheres apresentam taxas bastante diferentes. A taxa global se deve, sobretudo, ao aumento de suicídios entre indivíduos do sexo masculino. As causas são sempre múltiplas, mas a importância dos fatores sociais se destaca. Estes fatores geram alto risco de suicídio entre pessoas idosas. Juntamente com outras circunstâncias de vida, ser do sexo masculino, ter tido tentativas prévias de suicídio, possuir história familiar de suicídio e presença de problemas psiquiátricos geram um cenário propício para a emergência do suicídio (ERNST et al, 2004).

Para Minayo e Cavalcante (2010, p. 754), um fator decisivo é o social, que está associado a inúmeras causas inter-relacionadas, como lembram as autoras:

> [A] morte de uma pessoa querida, mormente de um cônjuge; doença terminal com dores incontroláveis; medo do prolongamento da vida sem dignidade, trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares; isolamento social; mudanças nos papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento; ou situações de dependência física ou mental diante das quais o idoso se sente humilhado.

Minayo e Cavalcante (2010) esclarecem que há estudos neste mesmo enfoque que apontam problemas financeiros, dificuldade de relacionamento, brigas na família, isolamento social e solidão, como fatores mais frequentemente desencadeantes para o suicídio entre idosos. Beautrais (apud MINAYO; CAVALCANTE, 2010) ressalta a importância do contato humano e do suporte social para que estas pessoas não deem fim a própria vida, mesmo os que não apresentam transtorno mental.

Em síntese, entre os fatores sociodemográficos destacamos: 1) gênero masculino; 2) faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; 3) extratos econômicos extremos (muito pobre ou muito rico); 4) residentes em áreas urbanas; 5) desempregados (principalmente quando há perda recente do emprego) ou história prolongada de desemprego ao longo da vida; 6) aposentados que desejam trabalhar, mas se veem impedidos por invalidez, por exemplo; 7) isolamento social; 8) ser solteiro ou separado; 9) ser migrante que perde as referências de suas origens, sem conseguir estabelecer outras em seu novo contexto social.

Em termos de etnias, de forma geral, os artigos pesquisados referem que a raça branca é a mais preditora do fator de risco para tentativa de suicídio em idosos em comparação com outras raças. No que diz respeito ao estado civil, não ser casado, ser viúvo, divorciado, ou nunca ter estabelecido um relacionamento marital, configura fator de vulnerabilidade para o comportamento suicida.

Do ponto de vista dos comportamentos e organização doméstica, a dis-

ponibilidade de benzodiazepínicos, antidepressivos, barbitúricos e antipsicóticos é ressaltada como fator de risco para a tentativa de suicídio na população estudada (PIRES et al, 2009).

Durkheim (2000) fala que, sem dúvida, o suicídio é sempre o feito de um homem que prefere a morte à vida. Cada suicídio confere ao seu ato uma marca pessoal que expressa seu temperamento, as condições especiais em que ele se encontra, e que, por conseguinte, não pode ser explicada pelas causas sociais mais gerais do fenômeno.

Segundo esse mesmo autor cada povo tem seu tipo de morte preferido, e a ordem de suas preferências dificilmente muda. É até mais constante do que o número total de suicídios. Os acontecimentos que, às vezes, modificam passageiramente esse número nem sempre modificam a ordem. Relata ainda que o suicídio é reprovado por transgredir o culto à pessoa humana, no qual repousa toda a nossa moral. Ele nos escandaliza pelo simples fato de violar o caráter "santo" que há em nós, e que devemos respeitar tanto em nós como nos outros. O sociólogo levantou a hipótese de que o suicídio não é concretizado por motivações de atos autodestrutivos; o contexto social é que determina a motivação e dá força ao ato suicida. No entanto é preciso ver o social não de uma maneira unidimensional, mas como conjunto de contingências sociais e históricas que se coneta numa rede multidimensional, tecendo fios com outras dimensões com as quais interatua (TEIXEIRA, 2002; NUNES, 1998).

Prevenção do suicídio entre idosos

Não basta conhecer o fenômeno, sua natureza, forma de operar, métodos e características; é preciso ir além e identificar informações sobre as medidas preventivas, que demonstram o que poderia ser feito para evitar o suicídio entre idosos, em especial considerando que as taxas crescentes de ocorrência apontam um cenário preocupante para o futuro.

De acordo com Pires et al (2009) mesmo diante do crescente envelhecimento da população, o suicídio em idosos não tem recebido a mesma atenção que outros grupos etários. Para melhor compreensão e prevenção do problema, os estudos nessa população deveriam ter um papel prioritário, o

que proporcionaria melhores oportunidades e eficiência para intervenção e prevenção desse comportamento.

A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos - de comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde - acarreta grande descompasso entre as necessidades daquele que apresenta a ideação suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio. Fatores esses que, se fossem detectados a tempo e tratados, ampliariam as possibilidades de se evitar o ato suicida.

Aparecem como sinais relevantes que merecem atenção: 1) alterações de comportamento; 2) isolamento social; 3) ideias de autopunição; 4) verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida. Diversos comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda.

O comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como única resposta diante de uma situação excessiva. Detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio. Ainda quanto à prevenção do suicídio, outro aspecto a ser discutido diz respeito à organização dos serviços de saúde e sua equipe. Os profissionais, que atendem pessoas com tentativa de suicídio, rotineiramente não costumam acompanhar estes pacientes pós-evento, negligenciando a importância vital do encaminhamento para serviços de atenção em saúde mental para tratamento e orientação dos familiares.

As estatísticas apontam que cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão se matar no ano seguinte e 10% efetivamente conseguem se matar nos próximos 10 anos.

Certamente existe grande falta de capacitação técnica e profissional das equipes, pois a detecção de sinais e sintomas de depressão pode ser feita através de uma investigação mais cuidadosa do histórico daquela pessoa, inclusive com a adoção de instrumentos de rastreamento para depressão e risco suicida; instrumentos facilmente aplicáveis nas rotinas de avaliações em saúde, inclusive por enfermeiros ou outros profissionais da saúde (SAMPAIO; BOEMER, 2000).

Diante deste panorama, em que o suicídio ainda é tratado como tabu, surge à necessidade de desmistificar o tema, levando em consideração o trauma

que o suicídio acarreta a todos (MACEDO; WERLANG, 2007). Como se trata de um assunto polêmico, gerador de muita angústia e disparador de fantasias, é preciso sensibilizar a sociedade para a importância de um olhar menos amedrontado e mais acolhedor, onde o sofrimento do outro possa ser de fato escutado, possibilitando intervenções efetivas.

A desinformação dos profissionais de saúde com relação à questão do suicídio, particularmente, do papel das tentativas de suicídio como um fenômeno que comunica um pedido de ajuda para um estado de desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão e muitas vezes tardia.

Ainda hoje, tentativas de suicídio tendem a ser vistas como atitudes "*histéricas*" com ameaças que nunca vão se concretizar. Essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente, quando o risco de vida é mínimo ou nulo, pois rotula o indivíduo como se ele fosse apenas a sua patologia.

A desinformação gera encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento. Essas atitudes acentuam a desesperança das vítimas e representam oportunidades perdidas para instituir o adequado tratamento do transtorno mental que pode levar a novas tentativas com métodos mais letais com risco de suicídio.

A literatura brasileira e mesmo a internacional sobre como as pessoas próximas a quem se suicida reagem ainda é pequena quando comparada com os outros temas aqui levantados. Mas, nem por isso, é menos importante. Ao contrário, as reações individuais ao suicídio (o luto patológico, o medo e a culpa, por exemplo) precisam ser vistas e tratadas (OLIVEIRA; LOPES, 2008). A família, como grupo social que pode ser suporte para seus integrantes se for ouvida e acolhida em serviços de atenção a sobreviventes, a necessidade de redes de apoio social são campos de estudo e pesquisa valiosos para se trabalhar a prevenção de novas mortes.

Dessa forma, conhecer trabalhos que abordem reações patológicas à perda (em especial, no caso do suicídio), família e sua dinâmica em situações de morte e suicídio e a questão das redes sociais de apoio, podem ser extremamente relevantes para profissionais e equipes envolvidos nos serviços

de atenção à saúde, onde certamente encontram muitas situações em que poderão valer-se das obras citadas a seguir para enriquecer sua prática.

Destacamos aqui alguns aspectos fundamentais ligados à prevenção do suicídio entre os idosos que podem ser tomados como recomendações gerais, depreendidas de Goldenberg (2008) e OMS (2006): 1) identificação dos sinais e sintomas de depressão (diagnosticar e tratar); 2) apoio à família; 3) incentivo a uma vida ativa e com inserção social; 4) valorização do idoso, sua historia e experiência de vida; 5) divulgação ampla entre profissionais e sociedade como um todo sobre as principais características e riscos ligados ao processo de envelhecimento.

O suicídio entre idosos em Manaus

A escassez de informações nas fontes pesquisadas não nos permite tecer considerações, com base em informações sistematizadas, sobre como esse tema tem sido tratado na rede de serviços públicos em Manaus. A julgar por resultados da região norte em pesquisa nacional intitulada "É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde" (MINAYO et al, 2012), pode-se afirmar que não existem serviços especializados na área. Os profissionais da rede pública de saúde desconhecem as ocorrências de suicídio entre idosos, embora o número de casos não seja desprezível. Quando reconhecem um ou outro episódio, preferem não comentar acobertando o fato e envolvendo-o em mistérios, especialmente quando diz respeito a pessoas envolvidas de classes sociais superiores. Além do tabu ligado a morte autoinfligida existe a necessidade de defesa e manutenção do status social.

A busca de referências bibliográficas no tema referente à cidade de Manaus resulta em ausência absoluta de produções, o que indica a necessidade premente de estudos sobre esse fenômeno que parece raro, mas que na verdade está oculto aos olhos de muitos. O silenciamento, como sabemos a partir do estudo de outras temáticas de grande sensibilidade social, se apresenta como campo fértil para que a ignorância, o preconceito e as práticas de cuidado ineficazes se proliferem e prevaleçam.

Considerações finais

Este levantamento bibliográfico aponta, por um lado, para a importância das poucas pesquisas que se tem nessa área e, por outro, para a necessidade de se dar continuidade e ampliar estudos e pesquisas que colaborem para o enfrentamento do suicídio entre idosos em nosso país.

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (2005, 2006) são que em 2020, aproximadamente, 1,5 milhão e meio de pessoas tirarão suas próprias vidas por ano no mundo. É hora de repensar este fenômeno tão complexo que atinge milhares de pessoas. A literatura sobre o suicídio no Brasil é insignificante, apesar da diversidade dos contextos e diferenças culturais entre as regiões brasileiras.

É importante encontrar mecanismos que minimizem as taxas de suicídio entre os idosos, pois esta é a parcela da população que mais cresce no Brasil. Além disso, devido à dificuldade de se detectar os motivos que impulsionam o suicídio – e aqui não se teve a pretensão de encontrar todos – foram analisadas as variáveis que interferem no processo e a contextualização do suicídio para a realidade brasileira, e problematizada a realidade amazônica.

Adicionalmente, destacamos a importância de diagnosticar a ideação suicida entre idosos e prevenir estes casos por meio de programas de saúde pública. Nesse sentido entendemos que o presente estudo poderá gerar discussões que redundem na reformulação de políticas públicas em saúde.

A falta quase absoluta de material sobre o tema em nossa região aponta para a urgente necessidade do desenvolvimento de investigações científicas sérias e comprometidas com as realidades locais, em que o tema aparece sem dúvida como de relevância para a saúde das populações.

Uma vez que se considere o processo rápido de urbanização da região, as condições precárias de vida de grande parte da população, a falta de serviços de atenção à saúde mental e o equilíbrio instável da situação de emprego e acesso ao trabalho e renda; a questão do suicídio entre idosos passa a assumir ainda maior relevo.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASTOS, R. L. *Ciências humanas e complexidades*: projetos, métodos e técnicas de pesquisa. Juiz de Fora: EDUFJF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Temático prevenção da violência e cultura da paz III*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. (Painel de Indicadores do SUS).

CORTE, Beltrina et al. Suicídio na envelhescência. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.* [online], v. 12, n. 4, p. 636-649, 2009. ISSN 1415-4714.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio*: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ERNST, Carl et al. Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [online], Rio Grande do Sul, v. 26, n. 3, p. 268-273, 2004. ISSN 0101-8108.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; JORGE, Maria Helena Prado de Mello, KOIZUMI, Maria Sumie. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras.,* v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

GOLDENBERG, José. *Promoção de saúde na terceira idade*: dicas para viver melhor. São Paulo: Atheneu, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: jan. 2016.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 *Rev. Bras. Psiquiatr*., v. 31, 2009. Supl II, p. 86-93.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. *Psic.:* teor. e pesq. [online], v. 23, n. 2, p. 185-194, 2007. ISSN 0102-3772.

MELLO, Marcelo Feijó de. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 16, n. 1, p. 163-170, 2000. ISSN 0102-311X.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003. ISSN 0102- 311X.

_____; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública* [online]., v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010. ISSN 0034-8910.

_____ et al. *Relatório final de pesquisa*: é possível prevenir a antecipação do fim?: suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde (Amazonas). Manaus: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES); Universidade Federal do Amazonas, 2012.

NUNES, Everardo Duarte. O suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cad. Saúde Pública* [online]., v. 14, n. 1, p. 7-34, 1998. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, João Batista Alves de; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. *Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias; Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso, 2006.

PRIETO D, TAVARES M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jor. Bras. Psiquiatr*., v. 54, p. 146-54, 2005.

PIRES, M. C. et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos. *Revista de Neurobiologia*, v. 72, n. 4, p.21-28, 2009.

RAPELI, C. B.; BOTEGA, N. J. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, p. 285-289, 2005.

RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo

de Durkheim e Marx. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online], v. 12, n. 4, p. 698-713, 2009. 2009ISSN 1415-4714.

SAMPAIO, Mauren Alexandra; BOEMER, Magali Roseira. Suicídio: um ensaio em busca de um des-velamento do tema. *Rev. esc. enferm. USP* [online], v. 34, n. 4, p. 325-331, 2000. ISSN 0080-6234.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Três fórmulas para compreender "O suicídio" de Durkheim. *Interface (Botucatu)* [online]., v. 6, n. 11, p. 143-152, 2002. ISSN 1414-3283.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TURECKI, Gustavo. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]., v. 21, 1999. Suppl.2, p. 18-22. ISSN 1516-4446.

Suicídio: um estudo epidemiológico no estado do Amazonas (2007-2015)

Clovis Castro Coelho[1]
Denise Machado Duran Gutierrez[2]

Introdução

Ao longo das últimas décadas houve aumento do número de estudos, pesquisas e discussões relacionadas ao suicídio. Ao abordar a temática da morte, estão envolvidos vários graus de complexidade; e, quando se trata da autoaniquilação premeditada, juntam-se ainda outros fatores, fazendo o tema ainda mais desafiador e intrigante. Devido ao grau de complexidade e importância epidemiológica, hoje, o suicídio é reconhecido por todos como problema de saúde pública.

Na literatura podem-se encontrar autores que se referem ao suicídio, sobretudo, como um problema social. O ato do suicídio pode gerar impactos significativos em nossa sociedade, pois suas consequências se expandem em seus efeitos da família para toda a sociedade. Em vista disso, nas últimas décadas, tem sido foco de estudo de diversas áreas de conhecimento, conforme afirma Meneghel et al (2004, p. 805): "[...] o suicídio é um fenômeno complexo estudado por várias disciplinas que o percebem, às vezes, antagônica outras complementar".

1 Psicólogo Residente do Programa de Residência Multiprofissional - Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM
2 Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM

Em relação ao conceito de suicídio, pode-se dizer que é um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, sendo executado de forma consciente e intencional, mesmo apresentando características ambivalentes, usando um meio que ele acredita ser letal. Já Fraga (2014, p. 12) conceitua o suicídio como "[...] um ato de violência auto infligida em que o indivíduo abrevia sua própria vida, ou seja, corresponde a lesões autoprovocadas intencionalmente, que levam a morte".

Dentre as definições e conceitos relacionados à temática do suicídio, cabe ressaltar que o termo suicídio pode ser usado no caso de morte, ou de circunstâncias cuja sequencia causal levam à morte e na qual seja evidenciada a intencionalidade do sujeito.

Devido à complexidade relacionada à temática, é possível encontrar na literatura a existência de fatores socioeconômicos, socioculturais, religiosos, psicológicos associados ao suicídio. Conforme destaca Brasil (2006, p. 11), os "[...] fatores como transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes, exercem um papel significativo com relação à vulnerabilidade e foco de pesquisa e projetos nos aspectos de promoção e prevenção".

Sabe-se que as taxas de suicídio ao redor do mundo, podem variar conforme os aspectos culturais, regionais e sociodemográficos, de uma determinada localidade. Nessa concepção, Botega (2006, p. 2016) afirma que,

> Apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos casos o transtorno mental é um fator vulnerabilizador que necessita estar presente para que, culmine no suicídio do indivíduo, quando somado a outros fatores.

Sobre os aspectos e fatores associados ao suicídio é interessante também destacar a visão de Baptista e Borges (2005, p. 942), que apontam os fatores:

> [...] depressão, alcoolismo, substâncias químicas e psicoativas, idade, gênero, estresse, desemprego, perda de suporte social e condições médicas gerais. Além desses, outros fatores apontados para a vulnerabilidade psicológica, que torna

> o indivíduo propenso ao suicídio, são a impulsividade ou agressividade, a desesperança, o desengajamento social e a atividade neuro-humoral.

Desse modo podemos ver como o suicídio se apresenta como um fenômeno com características complexas e multifatoriais. Também Machado e Santos (2015), apontam que o suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, resultando em 1 milhão de óbitos anuais.

Com relação às estimativas de mortes por suicídio, a literatura é extensa em afirmar que, na maioria dos países o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens. Nessa perspectiva Botega (2014, p. 231) afirma que, "De modo geral, os coeficientes mais altos encontram-se em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul".

Em um estudo realizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014, p. 15), relacionado à temática se verificou que:

> 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. Os números brasileiros devem, entretanto, ser analisados com cautela. Em primeiro lugar porque pode haver uma subnotificação do número de suicídios, em segundo lugar porque há uma grande variabilidade regional nas taxas.

É importante enfatizar a possível existência da subnotificação quanto a mortalidade por suicídio decorrente do estigma social que favorece a omissão de casos. Assim, é, sem dúvida, relevante verificar os dados sobre esse fenômeno considerado complexo, tendo em vista a dificuldade de detectar, sem que haja uma investigação sistemática, quais fatores condicionam a ocorrência de suicídio em nossa realidade na região amazônica.

Para tal é importante, ainda, a realização de estudos epidemiológicos sobre o suicídio, que possibilite uma visualização mais apurada e bem fundamentada, orientando sobre possíveis formas e alternativas de enfrentamento

do problema. Segundo a literatura, no Brasil, algumas pesquisas epidemiológicas que se referem sobre o suicídio, utilizam como fonte alguns registros oficiais: atestados de óbitos, prontuários médicos e registros de causa da morte dos cartórios de registro civil. Ao se referir ao Brasil, Schnitman *et al* (2010, p. 47) afirmam que "[...] os estudos epidemiológicos no país ainda podem ser considerados limitados".

No que se refere a nossa região, o presente estudo se apresenta como uma ferramenta que poderá facilitar uma visão do fenômeno do suicídio, assim como visa analisar a ocorrência do suicídio enquanto problema de saúde pública e investigar a relação de alguns dos fatores socioeconômicos com as taxas de mortalidade, visando, desta forma, subsidiar programas de prevenção. Na visão de Lovisi et al (2009), a análise epidemiológica do suicídio entre brasileiros de diferentes regiões é importante para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. O presente estudo analisa a taxa de mortalidade por suicídio, entre os anos de 2007 a 2015, na região amazônica, e com base nas variáveis propostas possibilita uma visão geral desta causa de mortalidade.

Para tal apresentaremos de modo gráfico as ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas nos últimos nove anos em termos de suas características epidemiológicas. O presente estudo nos permite adicionalmente gerar discussões que contribuam de forma significativa para reformulação de políticas públicas em saúde relacionadas ao suicídio.

Abordagem metodológica

Os dados da pesquisa são dados secundários e constam de informações obtidas do banco de dados da Fundação Vigilância em Saúde (FVS-AM), através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O estudo é de caráter retrospectivo e descritivo, utilizando os dados sobre taxas de mortalidade por suicídio encontradas no Estado do Amazonas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2015. As variáveis pesquisadas foram: idade, sexo, escolaridade, raça/cor, local de ocorrência, método empregado, zona da cidade, urbanidade X ruralidade.

Paralelamente ao levantamento de dados empíricos foi realizada revisão bibliográfica acerca da temática, com o objetivo de levantar informações já consolidadas e confeccionar fichamentos que permitissem uma melhor discussão e compreensão dos dados. Além disso, foi feito também um levantamento de dados junto à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sobre o quantitativo geral da população do Estado do Amazonas, por município e por zona da cidade de Manaus, tendo como fonte principal o último Censo realizado.

Metodologicamente os procedimentos da pesquisa foram sequenciados da seguinte maneira: 1. realização de um levantamento compreensivo de informações sobre o suicídio a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS); 2. organização e sistematização das informações; 3. construção de tabelas e gráficos que permitam maior visibilidade sobre as características dessas ocorrências; 4. verificação de possíveis relações de associação entre variáveis epidemiológicas que permitam inferências.

Os resultados foram tabulados em planilha utilizando o programa Microsoft Excel 2010, onde foram organizados e gerados os gráficos com os resultados encontrados de acordo com as variáveis pesquisadas, de forma a se ter um panorama no período proposto.

Avaliou-se a incidência de suicídio por raça/cor por meio do cálculo da mortalidade dentre os autodeclarados como brancos, pretos, amarelos, pardos e indígenas.

A análise por nível de escolaridade foi feita com base no cálculo do percentual de pessoas que morreram por suicídio que tinham nenhuma escolaridade ou de 1 a 7 anos de estudo, com 8 a 11 anos de estudo e com 12 ou mais anos de estudo.

Avaliação das demais variáveis, como idade, local de ocorrência, método empregado, zona da cidade, urbanidade X ruralidade, foi realizada com base nas informações fornecidas pelo SIM, DATASUS e IBGE.

Todas as variáveis referidas foram selecionadas de acordo com alguma associação indicada pela literatura e/ou conforme a disponibilidade das informações no Brasil pelos dados fornecidos pelos diversos sistemas.

Resultados e discussão

Apresentamos na sequência alguns achados descritos e comentados, através dos quais buscamos destacar tendências e apontar possíveis inferências quanto ao seu significado no contexto regional.

Quanto ao total de suicídios foram encontrados 1651 casos no Amazonas no período investigado, conforme Tabela 1. Com base nos dados é possível perceber a ascendência anual das ocorrências de suicídio bastante semelhante aos dados apresentados pela literatura nos últimos anos. Para Braga e Dell'aglio (2013, p. 4),

> A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país.

Tabela 1 - Número de suicídios no Estado do Amazonas

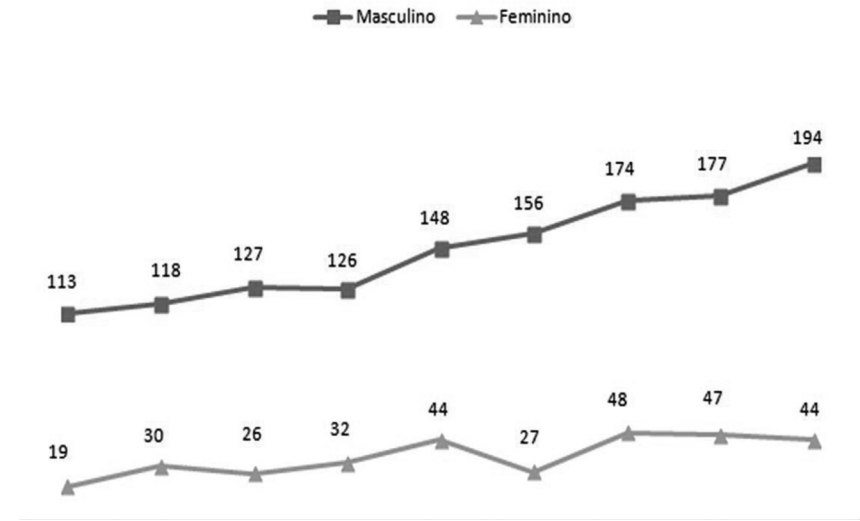
ANO	N° DE SUICÍDIO
2007	132
2008	148
2009	153
2010	158
2011	192
2012	183
2013	222
2014	224
2015	239
TOTAL	**1.651**

Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (2016).

Suicídio por Gênero

Desses casos 1333 (80,73 %) foram cometidos por homens e 318 (19,27%) por mulheres (GRÁFICO 1). Os dados confirmam a tendência geral (nacional e internacional) de haver uma maior propensão em relação ao gênero masculino, confirmando assim uma vulnerabilidade social para os homens, como podemos visualizar abaixo.

Gráfico 1 - Número de suicídios por gênero



Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (2016).

Tendo em vista a presença de diversas condições de fragilidade socioeconômica desses sujeitos pode-se pensar, como destacam Marín-León e Barros (2003, p. 362), na conjunção de outros fatores, pois,

> Em situações de crise econômica e desemprego, os fracassos no desempenho do homem como provedor poderiam levar a atritos familiares, exacerbação do consumo de álcool e drogas, e até dissolução familiar, que poderiam se associar a suicídio.

Suicídio por faixa etária

Ao analisar a distribuição das mortes por suicídio por faixa etária verificou-se que existe uma maior incidência entre a idade de 21 a 30 anos, representando 36,64% dos casos; seguida da faixa etária de 11 a 20 anos, com 27,25 % (TABELA 2). Também foram observados 06 suicídios em indivíduos com a idade de 10 anos ou menos, o que nos chama atenção.

Tabela 2 - Número de suicídios por faixa etária

Faixa etária	Número de Suicídios	%
0 – 10	6	0,36
11 – 20	450	27,25
21 – 30	605	36,64
31 – 40	292	17,68
41 – 50	150	9,08
51 – 60	72	4,36
>60	75	4,54
Não especificado	1	0,06
Total	1651	100%

Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (2016).

É importante salientar que por meio do presente estudo foi detectada a prevalência no número de suicídios entre a faixa etária de 21 a 30 anos, considerados jovens adultos. Estudos apontam que problemas de ordem familiar ou namoro, entre os jovens, e problemas de ordem financeira e conjugais entre os adultos caracterizam as tentativas de suicídio.

O presente estudo permite observar a ascendência na faixa etária correspondente de 11 a 20, também apresentada na literatura, tanto nacional quanto internacional, pois, sabe-se que nesta fase está inserida a adolescência, que culturalmente é vista como etapa do desenvolvimento do ser humano marcada por inúmeras transformações de caráter físico, emocional e social, sendo associada a um período de sofrimento em seu processo de formação pessoal.

Para Schnitman et al (2010, p. 47),

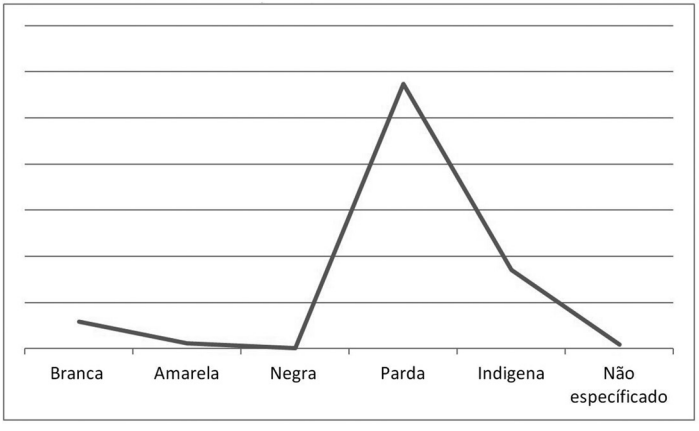
> As pesquisas que enfocam a presença de fatores estressores na história de vida de pessoas que tentam ou cometem suicídio, principalmente adolescentes e jovens, são convergentes em apontar uma elevada incidência de experiências adversas durante o desenvolvimento emocional.

Ainda sobre o contexto brasileiro, Lovisi et al (2009) destacam que os homens e os idosos ainda são maioria dos casos de suicídio, porém o número de casos de suicídio de jovens adultos entre 15 a 25 anos cresceu muito mais (1.900%) nestas duas últimas décadas.

Suicídio e raça/cor

Em relação à raça, o estudo mostra que houve maior incidência de suicídios em indivíduos de cor parda, que se apresenta prevalente no sexo masculino, seguida de indígenas (GRÁFICO 2). Entende-se que a questão racial precisa ser mais bem aprofundada, tendo-se em vista a forma corrente dos indivíduos em diversas regiões do Brasil se auto denominarem "pardos" em decorrência da forte miscigenação que historicamente tem se verificado.

Gráfico 2 - Número de suicídios por raça



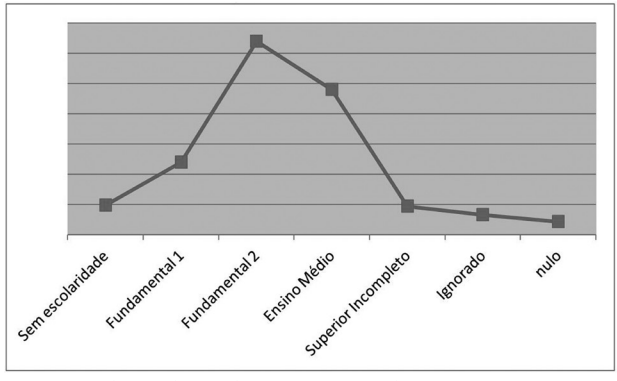
Já a questão indígena merece um olhar mais apurado para processos socioculturais específicos da região que dariam significado a essas ocorrências.

Outro importante fator a ser destacado nesse estudo é a concentração da população indígena no estado e o considerável crescimento no número de suicídios, que já é foco de estudos das áreas de ciências sociais e de saúde coletiva, evidenciado já no contexto internacional. Em seu estudo realizado sobre o suicídio no Brasil, Machado & Santos (2015) afirmam que tal crescimento pode apresentar alguns fatores como determinantes, tais como o modo de vista cada vez mais tecnológico e capitalista, a urbanização, a não inserção ocupacional, ocasionando a ausência de perspectivas, o que pode contribuir para o crescimento significativo suicídios praticados pela população indígena.

Suicídio e escolaridade

Através dos dados coletados percebe-se a que o ato do suicídio é cometido por pessoas que possuem baixo nível de escolaridade. Conforme o Gráfico 3 podemos ver que 38,73% dos sujeitos apresentam bastante baixo nível educacional, seguidos de pessoas com ensino médio completo que representam 29,01% da população estudada.

Gráfico 3 - Número de suicídios por Escolaridade



Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (2016).

Suicídio e estado civil

Nesse aspecto, foi observado maior número de suicídios entre os solteiros (77,83%), seguido pelos casados (11,38%), conforme a tabela abaixo.

Tabela 3 - Número de suicídios por estado civil

Estado Civil	Número de Suicídios	%
Solteiro	1285	77,83
Casado	188	11,38
Viúvo	16	0,96
Separado/Divorciado	12	0,72
União Estável	93	5,63
Ignorado	57	3,45
Total	1651	100%

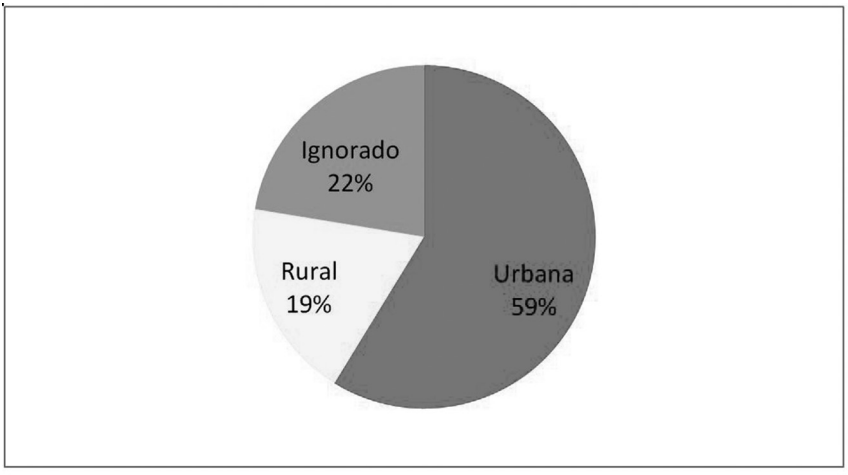
Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (2016).

Aqui caberia uma consideração do estado afetivo-emocional das pessoas solteiras e de sua rede de relacionamento social. É possível pensar que esses sujeitos estejam mais vulneráveis à sentimentos de solidão, isolamento e frustração, uma vez que há uma expectativa social quanto ao cumprimento de diversas tarefas relacionadas ao desenvolvimento, quais sejam, estabelecimento de relações íntimas e estáveis com um parceiro e a geração de uma prole decorrente dessa relação. A condição de solteirice pode significar uma dificuldade de estabelecer laços estáveis e profundos, bem como de confiar no outro.

Suicídio, urbanidade e ruralidade

Em relação à zona de ocorrência da morte, a maioria dos suicídios registrados ocorreu em zona urbana (58%). Houve, entretanto, um grande número em que não foi registrado o local de ocorrência, o que pode representar um viés em nossos resultados (Ignorado - 22%), conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Número de Suicídios por Zona



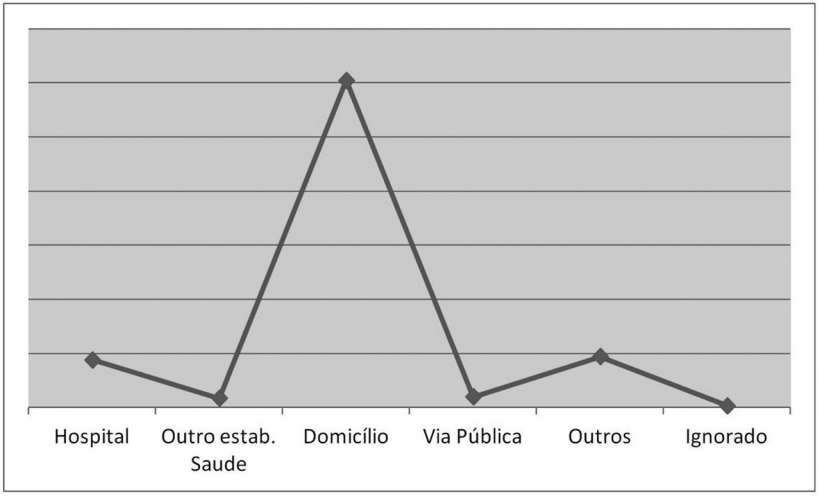
Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas (2016).

Os dados sugerem que os processos sociais e os estilos de vida que se apresentam em área urbana não são irrelevantes para entendermos a ocorrência dos suicídios. De alguma maneira podemos pensar que as lógicas presentes na forma de produção econômica e social geram um ambiente favorável a essas ocorrências.

Suicídio e local de ocorrência

Em relação ao local de ocorrência, o estudo mostra que 73,22% dos casos ocorrem nos domicílios, seguidos de 11,38% de outros locais, e 10,66%, em hospitais, o que nos chama atenção, tendo em vista que a literatura apresenta escassez quanto a estudos relacionados a suicídio em hospitais.

Gráfico 5 - Número de Suicídios por local de ocorrência



Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária do Amazonas

Método utilizado no suicídio

Os resultados mostraram que a maioria dos suicídios cometidos utilizou o método de enforcamento, estrangulamento ou sufocação autoprovocado (86,5%), sendo a maioria destes (81%) provocada pelo gênero masculino. Em segundo lugar figuram os suicídios que utilizaram arma de fogo (5,4%), onde também a população predominante foram os homens. Assim, nota-se que os homens tendem a utilizar métodos mais agressivos. Em nenhuma categoria de método utilizado as mulheres superaram os homens. O maior percentual relativo feminino encontrado foi com a utilização de autointoxicação e exposição intencional a substâncias nocivas (4,7%), onde as mulheres representam 33 % dos resultados. Estes dados também corroboram a literatura nacional e mundial, que afirma que as mulheres tendem a utilizar métodos menos agressivos, como envenenamento, por exemplo.

Considerações finais

O tema "*suicídio*" merece atenção na literatura acadêmica e no campo das discussões relacionadas à saúde pública. Outros estudos encontram-se em desenvolvimento em todo mundo, mas em determinadas regiões ainda são bastante escassos e insuficientes. Desenvolver estudos nessa temática em nossa região é de grande relevância para posterior avaliação quanto à possibilidade em oferecer novas reflexões no meio acadêmico e cientifico; sensibilizar a sociedade quanto a esse flagelo social; e se repensar políticas públicas para prevenção do suicídio, nosso maior intento.

O conhecimento aqui corporificado nas tendências epidemiológicas desse estudo, nos ajuda a dar visibilidade e gerar informações precisas quanto ao suicídio em nosso estado, e interessa tanto à sociedade em geral, quanto aos profissionais de saúde.

Embora envolto e muito tabu e preconceito o suicídio está muito presente em nossa sociedade e afeta diferentes grupos sociais, sendo considerado por diversos autores como a terceira causa de morte mais frequente. O presente estudo nos mostra que o gênero masculino apresenta uma taxa bastante elevada e crescente de morte por suicídio, reafirmando em nossa realidade dados já apresentados em bibliografias nacionais e internacionais, assim como a faixa etária de 15 a 35 anos, sendo observado a prevalência no período da adolescência, que atualmente tem sido discutido nos estudos.

Entendemos ainda os limites do presente estudo, que se dedicou apenas em colocar em relevo a tendência histórica das taxas de suicídio no período em causa (2007-2015). Para aprofundamento da questão do suicídio, e avaliação de suas diversas variáveis de influência, são necessários novos e mais potentes investigações interdisciplinares.

Referências

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia I,* v. 22, n. 4, p. 425-431, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006.

_____. Sociedade Brasileira de Psiquiatria. *Cartilha Suicídio*: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina (CFM), 2014.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia*, USP, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

FRAGA, V. S. Determinantes Socioeconômicos do Suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul no Século XXI. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Economia)–Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 jul. 2016.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 31, 2009. Supl. II, p. S86-94.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MARIN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 357-363, 2003.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

SCHNITMAN, G. et al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 44-59, jan./mar. 2010.

De diretor de empresa a desempregado: identidade social e suicídio de idosos

John Elton Costa dos Santos[1]
Denise Machado Duran Gutierrez[2]

Introdução

O suicídio é fenômeno complexo e multideterminado que convoca diversas teorias e áreas de estudo para sua investigação e busca de compreensão (MINAYO et al, 2006). Para a efetivação do suicídio concorrem aspectos sociais, psicológicos, biológicos, médicos e legais em composições e arranjos variáveis configurando conjuntos bastante diversificados de fatores em confluência.

Entre os idosos as ocorrências de suicídio frequentemente são precedidas por ideações persistentes e poucas tentativas frustradas (BEESTON, 2006). As tentativas, quase sempre certeiras, partem de um planejamento calculado, acompanhado por ideias recorrentes e fantasias imperiosas.

Um dos fatores que integram esse grande panorama em que o suicídio acontece, e que gostaríamos de aprofundar aqui, é a questão da Identidade Social e seus processos de formação e vulnerabilização (SANTOS, 2014). Para tal adotamos a perspectiva de Ciampa (1995, 2009; CIAMPA; LIMA, 2012), que vem sendo desenvolvida a partir dos pressupostos que servem de base para os referenciais que informam a Psicologia

1 Associação Amazonense de Saúde Mental
2 Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM

Social Crítica. Essa perspectiva crítica investiga a relação fundamental existente entre o indivíduo e os grupos sociais olhando para seu processo histórico de constituição na cultura (LANE, 1995).

A sociedade, em seu constante processo histórico de transformação, condiciona o sujeito social promovendo *mudanças emancipatórias ou regulatórias*. Quando emancipatórias as mudanças fazem emergir um sujeito diferenciado em que a capacidade de consciência crítica e individuação/diferenciação é potencializada. Quando regulatórias as mudanças conformam, reprimem, retiram liberdade e enfraquecem as capacidades de diferenciação e do exercício de consciência crítica dos sujeitos.

O sujeito, em sua relação dialética com a sociedade, é capaz de se metamorfosear e recriar, num processo incessante de transformação identitária. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o sujeito age como um *ator* social (ideia de personagem que reproduz um *script*) vai se construindo como *autor* de sua história e promovendo transformações sociais, numa verdadeira síntese entre reprodução e transformação, natureza e cultura.

Para Ciampa o homem é um *devir* permanente nunca completamente atualizado. Sua identidade é processual e não um dado essencial. Vai se constituindo num movimento em que se humaniza, tornando-se verdadeiramente humano.

Nessa visão teórica o autor constrói uma reflexão psicológica com fundamento no materialismo histórico, atualizado por Habermas (LIMA, 2012) e propõe o sintagma "*Identidade – metamorfose - emancipação*" para sintetizar o processo de formação e transformação identitária. Para ele a identidade traz em sua constituição e articula em si mesmas forças de permanência e de mudança, num processo dialético de posição, negação e superação, emblemático do sintagma identitário (PAIVA, 2007).

Ciampa e Lima (2012) propõem ainda dois conceitos, *mesmice e mesmidade*, estes são opostos entre si e nos permitem compreender como o processo de metamorfose funciona. A *mesmice* resulta da reposição de personagens, ou seja, da atuação do sujeito a partir de pautas socialmente fixadas. Se expressa como busca consciente de estabilidade identitária ou como compulsão inconsciente à repetição. Desse modo, a

> [...] personagem reposta é vista como dada permanentemente, como se aquele modo de agir, que é contingente e determinado por um contexto – fosse a manifestação de suposta essência do indivíduo, ou algo estrutural, ou inerente a ele. (LIMA; CIAMPA, 2012, p. 18-19).

Por seu caráter essencialista o fenômeno da *mesmice* poderá gerar no sujeito uma falsa sensação de atemporalidade e permanência. Quando a *mesmice* se estabelece de modo fixo e impede os movimentos emancipatórios do sujeito temos o que o autor refere como o "*fetichismo da personagem*". Em suas palavras, "[...] a impossibilidade de um indivíduo atingir a condição de 'ser-para-si', ocultando a verdadeira natureza da identidade como metamorfose e gerando o que será identidade mito." (LIMA; CIAMPA, 2012, p. 19), isto é, quando apenas se reproduz o *script* social sem questionamento e responsabilização por parte do sujeito. Ser-para-si significa a possibilidade de autodeterminação, a busca de uma unidade da subjetividade e objetividade através da prática transformadora de si e do mundo.

Segundo esses autores, o "*fetiche da personagem*" ocorre também como um aprisionamento no mundo da *mesmice* e da não superação das contradições próprias do viver humano.

A alterização, e abertura para o outro e o novo, se expressam por meio da *mesmidade*, que se refere à superação da personagem vivida pelo sujeito; é a expressão do outro que se deseja ser. Assim torna-se possível formular projetos de identidade, cujos conteúdos não estejam prévia e autoritariamente definidos. "Identidades que se definam pela aprendizagem de novos valores, novas normas, produzidas no próprio processo em que a identidade está sendo produzida, como mesmidade de aprender (pensar) e ser (agir)." (LIMA, 2005, p. 92).

Para Ciampa (2009, p. 19) "[...] as personagens são momentos da identidade, degraus que se sucedem, círculos que voltam sobre si em movimento, ao mesmo tempo, de progressão e de regressão". A identidade é vista assim como móvel, plástica e em processo contínuo de recriação, o que permite que o sujeito se adapte psiquicamente aos desafios da vida se reinventando em cada uma de suas fases.

Embora o sujeito possa passar por várias perdas ao longo de seu ciclo de

vida, não é razoável admitir que necessariamente os novos sentidos serão negativos, estereotipados e estigmatizantes.

A sociedade está incessantemente povoada por pressuposições sobre as identidades, que formam uma rede complexa de relações intersubjetivas que organiza a sociedade, envolvendo relações de classe social, trabalho, gênero, religião, etnia, faixa etária e outras.

Estereótipos e estigmas compartilhados intersubjetivamente e reforçados nas interações entre as pessoas são aprisionantes e dificultam a construção de sentidos emancipatórios em novos projetos de vida.

A *mesmice* significa ainda a *reposição* pelo sujeito do que a ideologia dominante na sociedade "*põe*", isto é, prescreve como adequado ao papel de uma *personagem* genérica. Embora possa parecer estática a mesmice só permanece devido a esse movimento incessante de reposição social. O conformismo gera uma postura de reatualização das personagens sociais como forma natural, imutável e cristalizada.

Diversos rituais sociais reatualizam essa identidade genérica da *personagem* impedindo um posicionamento mais autêntico e autoral do sujeito. Ao longo da vida muitas personagens são vividas pelo sujeito em desenvolvimento identitário. Esse processo de abandono e superação de uma identidade para outra, permite o crescimento, expresso por uma flexibilização e enriquecimento de personalidade. Esse seria o verdadeiro processo de metamorfose e busca emancipatória.

O processo de *metamorfose* pode se dar como simples reposição de personagens, de forma alienante e repetitiva sem promover de fato a autonomia do sujeito; ou como verdadeira superação libertando o sujeito de pautas cristalizadas e fixas para permitir sua emancipação, criatividade e realização pessoal, mas também autorreflexão, autenticidade e autodeterminação. O sujeito não se firma em autenticidade individualmente. É preciso que as novas identidades sejam legitimadas socialmente numa real autoria coletiva, uma coautoria.

Devido ao caráter dinâmico da identidade Lima e Ciampa (2012) propõem ainda o conceito de "*Alternação*" referindo-se às transformações percebidas nas identidades individuais que fogem ao *script* pressuposto. O fenômeno ocorreria quando a identidade de um determinado indivíduo

migra de um universo simbólico radicalmente para outro, "Nesse sentido, a transformação não é entendida como processual, mas, ainda como uma superação dos indivíduos, a metamorfose é entendida como migração de um universo simbólico entre identidades estáticas, cristalizadas." (LIMA; CIAMPA, 2012, p. 22).

Por sua complexidade e dinamismo entendemos que esse referencial, associado a outras contribuições da psicologia social crítica, é bastante rico e de alta potência analítica para analisar biografias de idosos que se suicidaram discutindo as questões identitárias.

Nesse estudo buscamos discutir um caso de suicídio de idoso do sexo masculino com ênfase em sua história de vida e formação/transformação identitária. Subsidiariamente buscamos 1. Refletir criticamente sobre as implicações dos processos indentitários sobre a saúde do homem em suas possibilidades de fortalecimento e/ou fragilização, 2. Identificar processos que fragilizam as construções identitárias dos sujeitos e impedem adaptação e superação de desafios existenciais.

Abordagem metodológica

Este é um estudo de caso, que conforme nos informa Minayo (2010) destina-se a investigar situações particulares valorizando a singularidade dos fenômenos, mas também podendo identificar aspectos gerais e relacionar com outras situações convergentes.

O caso aqui em discussão pertence ao conjunto de dados coletados em pesquisa nacional intitulada "É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde" (MINAYO; CAVALCANTE, 2012) realizada entre 2010 e 2012.

Tem como base as histórias contadas pelos familiares de um idoso que se suicidou, material obtido através de roteiro de entrevista semiestruturada denominado Autópsia Psicossocial (CALVANTE et al, 2012). Esse instrumento, de grande alcance em sua capacidade de captar elementos significativos na história dos sujeitos, articula a perspectiva sociológica com a subjetiva do sujeito a partir do olhar da família.

A entrevista com familiares, campo interacional de grande complexi-

dade, permite a compreensão da história familiar e do ambiente em que o suicídio aconteceu, colocando em relevo as rupturas relacionais antes e depois do suicídio. Compreendemos assim que idoso e família são coautores dessas narrativas geradas na história de vida e perpetuadas mesmo após a morte auto infligida (MINAYO et al, 2006). No estudo de caso procuramos compreender as questões micro sociais e os impactos persistentes nos diversos grupos sociais em que o idoso esteve inserido (KRÜGER; WERLANG, 2010).

A seleção do caso obedeceu aos critérios de: 1) tratar-se de família em que um dos membros, sujeito de 60 ou mais anos, tenha se matado; 2) tratar-se de suicídio ocorrido num período não menos de 2 anos e não mais de 6 anos de ocorrência, no sentido de preservar aspectos emocionais dos familiares, e, ao mesmo tempo, permitir o resgate mais objetivo das memórias dos fatos; 3) tratar-se de família que mora em local acessível, uma vez que se contou com um tempo bastante exíguo.

A família se mostrou bastante receptiva à proposta de entrevista e agradeceu pela oportunidade de expressar seus sentimentos há muito contidos pela vergonha e recriminação social. Na literatura encontram-se referências de como é importante para famílias que enfrentam episódio de suicídio, o auxílio para que possam superar a crise a partir de uma rede de apoio e proteção (KRÜGER; WERLANG, 2010).

Conforme instrumento utilizado, foram abordados os seguintes aspectos: autorretrato, modo de vida, estado mental, impressões do ato, atmosfera do suicídio, repercussões na família e comportamento da rede social e familiar.

As questões do instrumento de coleta, inspirado em Shneidman (2004), integra o relato de familiares testemunhas de um caso de suicídio e desenvolve diferentes explicações sobre as razões do ocorrido.

A entrevista aconteceu com a presença da esposa e do filho do idoso e teve duração de três horas, em ambiente doméstico, a cozinha da residência em meio ao preparo do café e outros lanches da tarde. A conversa de tom informal foi gravada com permissão dos familiares e transcrita literalmente tendo-se o cuidado de manterem-se as expressões mais próprias, descrever as emoções e evidenciar as pausas nos discursos dos sujeitos.

A organização dos dados anotados ocorreu imediatamente após o encon-

tro para que não se perdesse observações sobre as formas de interação dos participantes. Em seguida, os dados coletados foram organizados em categorias predefinidas conforme instrumento utilizado, configurando aspectos mais relevantes para análise. A discussão dos achados conjuga a literatura sobre o tema, o material empírico coletado e as inferências compreensivas e interpretativas dos autores.

Os dados resultaram de projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Resolução 196/96. As recomendações e os cuidados éticos foram respeitados e os familiares em questão foram encaminhados para serviço de acompanhamento psicológico de referência.

O caso foi localizado através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponibilizado pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS). A família foi abordada em casa e convidada para a entrevista. Após um curto período de desconfiança e questionamentos aceitaram participar e se mostraram muito colaborativos. A conversa se iniciou com a esposa, porém o filho, à medida que a conversa avançava, foi se desarmando e participando.

Ao final da entrevista relataram estarem mais aliviados por ter sido a primeira vez que foram ouvidos e que puderam falar mais abertamente sobre o episódio doloroso vivido.

Resultados e discussão

Caracterização dos membros da família e do ato suicida

Trata-se do caso de um idoso de 60 anos, cor branca, sexo masculino, em relação estável há 20 anos, sendo esse seu segundo casamento. Nascido no interior do estado do Amazonas (Manacapuru), de religião católica, grau de instrução superior incompleto, com ocupação no comércio (administrador de restaurante). Morador de bairro nobre na cidade, com casa modesta, porém confortável.

Esposa, 55 anos de idade, professora universitária e funcionária pública, formada e pós-graduada na área de Relações Públicas e Publicidade. Esta-

do de saúde bastante comprometido por vários cânceres que tem enfrentado nos últimos anos (ovário, fígado, estômago e tireoide). Pessoa animada, muito gentil, sorridente.

Filho mais novo, solteiro, 24 anos, obeso, graduado em gestão de segurança, desempregado, mora com mãe e irmã. É uma pessoa muito fechada, sem amigos, quase não sai, passa a maior parte do tempo em casa vendo televisão ou na internet.

A filha de 28 anos trabalha e voltou a estudar com recursos próprios. Segue com dificuldades de relacionamento da família, porém tem no namorado forte apoio.

Matou-se por disparo de arma de fogo na cabeça, na passagem de ano (entre meia noite e 1 hora do 01 de janeiro), ocorrido no quarto do casal em momento em que se encontrava só e alcoolizado.

Vida pregressa do idoso

Nascido no interior, veio jovem para Manaus juntamente com outros irmãos. Tinha grande amizade com um irmão mais chegado e um sobrinho dentista. Em sua biografia destacam-se algumas ocorrências. Casado durante cerca de 10 anos, tinha duas filhas quando se separou da primeira mulher. Na época as filhas pequenas contavam com 5 e 7 anos de idade e sofreu muito pela separação delas. A primeira esposa pediu o divórcio após envolver-se com um amigo seu – médico, de grande status social e credibilidade. Além da humilhação devido às circunstâncias que cercaram o divórcio houve muito litígio entre o casal de modo que as visitas às filhas eram dificultadas pela mãe das crianças. Segundo o relato da segunda esposa, o marido sofreu "*alienação parental*" a mãe o denegria, ele buscava contato, mas era impedido de ver as filhas. As meninas criaram verdadeira rejeição a ele, que acabou por abrir mão da prerrogativa de visitá-las. Foi escasseando as visitas até finalmente interromper de vez. As filhas cresceram, casaram e tiveram filhos sem que ele sequer soubesse ou participasse de qualquer modo. Quando maiores pediram inclusive a *retirada do nome do pai* de seus registros de nascimento e adotaram o sobrenome do segundo marido da mãe. Um dia casualmente ele encontrou no supermercado uma das filhas

com o marido e um bebê. Foi então que soube que era avô. Foi um grande choque, ficou estarrecido!

Por época de sua separação conheceu sua segunda esposa que lhe apoiou muito, era 10 anos mais jovem que ele. Nesse tempo já *consumia bebida de modo pesado*, bebia muito, o que ocasionava várias brigas entre o casal, porém continuava a desenvolver suas atividades de trabalho. Começou diversos cursos superiores sem conseguir completar nenhum. A segunda esposa engravidou, porém, o *bebê morreu aos oito meses* de gestação. Ele ficou muitíssimo abatido e deu "*sumiço por um ano*". Desapareceu do mapa e só reapareceu após esse período dizendo ter viajado, passado um tempo na Bahia. A família de sua segunda companheira estranhou muito, achando que ele tinha um "*estilo escapista de ser*". Porém, com sua volta a cidade, ela decidiu reatar e a partir daí tiveram uma relação estável por 20 anos.

Embora sem curso superior, era um homem muito inteligente e de ótima apresentação ("*bonitão*", *sic* esposa). Durante a entrevista o filho vai buscar uma foto do pai para mostrar à entrevistadora legitimando assim a identidade social do pai como homem bonito, forte e feliz. O idoso aparece sorridente, de forte compleição e a esposa, bem mais jovem, sorridente e bonita. Ainda se podem ver os traços fisionômicos, agora muito modificados pelo tratamento pesado dos vários cânceres que teve nos últimos anos.

Profissionalmente esteve no auge de sua carreira, na condição de diretor de uma rede varejistas, que possuía unidade bastante grande no centro da cidade. Ganhava muito bem e mantinha um alto padrão de vida para sua família. Seus filhos sempre estudaram em escolas particulares e viviam sem preocupações. A vivência de si mesmo como diretor, de sucesso, vencedor, definia sua identidade social. Quando a empresa passou a ir mal e ele *foi demitido com quase 60 anos*, a crise começou. De repente se viu sem renda e *sem indenização*. Fez um acordo desfavorável e não chegou a receber o que de fato tinha direito. Quando recorreu ao *INSS para ser aposentado, seu pedido foi negado* por falta de recolhimento da empresa nos últimos anos. Ele ficou muitíssimo abatido. As finanças da família, seu acesso a bens e serviços, ficaram bastante limitados. "*Teve que tirar os filhos da faculdade*" e começou a ficar mais fechado e taciturno.

Atuava com uma personagem incorporada "*homem bonitão, posudo, or-*

gulhoso, bem-sucedido diretor de empresa". A ruptura com essa personagem gerou um abalo no sujeito que aparentemente não conseguiu reagir à crise. A identidade social era vivida pelo sujeito como algo fixo e natural, inerente a sua pessoa. Agora era confrontado com aspectos dinâmicos da vida e seus fluxos de mudança. Ele aparentemente não conseguiu reagir a isso de modo adaptativo e criativo.

A perda do trabalho, sua principal referência identitária, que lhe permitia ser respeitado como provedor da família e admirado como "*homem que sabe viver*" teve efeitos devastadores sobre o sujeito.

No período que precedeu o suicídio a *esposa esteve tratando de um câncer de útero*. Foi um grande sofrimento para todos. Ela se recuperou, mas logo em seguida apareceu a *suspeita de outro tumor*. Na ocasião tinha acabado de fazer alguns exames e estava esperando os resultados. Nos últimos meses ele começou a beber mais e recolher-se em seu quarto. Passava os dias recluso no quarto. Só saia para pegar comida e repor as bebidas no frigobar que tinha em seu quarto. Via televisão e bebia o tempo inteiro. Recusava qualquer ajuda e, quando se falava de sua depressão, não admitia.

Em termos de antecedentes familiares do idoso, a esposa relatou que nascera em uma cidade vizinha de Manaus. Sua família, vinda do Ceará, tinha ascendência portuguesa e veio há várias gerações passadas por época da extração da borracha. Em Manaus ele tinha vários familiares, irmãos e sobrinhos com os quais se relacionava bem. Seus pais já tinham falecido.

Seu nível socioeconômico sempre foi bom, era um homem que soube viver e aproveitar a vida. Como diretor de empresa ganhava muito bem e podiam viver sem luxo, mas também sem preocupações. Tudo que precisavam ou queriam, conseguiam realizar. Era um excelente provedor, preocupava-se com a família, tudo que ganhava vinha para a família. De repente pensava em viajar, pegavam a mala e iam. Foram sete vezes para *Isla Margarita* no Caribe.

Depois de sua demissão a situação mudou completamente, teve que trabalhar por conta, passou a prestar serviço para a mesma empresa em que trabalhava, porém, as coisas iam mal. Fez um acordo de indenização desastroso, para não ficar sem nada. A esposa era a cozinheira do empreendimento e acordava bem cedo para fazer a comida. Além disso, trabalhava em dois

outros empregos. As tensões e discussões por falta de dinheiro começaram a aparecer na família.

O grupo primário, sua família, que dava sustentação e legitimidade a sua identidade, deixou de fazê-lo e começou a cobrar dele uma reação com resultados. Também seu círculo social, colegas e amigos mais próximos, não foi para ele fonte de novas formas de valorização. O sujeito ficou preso numa teia de pressões e expectativas frustradas sem conseguir novos significados e valores que dessem sentido para si mesmo no mundo.

No que se refere a seu funcionamento social, emoções e comportamentos, era um homem muito honesto, justo e correto em tudo que fazia. Rígido em sua postura. Com os filhos sabia ser amigo, mas também colocava limites. Muito apegado à filha mais velha com que se relacionava bem (eram confidentes). Tinha problemas de relacionamento com o filho mais novo. Os dois discutiam e eram explosivos e grosseiros um com o outro. O filho relata não ter tido nenhuma proximidade com o pai.

O cenário de conflitos latentes que operavam na família foi intensificado, de modo que não pode haver a legitimação coletiva de uma nova identidade, ou de uma identidade em transformação.

Embora tenha tido uma saúde sempre muito boa, nos últimos tempos estava deprimido. Não admitia nem aceitava a sugestão de ir ao médico. Passava dias no quarto fechado, sem fazer nada a não ser ver televisão. Só saia para pegar comida. Tinha um frigobar com muitas bebidas (cerveja e cachaça) e ficava bebendo o tempo inteiro. Segundo a esposa sempre teve problema com bebida. No início do casamento bebia demais e por isso brigavam, mas com o passar dos anos passou a "*beber socialmente*". Começava na sexta-feira à noite, após o trabalho, e ia até domingo à noite bebendo com os amigos. A família não o via como alcoólatra, embora reconheça que ele "*tinha problema com bebida*".

Como acontecimentos críticos em sua história, que configuram novos cenários para adaptação e metamorfose identitária, destacam-se: 1) a perda do emprego e fragilização de sua situação econômica; 2) impossibilidade da sonhada aposentadoria; 3) doença séria da esposa com possibilidade de agravamento e desfecho fatal; 4) falta de nutrição afetiva decorrente de conflitos com pessoas significativas; 5) perdas mal elaboradas durante sua vida

pregressa.

Vemos aqui retratado um sujeito cuja identidade social esteve fortemente ancorada em seu desempenho profissional. Do trabalho retirava um sentido de realização e valor pessoal. Possuía grande sentido de competência como provedor e chefe de família de sucesso. Sua vida social que envolvia passeios, viagens e encontros para churrasco com muito amigos evidenciava seu triunfo no mundo público. A *mesmice* parece estar ai sob forma de uma cristalização identitária pautada e fundada em *scripts* sociais estereotipados, do homem de sucesso, bonito e inteligente que sabe o que e viver, que veio e venceu! A mudança do cenário social em que vivia (perda do emprego e descaminhos dos negócios que empreendeu) o submeteu a um processo de mudança forçada ao qual não consegue se reajustar e recriar-se simbolicamente como homem de valor. O ver a si mesmo como processo de *vir a ser* ficou barrado. Para ele e a *mesmidade* como reconhecimento de si em outro cenário ficou impossível.

Os conflitos com a família o desarvoraram e não permitiam a legitimação e apreciação do sujeito em outro contexto de identidade.

A esposa percebia sua insatisfação e, a sua maneira, procurava apoiá-lo. Em suas palavras: ele "[...] *queria dar outro rumo pra vida... não se sentia bem no restaurante, achava que aquilo não era pra ele. Muito orgulhoso, posudo, bonitão*" (*sic* esposa). A ressignificação de sua condição como algo novo, que poderia abrir novas possibilidades para todos não foi possível. As estruturas bastante enrijecidas na família, entendidas a partir das falas de esposa e filho, que assumiam o sujeito como forte, bonito, orgulhoso, bem-sucedido estavam sendo contestadas pela nova realidade, porém o grupo continuava com altas expectativas sobre seu desempenho, não conseguiram vias de transformação em termos de novos valores que pudessem sustentar o sujeito dentro de pautas positivas.

O enrijecimento e fixidez identitária sustentado pelo grupo é assim retratado na experiência de imobilização do tempo vivido pela esposa:

> A gente vive assim... Parece que numa realidade paralela. Parece que desde aquele dia a gente parou de viver, parou no tempo. A casa era cheia de gente, parentes e amigos. Tinha dinheiro, tinha comida pra todos, festas... Ele gostava muito de ter gente aqui e eu sempre cozinhei bem. Agora não vem ninguém. O

> pessoal tem medo da casa, diz que tem lembranças dele e sofre por isso... E a gente que tem que viver aqui dentro todo dia? (informação verbal)[3].

Viver a *mesmidade* é recriar-se, buscar viver adaptando-se e reinventando novas identidades fluidas e adequadas às novas situações. É perceber que não nascemos assim com identidades fixas e que os novos contextos nos levam inexoravelmente a mudanças.

Os movimentos da família e amigos que afirmavam valores fixos e procuravam repor o sujeito, como sempre o fora, dificultaram sua reconstrução identitária.

A esposa relata que um pouco antes do suicídio ele e a filha tiveram uma longa conversa. Os dois eram muito ligados. Afirma: "[...] não sei o que ele andou enfiando na cabeça dela..." (*sic* esposa), demonstrando assim seu ciúme e rivalidade com a filha. Na família pode-se ver claramente a coalizão ou aliança: pai/filha mais velha de um lado, e mãe/filho de outro lado. Embora a relação de casal seja retratada como boa "*com suas brigas normais de casal...*", a comunicação não fluía bem no grupo como um todo. A maior proximidade do pai com a filha criava um espaço de relação ao qual ninguém tinha acesso, e que permanece como segredo até hoje. A esposa e o filho mais novo eram mais próximos e continuam a parceria de vida. Esse jovem permanece, entre todos, o mais isolado. A filha tem namorado, a mãe tem seu trabalho e algumas poucas amigas, mas o filho ficou totalmente desconectado. Em suas palavras: "Num sou de sair... vou de casa para o trabalho, do trabalho pra casa, só isso todos os dias... [...]. Em casa fico vendo televisão e durmo" (*sic* filho mais novo). Em seu comportamento reproduz o estilo deprimido do pai, o que gera muita preocupação.

A esposa relata ainda que nesse natal, após pagar os empregados do restaurante, ele ficou sem nenhum dinheiro, mesmo para suas bebidas. Ela comprou alguma com seu dinheiro. Apesar disso deu para preparar uma ceia de ano novo. Durante todo o dia ela trabalhou na cozinha preparando comida. Ele sempre no quarto isolado. À noite a filha saiu com o namorado; o filho, ela e uma amiga, que viera passar a festa com eles, saíram para

3 *Sic* esposa.

cumprimentar sua mãe já idosa. Foi nesse momento que tudo aconteceu. Ficou claro o planejamento. No entanto, a família pensa que talvez ele tenha desejado matar a todos juntos, pois a arma estava carregada e ele não queria que saíssem. A esposa insistiu em ir e foram... Pensar nessa possível intenção lhes atormenta muito. De fato, é bem possível que o sujeito, sob influência do álcool, e não suportando o massivo constrangimento social que vinha sofrendo tenha arquitetado a morte de todos da família. Sua identidade, profundamente ancorada em valores de sucesso e poder como parte de uma ideologia do sucesso, não conseguia elaborar sua nova condição.

A *alternação* de um horizonte simbólico de saúde, bem-estar, sossego e prazer, já bastante cristalizado; para outro horizonte de possível recomeço, união e solidariedade é impedida. Predomina o *fetiche da personagem*. O sujeito não consegue ver-se em outra situação nem recorrer à outra pauta de valores, ficando assim preso numa espécie de armadilha identitária.

Vivências da família

O impacto da morte foi devastador para todos. Até hoje não entendem aquilo e tem *sentimentos misturados*. Ficaram com muita raiva dele e ao mesmo tempo sentem pena e saudade. A *situação financeira* da família ficou muito ruim: sem pensão a esposa doente teve que trabalhar ainda mais. A filha até hoje não conseguiu terminar a faculdade. Já tentou várias vezes, mas sempre interrompe. Sofre muito a ausência do pai, ficou meio desorientada. O filho ficou muito *mais isolado e fechado* do que era e ainda sofre pensando no ocorrido, porém recusa ajuda psicológica. Socialmente ficaram *muito isolados*. *Perderam contato com a família* dele, com a qual sempre foram muito próximos. O filho relata que vê os primos com quem sempre se relacionou e eles ficam estranhos, evitam chegar perto. Ele, por sua parte, com o tempo começou a não dar mais atenção e fazer como se não conhecesse também. Com a família da esposa a situação não é diferente "... ninguém segura essa barra, todos fogem... Tem uma coisa estranha que não consigo explicar, ninguém sabe o que fazer com isso" (*sic* esposa). Além disso, há o estresse adicional de serem interrogados e "*postos em dúvida pela polícia*", o que gerou medo de serem responsabilizados, num momento de altíssima

vulnerabilidade psíquica, o que gerou um desgaste ainda maior. Sentem que até hoje não se recuperaram. Vivem como se a vida tivesse parado, num vácuo temporal que não se completa.

A forma como saiu de seu primeiro casamento (o caso da esposa com o amigo) foi muito ruim, lhe trouxe forte constrangimento e humilhação maculando profundamente sua identidade social de homem de sucesso e forte. Depois disso seu afastamento e alienação das filhas se seguiu como sofrimento adicional. No entanto, ele conseguiu reagir apoiado pela companheira (segunda esposa) com quem sempre teve uma boa relação de parceria.

Já no passado demonstrara ter uma tendência a reagir evadindo-se diante de perdas dolorosas, como por exemplo, por ocasião da perda do filho natimorto.

O uso abusivo de bebida alcoólica o acompanhou durante a vida. Ao final do primeiro casamento e início do segundo era visto como um grande problema, depois passou a "[...] *beber socialmente*" (*sic* esposa) e a coisa parecia estar sob controle. Bem sucedido profissionalmente e com família bastante dependente de si vê-se em situação de perdas contínuas: emprego, status e saúde da esposa bastante abalada. Embora estivesse trabalhando se sentia bastante insatisfeito e apresentava muitas queixas, evidenciando má adaptação no trabalho, nessa nova atividade.

No processo de mudanças ocorridas em sua história de vida o sujeito não conseguiu atribuir um sentido *emancipatório* aos conflitos gerados pela perda de emprego e status social. Ele não pôde rever seus valores preconceituosos e estigmatizantes acerca do significado social de ser uma pessoa desempregada e com isso ressignificar tais valores, o que propiciaria uma postura mais reflexiva e autodeterminada, bem como a reconstrução de seu projeto de vida com um novo sentido emancipatório. Ao contrário, o que vemos é uma forma regulatória e conformista de funcionar.

Evolução e dinâmica do caso

Nos últimos tempos a família vivia uma grande sobrecarga devido à sua perda de emprego e adoecimento sério da esposa. Embora trabalhando, estava muito insatisfeito em sua nova atividade, na qual não conseguida man-

ter o padrão de vida que a família tinha anteriormente e desentendia-se com o sócio. A esposa, recentemente terminara um tratamento para câncer de ovário que a levou a ser internada em São Paulo e trouxe despesas e preocupações adicionais para todos. Em exames de prosseguimento apareceu uma suspeita de recorrência do câncer. Estava fazendo exames de verificação e esperava os resultados. A expectativa era grande e gerava muita preocupação para todos. Adicionalmente ele estava bem abatido com o fato de seu pedido de aposentadoria ter sido recusado. Essa era a possibilidade de terem uma maior segurança em tempos difíceis. Sempre tinha sido indivíduo fechado, não falava de suas preocupações e sentimentos. Nos últimos tempos reagia bebendo pesadamente e isolando-se no quarto, onde passou a ficar cada vez mais. A família percebeu sua depressão e tentou ajudá-lo, mas ele recusava ajuda. Socialmente sempre foram muito conectados e ativos, gostavam de passear e receber pessoas. Com as perdas financeiras e de contatos no emprego, o círculo de convivência foi se estreitando, trazendo perdas em suas redes de apoio social e emocional e minando sua alegria.

Identifica-se no caso, tal como na maioria dos casos de suicídio, uma multiplicidade de fatores condicionantes do evento autodestrutivo. Entre eles destacam-se fatores: 1) ocupacionais: perda do emprego e contato com companheiros de serviço com os quais socializava todos os fins de semana; 2) financeiros: queda abrupta dos ganhos financeiros e padrão de vida da família gerando descontinuidades escolares para os filhos e forçando a companheira a aumentar sua carga de trabalho em momentos de vulnerabilidade em seu estado de saúde; 3) sociais: a perda de emprego traz consigo uma perda adicional de respeitabilidade e *status* social. Os amigos começam a se afastar do convívio, uma vez que a pessoa não consegue mais frequentar as mesmas rodas e encontros sociais; 4) emocionais: a impossibilidade de receber sua aposentadoria em momento em que "*estava contando com isso*" fez com que "*perdesse o pé*"; 5) familiares (doenças): a esposa seriamente doente e com perspectiva de agravamento de seu estado, com risco real de morte; 6) psíquicos: Havia uma depressão não tratada. Seu comportamento de isolamento evidenciava um processo de deterioração do equilíbrio emocional. Esse foi notado pela família, mas esta não teve instrumentos eficientes para intervir. A tentativa de persuasão, por sua parte, não foi suficiente; 7) com-

portamentais: A ingestão abusiva de bebidas alcoólicas agravava seu estado roubando-lhe a capacidade de reagir com maior racionalidade e equilíbrio.

Considerações finais

Como se vê, uma série de fatores atuam no sujeito em questão, cada um a seu modo e em diferentes medidas, dentro de um contexto de construção identitária marcada pela *mesmice*, a reprodução de valores e normas sociais que pautam as condutas do sujeito levando-o a viver uma *personagem* de sucesso, sempre rodeado de amigos. O aspecto mítico dessa identidade remete à uma construção simbólica e ideológica que o conforma aos padrões sociais dominantes. A família e amigos o legitimam e sustentam nesse lugar social de conforto e bem-estar *repondo* incessantemente significados que reforçam sua identidade. O sujeito vive a identidade *mito*, fantasia coletiva, de estar sem grandes desafios existenciais, como se tudo permanecesse igual o tempo todo.

As diversas mudanças nos contextos sociais levam o sujeito a um impasse e insolvência, já não consegue *repor-se* dessa forma, sua identidade é fortemente atacada em seus fundamentos, os grupos sociais de convívio não conseguem continuar legitimando-o. Falta-lhe outros referenciais para operar uma metamorfose libertadora e emancipatória.

Temos assim uma identidade fraturada entre a *mesmice*, identidade mito e a impossibilidade de recriação de si mesmo em verdadeira *mesmidade*, como processo criativo que possibilitaria uma maior autonomia e autenticidade.

É preciso que, em favor da promoção da saúde dos sujeitos sociais se alarguem os horizontes simbólicos de valorização e legitimação dos sujeitos, de modo a possibilitar novos níveis de ajustamento dentro de contextos sociais em permanente mudança. A cristalização de identidades, tomadas como *Eus* estáveis e fixos, é um importante componente da fragilização identitária, pois na vida é preciso mudar. O fluxo de mudanças é incessante e, muitas vezes, imprevisível e aqueles que mantém estruturas muito enrijecidas não conseguem dar conta das transposições simbólicas, que se apresentam como imperativos existenciais.

Referências

BEESTON, D. *Older people and suicide*. UK: Centre for Ageing and Mental /Health Stanfordshire University; 2006.

CALVANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: Abordagem metodológica. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 17, p. 2039-2052, 2012.

CIAMPA, A. C. *A Estória de Severino e a história da Severina*: um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 2009.

_____. Identidade. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). *Psicologia social*: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____; LIMA, A. F. Metamorfose humana em busca de emancipação: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. In: LIMA, A. F. (Org.). *Psicologia social crítica*: paralaxes do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2012.

KRÜGER, L. L.; WERLANG, B. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2010.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). *Psicologia social*: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LIMA, A. F. Acepções de identidade na obra de Jürgen Habermas: subsídios para uma psicologia social criticamente orientada. *Psicol. Soc.* [online], v. 24, n. 2, p. 253-262, 2012. ISSN 0102-7182.

_____. *A dependência de drogas como um problema de identidade*: possibilidades de apresentação do 'Eu' por meio da Oficina Terapêutica de Teatro. 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____; CIAMPA, A. C. Metamorfose humana em busca de emancipação: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. In: LIMA, A. F. (Org.). *Psicologia social crítica*: paralaxes do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____; CAVALCANTE, F. G. Pesquisa nacional sobre suicídio de idosos e possibilidades de atuação do setor saúde: sumário executivo. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; FIOCRUZ; ENSP; CLAVES, 2012.

_____; _____; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1587-1596, 2006.

PAIVA, G. J. Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 1, p. 77-84, jan./abr. 2007.

SANTOS, J. E. C. *Identidades vulneráveis ao suicídio*: um estudo sobre suicídio de idosos. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal do Amazonas, 2014.

SHNEIDMAN, ES. *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford University, 2004.

Suicídio entre idosos no Amazonas: um estudo epidemiológico e social[1]

Rosa Maria Rodrigues Marques[2]
Denise Machado Duran Gutierrez[3]

Introdução

Este estudo está relacionado à área das ciências sociais e humanas e pretende avaliar o perfil epidemiológico-social do idoso com morte autoinfligida no Amazonas.

O suicídio de pessoas idosas, atualmente, pode ser considerado um problema social por conta das estatísticas que crescem a cada ano. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) aponta que o Brasil é o oitavo país em número de suicídios. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes.

Marx em sua obra "*Sobre o suicídio*" (1846) já apontava a questão das mazelas sociais ligadas aos casos de suicídios, ou seja, na análise de que sociedades diferentes geram produtos diferentes, ele relaciona que é da natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios. Dessa forma, reconhecer esse fato é importante para

1 Projeto desenvolvido no Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/UFAM (PIB-SA/0024/2015-2016). Bolsa concedida pelo CNPq.
2 Acadêmica de Psicologia da Faculdade de Psicologia - UFAM
3 Docente do Programa de Mestrado em Psicologia - UFAM

> "[...] trabalharmos na reforma de nossa sociedade e permitir-lhe que se eleve a um patamar mais alto." (MARX, 2006, p. 25).

Outro teórico importante na área, Durkheim publicou na França no ano de 1897 a sua obra "*O suicídio: estudo sociológico*" e, apesar de ser publicada posteriormente à obra de Marx, ela se consagrou como o estudo sociológico mais importante sobre o fenômeno social do suicídio. Durkheim (1897) dividiu o seu estudo em três partes. A primeira, intitulada "*Os fatores extrassociais*", em que discute o suicídio a partir de várias explicações nessa categoria, concluindo que sua influência é nula ou muito restrita. A segunda parte "*Causas sociais e tipos sociais*" analisa as explicações propriamente sociais, os efeitos dos estados individuais que acompanham as diversas causas de suicídio, distintas e sucessivas, que se verificam por arranques e se desenvolvem no tempo. A última parte "*Do suicídio como fenômeno social em geral*" esclarece a questão do suicídio como uma tendência coletiva e conclui que a melhor explicação desse fato social se liga à questão de como o tempo age no indivíduo com tendência ao suicídio.

Em relação aos casos de suicídio em pessoas idosas, os números da OMS (2012) apontam que nos triênios de 1997 - 2000 e 2003 - 2006, 3.039 municípios brasileiros tiveram registros de casos de suicídio de pessoas com mais de 60 anos. Ao refletir sobre esses números e considerando a perspectiva social, podemos enxergar um descaso quanto à situação, pois ainda é comum a visão do suicídio como ato individualizado.

Para a compreensão do suicídio de idosos, é importante aprofundar nossa compreensão sobre como está sendo constituído o processo de envelhecimento e o olhar da sociedade para essa etapa da vida humana. Em recente estudo sobre "*Suicídio na envelhescência",* chegou-se à conclusão que

> [...] são grandes as responsabilidades da cultura contemporânea na determinação do sofrimento daqueles que ficam mais velhos; em uma sociedade intolerante com o 'outro', o 'diferente', aquele com sinais físicos dos anos vividos a mais, é fortemente rechaçado" (CORTÊ et al, 2009, p. 645).

É importante considerar os dados da população idosa pois, de acordo com as estatísticas, o processo de envelhecimento está ocorrendo de maneira rápida em todo o mundo. Os dados apontam que

> Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050 [...] em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global. (BRASIL, 2012, p. 1).

Também Minayo (2010, p. 751) em seu estudo sobre suicídio entre pessoas idosas, faz referência a esse crescimento, acrescentando: "A população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e na maior parte do mundo, o que justifica um olhar atento para os problemas sociais e de saúde que a afetam".

Outra informação acerca da literatura sobre o suicídio entre os idosos diz respeito às intenções suicidas, muitas das vezes não levadas a sério por parte dos familiares e amigos. Dessa forma, a prática do suicídio entre os idosos pode ocorrer de maneira mais rápida em relação a outras faixas etárias. Em seus estudos sobre o suicídio, Minayo (2009) constatou que um conjunto de pesquisas, no mesmo sentido, leva a concluir que quando uma pessoa idosa tenta se matar, há que se levar seu gesto muito a sério, pois é provável que qualquer tentativa redunde de fato na consumação do ato.

Considerando o envelhecimento da população no Estado do Amazonas, as estatísticas do IBGE (2012) mostram um crescimento considerável dos números de pessoas com 60 anos ou mais (idosas). Em 2001 era de 13,2% da população e no ano de 2011 esse índice chegou a 21,8%. Desse modo, de fato, é preciso um olhar preciso sobre como esse envelhecimento é constituído em suas várias características no Estado para melhor compreensão dos casos de suicídio que ocorreram no período de 2007 - 2011.

Para melhor entendimento sobre as variáveis escolhidas, o presente es-

tudo buscou a partir de uma análise sócio-histórica e biopsicossocial compreender como se configura o perfil dos idosos amazonenses e, para tal, considerou os embates sociais, econômicos e culturais. Procuramos aprofundar essa temática a partir da realidade local e regional, pontuando a *transição demográfica,* que é um forte fator geral no país, bem como outras particularidades que nos permitam entender a construção da identidade do povo amazonense e diversos outros conceitos acerca da condição de *velhice e envelhecimento* – por exemplo, a partir do processo de industrialização e urbanização da cidade de Manaus.

A análise, considerando a cidade de Manaus e o seu processo de urbanização, possibilita-nos unificar diversas variáveis, visto que as incidências dos casos estão presentes na área urbana de Manaus, principalmente nas áreas consideradas periféricas. Quando se observa os problemas de uma sociedade, percebe-se que cada vez mais estão articulados como questões de natureza socioespacial e suas inerentes desigualdades.

Outro dado importante nesse trabalho é o olhar do homem através de uma perspectiva biopsicossocial, pois consideramos os casos de suicídio como produto de um compósito de elementos e, por isso, fez-se necessário adotar esse modelo que conjuga diversos elementos de naturezas distintas em interação. Com isso, também assumimos o compromisso ético-político de nos contrapor à visão biomédica, que impera na área de estudos sobre suicídio e excluem a responsabilização da sociedade em seu processo de codeterminações.

Dessa forma, ao se pensar na responsabilidade social sobre o suicídio, destacamos a questão da sociedade intolerante para com o outro. Nessa esteira, concordamos com Katz e Lazarsfeld (1995 apud POCINHO, 2007, p. 99) quando aduz: "[...] o suicídio é determinado em parte importante pela falta de integração do sujeito no meio envolvente, apresentando uma relação direta entre o suporte social e a capacidade de integração, e entre estas e o suicídio".

Em relação à escolha da Epidemiologia como método para sistematização do estudo, o critério ocorreu pelo fato de essa metodologia produzir conhecimento e tecnologias capazes de promover a saúde individual através de medidas de alcance coletivo, pois tem como objetivo o "[...] estudo de

fatores quer determinam a frequência e a distribuição das doenças na coletividade humana." (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003, s.p.).

Para Rouquayrol e Almeida Filho (2003), a epidemiologia descritiva é o estudo da distribuição da frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais – e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde.

Considerando todas essas informações, a presente pesquisa parte de um levantamento de dados epidemiológicos e, com vistas ao aprofundamento e compreensão desses dados, desenvolve diversas análises baseadas em uma leitura social do suicídio entre pessoas idosas. As seguintes variáveis foram consideradas neste estudo: idade, gênero, raça/cor, método, escolaridade e zona de ocorrência. As informações foram disponibilizadas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/FVS). A partir de tabelas, pôde-se alcançar uma maior visibilidade sobre as características dos óbitos por suicídio de idosos no Amazonas no período de 2007 a 2011.

O estudo se justifica pelo fato de que o suicídio ainda pode ser considerado um tabu na sociedade. Poucas pessoas aceitam falar sobre a temática e, apesar da relevância do assunto, o suicídio entre pessoas idosas – no Brasil e no mundo – ainda é pouco explorado.

Ademais, temos a evidência do crescimento das taxas de suicídio de idosos no mundo inteiro e no Brasil, em que as estatísticas são alarmantes e pouco se comenta sobre o assunto. A pesquisadora Minayo, em revisão de literatura sobre o tema, reflete:

> Não foram encontradas referências do Brasil ou países de língua espanhola sobre o suicídio entre idosos na base de dados Scielo, apenas sobre suicídio em geral: 340 referências de 1981 a 2009, sobretudo estudos realizados na última década. (MINAYO; CAVALCANTE, 2010, p. 751).

Analisar o suicídio entre idosos a partir de um contexto social se justifica, visto que nas abordagens sobre o tema o conceito biomédico de suicídio é pautado em estudos epidemiológicos em que a autoaniquilação é comumente considerada um ato isolado, de natureza interna do indivíduo. Dessa

forma, o estudo requer um olhar sensível para que se possa olhar o suicídio como um fenômeno complexo, com relação cultural, individual e coletiva, considerando os idosos suicidas numa síntese de elementos interatuantes.

A concretização dessa pesquisa, além de aprofundar o conhecimento sobre o tema, futuramente pode contribuir para o desenvolvimento de modelos de prevenção baseados em dados locais, trazendo contribuições para ampliar a compreensão sobre a realidade do suicídio de idosos no contexto do Estado do Amazonas.

De modo mais direto, temos como objetivo descrever o perfil epidemiológico e psicossocial do idoso com a morte autoinfligida no Amazonas, buscando subsidiariamente: 1) rever a literatura sobre processos psicossociais ligados ao suicídio entre os idosos; 2) realizar levantamento de dados epidemiológicos sobre suicídio entre idosos no Amazonas a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM/FVS; e 3) discutir como a fragilidade social está associada ao suicídio dos idosos amazonenses a partir das estatísticas do SIM/FVS, período de 2007 a 2011.

Abordagem metodológica

O estudo adotou a abordagem da epidemiologia-descritiva, em que foram utilizados dados secundários pré-existentes nos bancos de dados da Fundação Vigilância em Saúde (FVS-AM) através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Na sequência, uma análise psicossocial foi realizada para verificar a relação entre os fatores sociais e o suicídio a partir das bibliografias de referência na área.

Utilizou-se na pesquisa o Banco de Dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) do período de 2007 - 2011, disponibilizado a partir de um recorte de outra pesquisa intitulada "*Suicídio – um estudo epidemiológico no estado do Amazonas*"[4], sendo escolhidas as seguintes variáveis que compuseram o estudo: idade, gênero, raça/etnia, método empregado, escolaridade, zona de ocorrência, espaço urbano *versus* rural. Essa composição

4 Projeto desenvolvido dentro do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/UFAM (2012-2014). Bolsa concedida pelo CNPq.

de variáveis é importante para que se possa fazer verificação das possíveis correlações e discussão crítica dessas informações.

Como pano de fundo dessa investigação, aparecem inicialmente os seguintes questionamentos: o que levam idosos a cometerem suicídio? Quais os fatores psicológicos, biológicos e sociais que contribuem para esta atitude? Por fim, qual o perfil desses idosos que cometem a morte autoinfligida?

Nos estudos epidemiológicos é possível observar o termo *distribuição.* Distribuição, nesse sentido, é entendida como "[...] o estudo da variabilidade e da frequência, das doenças de ocorrência em massa, em função de variáveis ambientais e populacionais, ligadas ao tempo e ao espaço." (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003). Dessa forma, em um estudo epidemiológico, é necessário seguir as três vertentes: pessoa, tempo e espaço, sendo esse método denominado "*epidemiologia descritiva*", que busca responder às perguntas referentes *a quem, quando e onde*.

Para a sistematização dos dados foi construído um quadro analítico no programa Microsoft Excel 2013, permitindo a organização do material para as análises do estudo. A apresentação dos resultados foi efetivada por meio de tabelas e a interpretação analisada de acordo com a literatura pertinente.

Embora tenhamos levantado os dados de todo o Amazonas, em muitos momentos damos particular ênfase aos dados de Manaus em decorrência do fato de que é na capital em que se concentra a grande maioria dos casos aqui investigados.

Resultados e discussão

População idosa no Estado do Amazonas

O estado do Amazonas está localizado na Região Norte. Ocupa uma área de 1.577.820 km². Segundo IBGE (2012), a população é de 3.483.985 habitantes, sendo a taxa de crescimento populacional no período de 2001-2011 de 2,2% de incremento.

O relatório do Governo do Estado do Amazonas sobre o Plano de Saúde (PES 2012-2015) descreve a importância do mapeamento do Estado para conhecer a situação demográfica da população, além de auxiliar no geren-

ciamento de políticas públicas em curso e/ou implantação. Dessa forma, no relatório constam as seguintes distribuições geográficas:

> A população do Amazonas está distribuída em 62 municípios, a maioria com população abaixo de 50 mil habitantes (87%). Para efeito de planejamento de política de saúde os municípios foram agrupados em macrorregional (01), egionais (09) e microrregionais (18), levando em conta as possibilidades de acesso e as similaridades das peculiaridades dos municípios. A Região Metropolitana ampliada é composta de (03) Regiões: Entorno Centro/Rio Negro, Médio Amazonas e Rio Negro e Solimões, concentrando 67,2% da população total do estado, sendo que deste total a capital Manaus concentra 51,8% da população (AMAZONAS, 2015, p. 5).

A partir dessas informações, e para a melhor análise dos casos de suicídio de idosos no Amazonas, acredita-se na importância de fazer o mapeamento em números quantificados pelas estatísticas do IBGE sobre a situação do idoso no Amazonas. A caracterização do local da pesquisa ajuda na compreensão da população estudada.

Segundo o IBGE (2012), os idosos representam 7,1% da população do Amazonas. No período de 2001 a 2011, houve um crescimento de 155 mil pessoas com 60 anos ou mais no Estado, sendo a soma de idosos de 255 mil. Em média, há um idoso para cada cinco pessoas com menos de 15 anos. O índice de envelhecimento no Amazonas, que era de 13,2 em 2001, elevou-se para 21,8 em 2011.

De acordo com o IBGE (2012), 14,4% dos idosos moram sozinhos, formando famílias unipessoais. Em comparação com outras regiões do Brasil, o Norte do País tem o menor índice de idosos que moram sozinhos, com 13,3% ou 147 mil idosos. As regiões Sul e Sudeste apresentam índices 15,5% e 15,4%, respectivamente.

Em relação ao gênero, o IBGE (2010) aponta que o número de idosos do sexo masculino em 2000 contabilizava 28.321 (2,02%), e em 2010, estes números estavam em 46.880 (2,6%). Em relação ao sexo feminino, o número estimado era de 37.410 (2,66%) em 2000, passando para 61.201 (3,4%) em 2010.

Em relação à dimensão econômica, vale acrescentar que os idosos estão inseridos em um estado que, de acordo com o IBGE (2010), apresenta 1,6% no ranking nacional de riqueza e esse resultado está ligado diretamente à Zona Franca de Manaus, cujo impacto na economia local é indiscutível.

O setor industrial é o principal gerador de imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que constitui a maior fonte da receita federal. O comércio, apesar de também ser gerador de empregos, só existe por que há dinheiro circulando, uma roda na economia ligada diretamente as atividades do Polo Industrial de Manaus.

O único componente do Produto Interno Bruto (PIB) que independe diretamente da Zona Franca de Manaus é a atividade agropecuária, que seria praticamente inexistente se não houvesse moeda em circulação.

Vale considerar que apesar dessa riqueza produzida, esse modelo não contribuiu para a elevação do bem-estar da população por conta de dois fatores: o acelerado crescimento demográfico e a manutenção dos padrões de concentração de renda, pois as atividades econômicas não possuem capacidade de absorção da mão de obra excedente, aumentada pela migração maciça em direção ao Polo Industrial da Zona Franca de Manaus.

Considerando essas questões, Barbosa (2004, p. 42) acrescenta que "[...] no processo de 'metropolização' de Manaus, tem-se por resultado o maior percentual de pobres de toda região Norte, com 34,1%".

Configurar o fenômeno do envelhecimento no Amazonas a partir desses indicadores nos ajuda a ter uma atenção mais aprofundada às situações particulares de exclusão sofridas pelos idosos no contexto regional, especialmente tendo-se em vista a atual transição demográfica em curso em todo o país e na região.

Logo, as reflexões e análises construídas sobre os casos de suicídio de idosos no contexto Amazônico são pertinentes, considerando as especificidades locais e o reflexo de suas interferências no cotidiano das relações construídas na sociedade amazonense.

As características epidemiológicas e biopsicossociais dos casos de suicídio dos idosos no Amazonas

Apresentaremos, na sequência, as variáveis que foram selecionadas para compor o desenvolvimento desse estudo.

Acrescentar uma visão biopsicossocial proporciona uma visão integral do *ser* e do *adoecer,* que compreende as dimensões física, psicológica e social. É importante salientar que somos seres biopsicossociais pelo fato de agregarmos os seguintes componentes: psiquismo, corpo, meio socioeconômico, cultural, histórico, biográfico etc. Portanto, considerar os casos de suicídios nessa perspectiva nos ajuda a ter uma compreensão mais integrada do todo, além de fortalecer a ideia de Durkheim (2000) quando expressa que o suicídio só pode ser explicado em função do meio social:

> De fato, se, em vez de vermos neles [nos suicídios] apenas acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que necessitam cada um por si de um exame particular, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada durante uma unidade de tempo dada, constatamos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que constitui em si um fato novo e *sui generis*, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria, por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social. (DURKHEIM, 2000, p. 17).

Para Mandú (2004), o cuidado em saúde, para o paradigma biopsicossocial, envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida e autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico.

Portanto, para nossa análise, esse olhar mais apurado sobre a realidade vivida pelas pessoas em processo de envelhecimento e na condição de idosos no Estado do Amazonas e, especificamente em Manaus, é de suma importância para o presente estudo.

- A Idade

Tabela 1 - Números de suicídios por faixa etária – período 2007-2011

Faixa Etária	Números de Suicídios	%
60 - 69 anos	13	48 %
70 - 79 anos	11	41 %
80-anos ou mais	3	11 %
Total	27	100 %

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde - AM (2016).

No período 2007-2011 foram registrados 27 óbitos por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os casos registrados, 23 ocorreram nas zonas urbanas de Manaus e 4 casos na zona rural.

Os resultados obtidos apontam uma prevalência dos casos de suicídios na área urbana da cidade e uma das hipóteses que se pode pensar para explicar esse fenômeno é considerar o crescimento populacional dos idosos no estado do Amazonas conforme a representação de 7,1% explanado no item acima. Em relação à cidade de Manaus, dados do IBGE (2010) apontam que o índice que era de 3,40% evoluiu para 6,04% nas últimas quatro décadas.

Os idosos acima de 70 anos aparecem como o grupo que mais cometem suicídios, com uma porcentagem de 52% comparado aos idosos na faixa etária de 60-69 anos, que está na faixa de 48%.

Considerando os dados apresentados da epidemiologia, a melhor forma para explicar a velhice no contexto amazônico, antes de tudo, é fazer uma retomada histórica para a compreensão do envelhecimento de uma forma geral e entender como se configurou os primeiros estudos sobre a temática.

A contextualização auxiliará a análise mais detalhada e um olhar mais apurado sobre o significado do que é ser idoso no Amazonas, além de ajudar a desenvolver hipóteses mais consistentes sobre a morte autoinfligida dos idosos da zona urbana de Manaus em face dos idosos da zona rural.

O primeiro ponto a ser acrescentado sobre a construção do termo velhice é o seu surgimento nas sociedades ocidentais na Idade Moderna, intimamente ligada ao processo de ordenamento social. A partir do historiador Philippe

Ariès (1978) e sua obra "*História social da infância e da família*", que disserta sobre o surgimento da categoria "infância", a velhice começa a ser posta em discussões devido aos estudos acerca da diferenciação das categorias etárias.

A análise explica como ocorreu a consolidação das categorias etárias na passagem do século XIX para o século XX – época em que os estágios começam a ser definidos e separados. A velhice passa a ser *conceitualizada* por diversos autores, sendo que algumas perspectivas passaram a integrar a definição do que é ser "*velho*" e, dentre elas, o idoso é colocado como um somatório de anos vividos que possui a sua história e marcas da sua existência. Em decorrência dessa colocação, Zimerman (2000, p. 19) expõe: "Velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi".

Outra constatação acerca da história da velhice é a forma que ela se organiza, podendo ser considerada uma convenção sociocultural. Para Ariès (1981, p. 36), "A velhice é uma criação cultural, podendo encobrir significados diversos". Seguindo essa afirmação, é possível fazer uma retomada histórica, pois nas sociedades tradicionais o idoso era uma figura de respeito e de autoridade. Porém, com o advento da Revolução Industrial no século XVIII, há uma alteração profunda nas formas de vivência e comportamentos, interferindo principalmente na redefinição de valores.

As transformações que ocorrem durante o envelhecimento, segundo Zimerman (2000, p. 20), acontecem especialmente em três aspectos, quais sejam: físicos, psicológicos e sociais. Em suas palavras:

> É importante salientar que essas transformações são gerais, podendo se verificar em idades mais precoces ou avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, do modo de vida de cada um.

No aspecto físico é possível verificar mudanças externas e internas do corpo, tais como as deteriorações repentinas e/ou graduais.

> Com o passar dos anos, o desgaste é inevitável. Sabemos que

> a velhice não é uma doença, mas sim, uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças. É uma época na qual as pessoas adoecem mais, mais rapidamente (aliás, costuma-se dizer que o velho é como um vaso de cristal, qualquer coisa trinca) e quando adoecem, demoram mais tempo para se recuperar. (ZIMERMAN, 2000, p. 22).

No aspecto social está a questão do *status* social e de que forma o indivíduo consegue organizar suas atribuições quanto aos papéis sociais em relação às pessoas da sua idade ou grupo em geral, sendo esses aspectos interligados aos papéis etários que a sociedade determina para os seus membros. Zimerman (2000) acrescenta que a modificação do *status* do velho perante o outro está relacionada a alguns elementos discerníveis: crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição do contato social. Nesse sentido, o autor afirma:

> É necessário um trabalho para que sejam ajustadas suas relações sociais, com filhos, netos, colegas e amigos, assim como para que sejam criados novos relacionamentos, já que muitos acabaram, e a aprendizagem de um novo estilo de vida para que as perdas sejam minimizadas. (ZIMERMAN, 2000, p. 24).

O aspecto psicológico está relacionado ao físico e ao social, pois no corpo estão acontecendo muitas transformações, bem como no âmbito social. As mudanças psicológicas podem se apresentar de diversas formas, como a dificuldade de se adaptar a novos papéis, depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídio etc. Conforme Zimerman (2000, p. 25), "A experiência mostra que, assim como características físicas do envelhecimento, as de caráter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com histórias e atitude de cada indivíduo".

Em relação ao envelhecimento a partir do olhar da psicologia, pode-se considerar a Teoria de Erikson (1950) como seminal na área, em sua proposta de pensar o desenvolvimento em estágios que se organizam em torno de conflitos básicos, representativos de cada momento da vida humana. Erikson (1950), em sua obra sobre "*O ciclo de vida completo*", fornece uma

análise do envelhecimento, além de auxiliar com pistas para possíveis intervenções psicológicas, já que é necessário trabalhar com o idoso a integridade do eu, ou seja, a valorização de todo um conjunto da vida vivida.

No século XX a concepção da Psicologia sobre o envelhecimento passa por uma nova releitura em relação às *Teorias de Estágios*, que contemplavam a velhice, como a do próprio Erikson (1950) que, apesar de abrir espaço para reflexão sobre o envelhecimento em um viés psicológico, passam a ser superadas. Neri (2004, p. 70) enfatiza: "Surgiam novos paradigmas, que abriam espaço à consideração da influência conjunta, interativa e histórica do contexto social e cultural e das condições genético-biológicas e psicológicas sobre o desenvolvimento de indivíduos e de grupos etários".

Com essas pontuações, entende-se o porquê de a psicologia buscar aprimorar a explicação dos fenômenos do envelhecimento enquanto processo da velhice, como fase da vida; e dos idosos, a partir dos critérios da sociedade.

Essas considerações indicam como a perspectiva biopsicossocial é fundamental para a análise dos fenômenos de alta complexidade social, como é o caso do suicídio e da própria velhice, que integram elementos em interação com mudanças sociais, históricas, econômicas e culturais.

Para a OMS (2002), a definição do idoso baseia-se na idade cronológica. Assim, idosa é a pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Considerando a definição, Lisboa (2011, p. 15) acrescenta:

> A partir da definição da OMS, entendemos que a Região Norte é identificada pela literatura econômica, sob um discurso contraditório de crescimento e desenvolvimento, e por isto defendemos a ideia de que o 'ser' velho da região tem seu processo de envelhecimento acelerado, sendo necessário situar sua idade cronológica em 60 anos (ou antes, dessa idade) para efeitos de inserção nas políticas públicas devido às características e especificidades locais.

Quando se fala em atribuir a idade cronológica em 60 anos (ou antes dessa idade) e considerar as características locais, a autora nos estimula a olhar

o envelhecimento a partir da realidade local e regional. Daí a importância de pontuar a transição demográfica, categorias, conceitos e condições da velhice e do envelhecimento no processo de urbanização e industrialização da cidade de Manaus.

O primeiro passo para compreender o envelhecimento no Amazonas é situar que os idosos que aqui se encontram estão ligados de alguma forma ao processo de exploração e ocupação da Amazônia, dada num período histórico que formatou o espaço urbano de Manaus. Segundo Benchimol (1996, p. 57):

> [...] a ocupação, conquista, povoamento e dimensão humana na Amazônia se dá a partir da descoberta espanhola e da conquista portuguesa, ao contrário daquilo que aconteceu com o Paraguai, que foi uma descoberta portuguesa e tornou-se uma conquista espanhola [...].

Na época dessa descoberta não existia propriamente um "espaço Amazônico", pois somente com a chegada dos europeus é que a Amazônia passa a se desenvolver, dentro do modelo vigente na época, a partir de atividades econômicas voltadas à exploração das riquezas naturais. Nesse contexto, começa também a subjugação dos povos locais. Segundo Lisbôa (2011, p. 35), "[...] muitos povos e nações indígenas são dizimadas, devido sua resistência em ceder às imposições dos colonizadores".

E nesse cenário de dizimação da grande parte da população indígena se deu a imposição de poder dos europeus sobre o povoamento da região. Para Benchimol (1996, p. 62),

> [...] a destruição da maior parte da base demográfica nativa da Amazônia promoverá a explicação primária sobre o grande vazio populacional que durante séculos retardou o processo de ocupação humana e que foi lentamente substituído pelos senhores e colonos resultando na miscigenação portuguesa com os remanescentes das nações primitivas dando origem as atuais populações caboclas.

Outro período sócio-histórico da região a ser considerado para o desenvolvimento populacional diz respeito à produção e comercialização da bor-

racha. Este foi um fator econômico impulsionador do processo migratório para a região e fez com que os nordestinos que sofriam com a seca migrassem para o norte do país que, até então, por conta do seu isolamento geográfico, ainda estava em relativo isolamento em relação às outras regiões do Brasil. Nos registros do estudo de Lisbôa (2011, p. 39 apud BECKER, 2004), a autora aponta que

> Em 1892 foram registradas 13.593 migrantes, no triênio 1898/1900 foram registrados 88.709 migrantes nordestinos nos portos de Belém e Manaus, no auge desse movimento povoador. [...] a população nordestina chegou a alcançar 20% da população Amazônica da época. E que na I Batalha da Borracha (de 1900 até a depressão) foram deslocados 150 mil cearenses, enquanto na II Batalha (de 1941 a 1945) foram deslocados mais 150 mil nordestinos e incorporados no 'exército de soldados da borracha' sendo distribuídos e absorvidos pelo Pará, Amapá, Amazonas, Rondônia, Acre e Roraima.

A criação da Zona Franca de Manaus (ZFM) pode ser considerada como o terceiro período na constituição da ocupação territorial. A Zona Franca foi criada no final da década de 60 e se apresentava como uma estratégia para a integração da Amazônia ao novo modelo adotado pelo país. Para Lisbôa (2011, p. 40), a criação da ZFM "[...] visando o desenvolvimento econômico e ocupação de uma região considerada 'terra sem homens', o Estado do Amazonas e, particularmente sua capital – Manaus experimentou uma série de ações estatais".

Nesse contexto, é possível identificar que a população do Amazonas se organizou em diferentes formas ao longo dos anos e, na construção dessa transição demográfica, as pessoas que sobreviveram a esses períodos precisaram se adaptar aos novos costumes e valores impostos em cada época.

Em referência ao desenvolvimento populacional da cidade de Manaus, Bentes (2005, p. 27) comenta que

> O desenvolvimento da cidade de Manaus é muito semelhante à própria história da Amazônia, permeada por intervenções de caráter modernizador, através de diferentes agentes que

> compõem a estrutura do Estado ou do capital nacional e internacional. O processo de acumulação e expansão capitalista, gerado ao longo da história local por estas intervenções, tem promovido, ao mesmo tempo, pobreza e desigualdade social, transformando a Amazônia num cenário que combina modernização e exclusão social.

Discorrer sobre o processo migratório da região é necessário, pois se compreende que esse contexto configura um cenário em que o processo e as condições de envelhecimento populacional na região podem ser mais bem entendidos.

Ao fazer as análises epidemiológicas e agregar ao referencial teórico da história do lugar, é possível identificar que o envelhecimento na cidade de Manaus é fortemente marcado por determinações sócio-históricas. E para confirmar, Siposito (2000 apud LISBÔA, 2001, p. 41) organiza todo esse processo da seguinte forma:

> A formação da cidade é determinada pelo corte no tempo histórico, considerando todos os seus determinantes econômicos, sociais, políticos e culturais. Estes determinantes são, por sua vez, construídos ao longo da história das organizações e aglomerados humanos, que estabelecem o processo de construção, transformação e reconstrução das cidades. Neste sentido, entendemos que tanto os europeus, como os seringueiros que foram impulsionados a migrar para a floresta, os trabalhadores e capitalistas que para cá vieram, modificaram a natureza, suas formas de organização e de relação produtiva, assim como a si mesma. Considerando os aglomerados humanos, que foram se formando ao longo desta história, é que identificaremos o trabalhador de hoje, envelhecido, envelhecente, ser social modificado pelas novas relações de produção transferidas, de um tempo e espaço histórico-econômico, totalmente diferente da realidade local atual; como aconteceu com o segundo ciclo econômico da Amazônia, já citado anteriormente e considerado o mais importante e contemporâneo: a era da globalização.

Considerando toda essa realidade apresentada, buscamos aqui refletir sobre o envelhecimento e o papel do idoso amazonense como ser social e fruto das históricas migrações, buscando por melhores condições de vida.

Ou seja, o envelhecimento na urbanidade da cidade de Manaus está ligado a todo esse processo, resultado do movimento humano migratório incentivado pelos ciclos econômicos atuais.

Logo, ao atentar para esses condicionantes, conseguimos ter um parâmetro sobre os processos que demarcaram as experiências de ser velho e envelhecer promovidas ao longo processo histórico-político e econômico de formação e ocupação da Amazônia.

Na sequência, apresentamos os dados epidemiológicos pertinentes a esse estudo.

- Gênero

Tabela 2 - Números de suicídios por gênero – período 2007-2011

Sexo	Números de Suicídios	%
Masculino	23	85%
Feminino	4	14%
Total	27	100%

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde – AM (2016).

Os resultados obtidos na análise do suicídio por gênero no Amazonas apontam a predominância dos óbitos masculinos – 85,1% – em relação aos óbitos femininos, cuja porcentagem foi de 14,8% no total dos casos analisados.

Primeiramente, é de suma importância entender o conceito de gênero para discorrer sobre essa variável ao longo da análise, uma vez que, ao se conceituar gênero, o perfil do homem e da mulher amazonense pode ser compreendido com melhor exatidão.

Para Scott (1988), o ponto de vista sobre gênero está relacionado ao poder, não do homem ou da mulher, mas nas diferenças entre eles. Para compreender as questões de gênero, é necessário rever a trajetória da construção

desse discurso sob o contexto de um processo histórico social.

Considerando o processo histórico-social, para Scott (1988, p. 21) a definição de gênero se constitui da seguinte forma:

> Minha definição de gênero tem duas partes e várias subpartes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.

Segundo Meneghel et al (2012) o gênero é um elemento de vulnerabilidade na constituição de um ato suicida tanto para os homens como para as mulheres. Essas diferenças de gênero podem significar vulnerabilidades decorrentes da maneira como os sujeitos são socializados, considerando os papéis por meio dos quais a educação diferenciada é exercida para homens e mulheres e sua permanência ao longo da vida, inclusive na terceira idade.

Minayo (2012) acrescenta que, para se entender as hierarquias de poder e os efeitos na saúde física e mental de homens e mulheres, produzidos pelo sistema sexo/gênero, utiliza-se o conceito de patriarcado, entendendo -o como um sistema sociopolítico que impregna e comanda o conjunto das atividades humanas, coletivas e individuais e inclui a diferenciação de papéis e as hierarquias entre os sexos.

Diante disso, quando pensamos em suicídio, consideramos sempre como um evento complexo e nesse intrincamento a questão do gênero pode ser associada a inúmeros fatores, principalmente quando verificamos nos estudos epidemiológicos que a taxa de mortalidade por suicídio é de três a quatro vezes maior em homens, mas, em contrapartida, ocorre alta frequência de tentativa de suicídio entre as mulheres. O atravessamento da questão de gênero não pode ser, portanto, casual.

Como a pesquisa foi voltada apenas para a análise dos casos de suicídio do banco de dados do SIM/FVS em relação às evidências de pesquisas anteriores de que os homens se suicidam mais que as mulheres, estas são também verídicas em nosso contexto. No texto de Meneghel et al (2012),

os autores enfatizam essa acentuada diferença de taxa de suicídio entre os sexos e a importância da condição gênero nesse evento, ressaltando que essa distinção é construída a partir de um caráter social e não biológico.

O conjunto de razões que levam homens e mulheres idosos a se matar pode ser muito diverso, porém, esses mesmos motivos, como visto na literatura, podem mudar e conter significados diferentes para cada um dos sexos.

Para Minayo (2012) o caso de suicídios em homens idosos conta como fator mais relevante a perda de *status* que o trabalho confere, pois considera que a aposentadoria e/ou a incapacidade física e mental para desempenho de suas atividades rotineiras, cria uma ausência de lugar social que o recolhimento da casa não chega a preencher. Logo, a aposentadoria – que seria o momento de descanso para esse homem que trabalhou a vida inteira para o sustento do seu lar – acaba se tornando uma longa, tediosa e interminável *perda de tempo*, pois o idoso do sexo masculino passa acreditar que já 'não serve para nada'.

Ao analisar de uma perspectiva mais ampla, podemos acrescentar também que:

> Uma das razões da taxa elevada de suicídio em homens tem sido atribuída à crise da masculinidade e ao fato de não conseguirem se adaptar a um mundo em mudança. Esse tipo de crise pode afetá-los em situações relacionais tradicionalmente atribuídas a mulheres, como adultério, dependência do parceiro, punições ou revanches e disputas pelos filhos ou ainda em situações em que há troca nos papéis culturais, ficando as mulheres com o suporte econômico da casa e eles com o serviço doméstico (MENEGHEL et al, 2012, p. 1986).

Sobre o suicídio de mulheres idosas, primeiramente é importante fazer a ressalva de que, no conjunto da literatura, foi possível verificar que estudos específicos sobre o tema são escassos na literatura mundial, visto que mulheres idosas se matam em menor proporção em comparação aos homens. Outro ponto a acrescentar diz respeito ao entendimento e à visão apresentada em muitas publicações sobre a mulher suicida. Essa visão ainda é marcada por preconceito de gênero, como resquícios não completamente superados de uma época que se tinha a percepção do papel da mulher como

um ser inferior, ou, pelo menos, em situação de desvantagem.

Na literatura, o suicídio de mulheres idosas aparece colorido por histórias em que elas, após cumprir os papéis de gênero atribuídos pela cultura – em que o seu valor é dado pelo quanto produzem, servem e cuidam dos outros – acabam com a vida (MENEGHEL et al, 2012). Em BEAUTRAIS (2006 apud MINAYO, 2013) aparecem os seguintes fatores que contribuem para o comportamento suicida feminino: maior prevalência de depressão, ideação e tentativas de autoextermínio; maior ocorrência de distúrbios alimentares; psicose pós-parto; grande ocorrência de ideação suicida após aborto induzido e nas situações de baixo nível de estrogênio e serotonina; grande vulnerabilidade à perda de filhos; violência doméstica contra elas e filhos.

Ao fazer essas considerações e entender o gênero como um elemento construtivo, é importante salientar como está formada a identidade do homem amazonense e de que maneira essa questão elucida sua atuação e formação dentro do contexto histórico social no Amazonas.

Quando falamos do homem da Amazônia, é importante destacar as representações que se tem sobre ele no campo das quais, recorrentemente, é visto como sujeito *pacato*, de característica predominantemente *indígena*, morador da *floresta* e, muitas vezes, sem acesso às tecnologias do mundo urbano.

Martins (2005) destaca que a identidade de "*ser amazônida*" é atravessada por uma espécie de sentimento de *inferioridade* e *exclusão* em relação ao resto do país. Em contrapartida, atualmente, a identidade amazônida passa por uma tentativa de enaltecer as qualidades do espaço e o homem da Amazônia, como se pode ver nos festivais e outras manifestações culturais. Pode-se pensar que essa, ainda predominante, desvalorização e subalternidade simbólicas gere todo um contexto socioafetivo em que o homem se vê propenso à depressão e outras mazelas.

Em síntese, o elemento gênero é de suma importância na compreensão de mortes autoinfligidas na velhice por conta das inúmeras análises e hipóteses que podem ser elaboradas a partir dessa perspectiva. Em geral, as pesquisas destacam a importância da construção de uma *Nova Identidade Social* a partir da aposentadoria, que tanto afeta a vida do homem idoso e pode influenciar também na questão suicida. Para as mulheres, a ausência da função social de caráter afetivo é o que melhor explica esse comportamento

autodestrutivo. Daí a importância de pensar em programas preventivos em que essas dimensões – laboral, identitárias e afetiva – estejam contempladas.

- Raça/Cor

Tabela 3 - Números de suicídios por raça/cor – período 2007-2011

Raça/Cor	Números de Suicídios	%
Branco	1	3,7%
Negro	0	0,0%
Pardo	24	88,9%
Amarelo	0	0,0%
Indígena	2	7,4%
Total	27	100%

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde –AM (2016).

A partir da bibliografia consultada se constatou que, apesar de no Brasil existir uma miscigenação de raça, os brancos são os que mais cometem suicídio. Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997) a predominância dos suicídios ocorre em homens brancos e em pequenas taxas entre negros, enquanto no mundo ocorre um aumento significativo de suicídios de imigrantes estrangeiros.

Analisando as taxas de suicídio de idosos no estado do Amazonas, é possível perceber que os dados mostram outra realidade, sendo que as pessoas que mais cometem suicídio são classificadas como pardos (88,9%), seguidos por indígenas (7.4%) e brancos (3,7%). Como pode ser verificado na tabela, nenhum apontamento de casos de suicídio de pessoas negras e nem amarelas foi constatado.

O relatório do Governo do Estado do Amazonas, em seu Plano Estadual de Saúde (PES 2012-2015), mostra que em sua análise de raça/cor a maioria (68,9%) da população residente no Amazonas declarou-se parda, seguida pelos que se diziam brancos 21,2%, negros 4,1% e indígenas 4,8%. Os muni-

cípios de São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Santa Izabel do Rio Negro, destacam-se por possuírem, em número absoluto, as maiores populações indígenas do estado. Segundo os dados estatísticos do IBGE (2009), a Região Norte é composta por 71,2 % da população de classificação parda, sendo o estado do Amazonas o primeiro colocado com 77,2% declarados pardos.

Levando em conta as estatísticas que apontam o Amazonas como um estado em que a maioria se autodeclara pardos, considera-se importante fazer uma breve retomada histórica para a melhor compreensão da efetivação do conceito "*pardo*" nos sistemas classificatórios de raça ou cor. Dessa forma, segundo Osório (2004, p. 7), é importante primeiramente considerar que

> A classificação racial é entendida como o conjunto de categorias em que os sujeitos da classificação podem ser enquadrados. Por sua vez, o método de identificação é entendido como a forma pela qual se define a pertença dos indivíduos aos grupos raciais. Enquanto a classificação racial varia praticamente de país para país, os métodos de identificação racial são relativamente poucos, com variantes. No sistema classificatório em foco, são empregadas cinco categorias de 'cor ou raça' que definem igual número de grupos raciais, e a identificação racial é realizada por meio do uso simultâneo de autoatribuição e de heteroatribuição de pertença.

Dessa forma, os dados estatísticos da variante raça/cor obtidos pelo IBGE e pelo SIM são decorrentes da autoatribuição (conforme documentos dos sujeitos) e heteroatribuição de pertença (conforme relatos de familiares e outros). A questão da identificação por autoatribuição como foi verificado na literatura envolve o problema da variação social de cor, ou seja, em classe ou raça, os autores são unânimes ao afirmar que a ascensão social pode embranquecer. E nessa lógica do embranquecimento, percebe-se como tem sido o processo no Brasil em que os mais escuros conseguem melhores oportunidades sociais ao "*diluir o sangue negro no branco*" para tornar-se mais claro e aceito (ALVES; FORTUNA; TORALLES, 2005 apud TRAVASSOS; WILLIAMS, 2004).

A questão da afirmação do branqueamento começou a ser trabalhada nos

censos realizados no período republicano até 1970, em que a preocupação era o problema da miscigenação racial. Segundo Loveman (1999, p. 914):

> Para as elites nacionais, ou 'aqueles em condições de fazer política social', tratava-se das possibilidades de o Brasil tornar-se mais uma das nações civilizadas e em progresso, mas com um grande contingente populacional inculto e miscigenado, o que, na visão europeia, condenava o Brasil ao retrocesso e à degeneração.

A partir disso, a ideia da elite era de que o Brasil seria civilizado pelo "*branqueamento*" de sua população, logo, através das misturas das raças, a população brasileira se tornaria branca e haveria o declínio da população negra. Loveman (1999) observa ainda que os dados censitários mostram que entre 1872 e 1960 a proporção de declarados de cor "*branca*" não cessava de crescer. Com os declarados "*pretos*", ocorria o contrário, isto é, decaíram para cerca da metade da proporção original.

Em 1980 ocorre uma pressão por novas demandas por informação censitária para inclusão da questão da cor/raça, exercida especialmente por dois grupos sociais: cientistas sociais e grupos ligados ao movimento negro. Segundo Anjos (2013), as informações censitárias passaram a ser consideradas por esses grupos como essenciais para demonstrar que a "*democracia racial*" seria um "*mito*". Nessa mesma perspectiva, Loveman (1999, p. 915) expõe que

> A partir do diagnóstico de que o Censo de 1980 não refletia o peso percentual da população afrodescendente à época, a campanha tinha por objetivo que a população declarasse sua 'cor' a partir da conscientização de suas origens étnicas, tentando impor ao IBGE e à população outro princípio de classificação racial, baseado na origem, e não na aparência física.

Diante disso, as categorias raciais do IBGE recebem um novo uso. Em seu estudo, o historiador Anjos (2013) aponta que primeiro foi mantida a autodeclaração como principal procedimento de identificação dos "*negros*" na implementação de políticas de ação afirmativa. Em segundo lugar, con-

solida-se no IBGE e em outras instituições estatais a junção de "*pretos*" e "*pardos*" para a composição da população "*negra*".

Considerando toda essa retomada histórica, o ponto de partida a ser pensado para justificar a predominância dos números de suicídios de idosos "*pardos*" relaciona-se, muito possivelmente, à questão da exclusão, simbólica e concreta, da presença negra na construção da formação da identidade do povo amazonense. Esse silenciamento e apagamento faz com que a população considere que sua origem é constituída apenas por duas figuras: a europeia, ou "*europeizada*", misturada à indígena.

Um importante trabalho para explicar esse silenciamento da população negra é da historiadora Sampaio (2012) em seu livro "*O fim do silenciamento*". No primeiro capítulo do livro, a autora resgata indícios do papel efetivo da escravidão africana, relacionado à economia Amazônica no século XVIII. Nas palavras da autora:

> A proposta desse capítulo é, de um lado, procurar reconstruir, em linhas bastante gerais, a emergência desses novos sujeitos [escravos negros] e, de outro, buscar apontar – na medida das possibilidades – as relações entre a propriedade escrava e os mecanismos de mobilidade social do Grão-Pará colonial. (SAMPAIO, 2012 p. 18).

A historiadora (2012) considera a importância não somente de avaliar e dimensionar os números de escravos presentes no Grão-Pará Colonial, mas, sobretudo, o desafio de dar visibilidade às suas formas de inserção na sociedade da época.

Discorre também sobre a Manaus do século XIX, que contava como principal força de trabalho, e era representada por negros e negras escravizados, indígenas e negros e negras livres. Manaus possuía uma característica diferente das demais capitais das províncias, pois havia muitos negros e negras livres, porém, viviam sob a carga do preconceito de cor. Na visão da autora, até hoje os negros ainda não receberam o devido reconhecimento por suas contribuições no processo de formação da cidade.

Para Sampaio (2012), reconstruir essa inserção negra na sociedade faz com que se quebre o silêncio criminoso sobre a presença de negros e negras no

Amazonas. Aqui se anda na contramão de outros estados que se esforçam de maneira sistemática em reconhecer o valor da cultura negra na formação de suas sociedades.

Outro aspecto que podemos considerar para apontar a presença negra no Amazonas é a capoeira, pois é considerada uma das contribuições mais importantes da cultura afrodescendente na construção cultural amazonense. Diante de toda essa explanação, podemos considerar a posição de Braga (2011, p. 170):

> A ideia, portanto, de uma Amazônia exclusivamente portuguesa, indígena e mestiça cabocla precisa ser ultrapassada no senso-comum e merece incorporar outros sujeitos históricos e contemporâneos na consciência de todos nós, neste caso os negros, mas também migrantes latinos americanos, de outras nacionalidades não somente brasileira.

Logo, as porcentagens obtidas em relação à variável raça devem ser entendidas dentro de um cenário sócio-histórico em que estão inseridas, pois afirmar que idosos pardos são mais suscetíveis ao suicídio seria um equívoco, considerando como foi construída a formação cultural do 'ser pardo' no Brasil e como isso está ligado à construção racial do povo amazonense. Além disso, é necessário considerar os elementos excluídos e incluídos no sistema da FVS/SIM, lembrando que ele é caracterizado como um sistema de autoatribuição e heteroatribuição de pertença.

Tabela 4 - Número de suicídios por escolaridade – período 2007-2011

Escolaridade	Números de Suicídios	%
Sem Escolaridade	1	3,7%
Ensino Fundamental I	7	25,9%
Ensino Fundamental II	5	18,5%
Ensino Médio	8	29,6%
Superior Incompleto	3	11,1%
Superior Completo	1	3,7%
Ignorado	2	7,4%
Total	27	100,0%

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde – AM (2016).

No caso de suicídio de indígenas, consideramos que ao levar em conta o processo histórico do conceito de raça, esse fenômeno merece um estudo mais aprofundado para explicar o significado dessas ocorrências, pois no estudo sobre suicídio de indígenas se devem considerar diversos fatores socioculturais da região, dentro de suas diversas etnias e cosmologias particulares.

- Escolaridade

O nível de escolaridade apresentado na tabela aponta que os idosos que cometeram suicídios no Amazonas possuem baixa escolaridade. A distribuição de cada grupo em ordem crescente foi a seguinte: Ensino Médio (antigo 2º grau) (29,6%), Ensino Fundamental I (25,9%), Ensino Fundamental II (18,5%), Superior Incompleto (11,1%), e a mesma porcentagem para os níveis: Superior Completo e Sem Escolaridade (3,7%). Em 7,4% dos casos a escolaridade foi ignorada.

Ao olhar esses números, podemos considerar que pessoas idosas com baixo grau de instrução escolar estão mais propensas a cometer suicídios. No entanto, é importante acrescentar que até o início dos anos 60, apenas a classe social mais alta, e especificamente os homens, tinham acesso ao ensino formal. Às mulheres estava reservado o papel de mãe e dona de casa. Sem dúvida, essa herança não foi completamente superada em seus efeitos de longo prazo.

Decompondo os dados, percebe-se o baixo nível de instrução escolar das mulheres, comparando com os homens, visto que todas se encontravam no grupo de Ensino Fundamental I. Nos seus estudos, Berzins (2003, s.p.) dá sentido a essas interpretações ao enfatizar que

> As pesquisas apontam que proporcionalmente, os homens são mais alfabetizados do que as mulheres, devido principalmente ao contexto social da época em que os mesmos se encontravam, onde normalmente era reservado às mulheres o papel de serem donas de casa, ficando as mesmas alheias à vida produtiva social.

Entre os homens encontramos a maior frequência de suicídios entre indivíduos com níveis educacionais entre o Ensino Médio (Antigo 2º grau) e a 5ª e 8ª série (Ensino Fundamental II).

De modo geral, prevalecem os casos de suicídios em pessoas com nível educacional fundamental, característica também apresentada em um estudo realizado em âmbito nacional (MINAYO et al, 2012), demonstrando que metade daqueles que haviam cometido suicídio tinham o ensino fundamental completo ou incompleto; outra parte não havia chegado ao ensino primário e uma pequena parcela possuía o ensino técnico.

Considerando essas informações, podemos supor que a escolaridade pode agir como fator preventivo e protetor nos casos de suicídios. Mesmo o documento referente ao envelhecimento ativo, descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), indica a educação como determinante para um envelhecimento ativo pois, no geral, o analfabetismo e a baixa instrução são fatores predisponentes para deficiências e mortes durante o envelhecimento.

- Método de perpetração do suicídio

Tabela 5 – Números de suicídios por método – período de 2007-2011.

Método	Números de Suicídios	%
Enforcamento	24	89%
Arma de fogo	2	7%
Envenenamento	1	4%
Total	27	100%

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde – AM (2016).

A classificação dos métodos empregados nos casos de suicídio de idosos no Amazonas está baseada no sistema adotado pelo CID-10 (OMS, 1993) que é definido como óbito derivado de "*lesões autoprovocadas intencionalmente*" por diversos métodos.

Para Mereilos (2010), os métodos utilizados podem ser classificados em: violento (enforcamento, queda de altura, mutilação, disparos, arma branca)

e não violento (intoxicação voluntária com droga, inalação de gases tóxicos).

O método preferencial verificado foi o enforcamento em todas as faixas etárias – 89%. Outros métodos que apareceram são: uso de armas de fogo (7%) e envenenamento (4%).

O enforcamento é o método que persiste para cometer suicídio em ambos os sexos, seguido pelo uso da arma de fogo. Segundo diversos autores, os idosos usam meios mais letais do que pessoas mais jovens e por isso suas tentativas costumam ser bem-sucedidas (CONWELL; THOMPSON, 2008; MITTY; FLORES, 2008).

O método escolhido é determinado pela disponibilidade e acesso aos meios associado a outros fatores culturais. Em um estudo de Phebo (2005) sobre a arma de fogo e seus impactos na saúde da população no Brasil, as estatísticas apontam que a arma de fogo é o segundo método utilizado para a consumação do suicídio em todas as idades (17,7%); o enforcamento dispara na primeira colocação (52,2%). Para a autora, essa explicação fundamenta-se na seguinte questão:

> Pode-se pensar que a arma de fogo não seja o instrumento mais utilizados nos casos de suicídio por uma questão de acesso. Certamente, é mais fácil obter uma corda para se enforcar do que um revólver. Por outro lado, esta lógica não se aplica aos homicídios, já que a sua maioria acontece pelo uso da arma de fogo. A questão não é apenas de acesso, mas também do perfil de quem aperta o gatilho. Nos homicídios, quem mata e quem morre são homens jovens, enquanto que, nos suicídios, as maiores taxas estão entre homens mais velhos. A relação com as armas desses dois grupos é certamente diferente. No meio jovem, há uma atração pela arma de fogo, símbolo de poder e instrumento que o permite circular fazendo frente a sua insegurança. Para aquele que quer dar cabo de si mesmo, é um instrumento final. O jovem quer portar uma arma, ostentá-la, o suicida a deseja para um único e derradeiro ato. Se para um é objeto de desejo, para outro, uma comprovação do fim (PHEBO, 2005, p. 19).

Em relação ao envenenamento como meio utilizado para a concretização do suicídio, são baixas as estatísticas. No entanto, é necessário apontar que

segundo a bibliografia investigada, os medicamentos e pesticidas aparecem como os meios mais utilizados para a tentativa de suicídio, com predominância entre as mulheres (HAWTON, 1988 apud VILDAL, 2013; KARASOULI, 2001; BERNARDES, 2010).

Apesar de o suicídio ser um ato individual, é importante considerá-lo levando em consideração questões de ordem social, econômica, cultural, histórica e contextual, em que as escolhas acontecem no campo da vida real dos sujeitos. Quando olhamos para a escolha do método, a influência desses fatores em interação mostra toda sua importância.

- Zona da cidade

Tabela 6 – Número de suicídios por zona de ocorrência – período de 2007-2011.

Zona de Ocorrência	Número de Suicídios	%
Zona Sul	3	11,1%
Zona Norte	6	22,2%
Zona Leste	5	18,5%
Zona Oeste	2	7,4%
Zona Centro-Sul	2	7,4%
Zona Centro-Oeste	2	7,4%
Zona Rural	3	11,1%
Sem informação	4	14,8%
Total	27	100,0%

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde - AM (2016).

De acordo com os dados apresentados, é possível verificar que casos de morte autoinfligida de idosos ocorrem predominantemente em zonas que são consideradas áreas periféricas. Os números em porcentagem se organi-

zam na seguinte maneira: a Zona Norte apresentou a maior taxa de suicídio com 22,2%, seguido da Zona Leste 18,5%; a Zona Sul apresentou uma taxa de 11,1% e as Zonas Oeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram taxas iguais de 7,4%. Dois dados importantes que essa distribuição apresenta é o aparecimento de casos de suicídio na Zona Rural, com uma taxa de 11,1%, que podemos considerar elevada. Além disso, em 14,8% dos casos o local de ocorrência não foi registrado no sistema da FVS/SIM.

Diante dessas informações, é possível pensar na fragilidade dos serviços públicos nas zonas urbanas mais pobres da cidade, problemas enfrentados por idosos moradores desses lugares e que pode ter contribuído na decisão de tirar a própria vida.

No contexto amazônico, o desenvolvimento econômico resultou na concomitante ocupação irregular e no crescimento populacional. Considerando o desenvolvimento da cidade (tal como ocorre em outras capitais do País), é importante atentar para as palavras de Barbosa (2004, p. 12):

> Em países da periferia do capitalismo como o Brasil, onde o desenvolvimento econômico tem sido acompanhado de situações que convergem para a pobreza, a concentração de renda e as precárias condições de vida, principalmente em grandes centros urbanos e entre regiões, tendem a se agravar. Mas, os diversos mecanismos propostos na Constituição Federal para superá-las, particularmente na Amazônia e região Norte, não têm conseguido equacionar a questão. Pelo contrário, conseguiu desnudá-la ainda mais. Nessa região, onde políticas, planos e projetos de desenvolvimento regional, historicamente, foram implantados com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e a ocupação humana dos espaços, principalmente das áreas de fronteiras, trouxe também grandes transformações socioambientais, com intenso crescimento demográfico e ocupação urbana desordenada, resultando no surgimento de problemas de natureza variada.

Ao referir-se ao desenvolvimento econômico associado a problemas de natureza variada, a autora coloca em pauta questões ambientais, étnicas, demográficas e principalmente sociais. É exatamente na dimensão social que todas as transformações socioeconômicas do mundo capitalista periférico

fazem eclodir demandas em forma de busca por serviços públicos de saúde e outros. Podemos pensar que em relação aos casos de suicídio, essa distribuição espacial não é casual, mas demonstra as iniquidades da própria estrutura social.

Os dados apontam para a predominância de casos de suicídios nas zonas periféricas de Manaus. É importante acrescentar que as famílias que vivem nessas áreas estão inseridas em um contexto de crescimento populacional, que ocorreu de forma desordenada em virtude do crescimento econômico e do processo de migração. Essas famílias passaram a se instalar nas periferias urbanas sem contar com mínimas condições de infraestrutura local.

Sobre esse processo de migração, Barbosa (2004, p. 30) acrescenta:

> De fato, o processo migratório continua fazendo-se agora extensivo também às cidades médias do interior. Esse quadro é agravado pelo perfil dos migrantes, a maioria deles sem qualificação, com baixo ou nulo nível de escolaridade, e cujas precariedades se agregam às previamente existentes na região.

De acordo com os dados obtidos para análise, não sabemos a naturalidade dos idosos que cometeram suicídios e não podemos afirmar se são ou não migrantes. No entanto, o processo de migração não pode ser excluído da análise por fazer parte da construção da identidade dos amazonenses. Além disso, se considerarmos o exposto acima, é possível correlacionar com a variável escolaridade, pois os idosos que cometeram suicídios também possuem baixa escolaridade e, não poucas vezes, a migração vem associada às descontinuidades e abandonos na vida escolar.

Em vista disso, podemos observar diversas características que constituem enormes desafios ao campo das políticas públicas para pensar um plano de ação em relação ao processo de urbanidade. Nas palavras de Barbosa (2004, p. 50), percebemos o quanto isso é importante:

> Em suma, o estado do Amazonas apresenta especificidades geográficas, demográficas, econômicas e sociais que tornam particularmente difícil traçar planos de integração das diversas dimensões que deveriam ser incluídas. Isso se vê agravado pelo fato de as atividades econômicas não terem capacidade de absorção da mão de obra ociosa, aumentada pela migração

> maciça em direção ao polo industrial da ZFM. Se a isto se soma a concentração da terra e da renda e o fato de o investimento estadual em infraestrutura não acompanhar o processo de 'metropolização' de Manaus, tem-se por resultado um elevado percentual de pobreza.

Quando correlacionamos o processo de metropolização, elevado percentual de pobreza aos casos de suicídios, podemos pensar em Marx (1846) na obra "*Sobre o suicídio*", em que o autor faz uma releitura das questões políticas e econômicas da época, considerando como causa do suicídio a miséria, o desemprego, os salários aviltantes, a injustiça social. Para Marx (2006, p. 24):

> O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente [um vício constitutivo, diz Peuchet] de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. A prostituição e o latrocínio aumentam, então, na mesma proporção. Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramo-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade das suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas.

A série histórica tem mostrado que a cidade de Manaus detém forte posição econômica, que reflete diretamente seu processo de urbanização e geração de riqueza. No entanto, esse crescimento econômico não garante a melhoria da qualidade de vida das populações que habitam as zonas periféricas. O que vemos é o agravamento dos problemas urbanos, a maior ocorrência de invasões em área de floresta e a falta crônica de serviços públicos que, consequentemente, agrava os problemas de saúde e aprofunda as desigualdades sociais. Este, sem dúvida, apresenta-se como cenário associado, por vias complexas, aos casos de suicídios dos idosos.

Considerações finais

Como vimos, no período de 2007-2011 foram registrados 27 óbitos por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais em Manaus, que responde pela

grande maioria dos casos do Estado. Os números quantificados estão baseados na definição da OMS, que considera a idade cronológica de acordo com a situação de desenvolvimento do país em questão. Como o Brasil é um país em desenvolvimento, a idade que representa essa fase é a partir dos 60. No entanto, considerando os aspectos apresentados para situar o contexto Amazônico, foi observado que o envelhecimento na região é fruto de um processo acelerado e, apesar de situar a idade cronológica aos 60 anos, é possível pensar esse 'ser envelhecido' na região antes dessa idade. Logo, se esse estudo fosse considerar essa situação, talvez surgissem dados epidemiológicos que apresentassem um número maior no registro de ocorrências.

Os dados analisados demonstram que os idosos acima de 70 anos fizeram parte do grupo que mais recorreu à prática do suicídio em comparação com o grupo da faixa etária de 60-69 anos.

Em relação à variável gênero, vimos uma predominância dos óbitos masculinos, com diferença muito significativa comparada aos óbitos femininos. Esses dados confirmam o que a literatura consultada demonstra, ou seja, os homens cometem mais suicídios que as mulheres.

Em relação à variável raça/cor, houve predominância de casos de suicídio entre pessoas pardas. Em contrapartida, a raça negra e amarela não apresentou nenhum caso registrado. Como podemos verificar, essa categoria diverge do que é apresentado na literatura, pois as pessoas da raça branca são as que mais cometem suicídios. Por outro lado, essa categoria nos leva a pensar sobre o que é ser considerado *pardo* no Amazonas. Para entender esse fenômeno, buscamos contribuições da historiografia, apontando para a existência de um processo de *silenciamento* de informações sobre as consideradas outras raças, a exemplo da negra e da indígena, no processo de identificação racial do povo amazonense.

Os idosos que cometeram suicídio no período analisado possuem escolaridade baixa e apresentam uma preferência pelo enforcamento como método de perpetração do suicídio em todas as faixas etárias.

Ao consideramos as zonas de ocorrência, a maior parte dos casos de suicídios de idosos ocorreu em regiões da cidade consideradas periféricas. Dois dados importantes apareceram na categoria zonas de ocorrência: a manifestação de casos de suicídio na Zona Rural, com uma taxa de 11,1%, que

consideramos elevada; além de outra taxa de 14,8%, casos que não foram registrados no sistema da FVS/SIM.

Embora os dados não apresentem a condição econômica dos idosos que cometeram esses suicídios, podemos considerar que muitos viviam os em locais de grave fragilidade social, espaços que sofreram profundas mudanças advindas do processo de "*metropolização*" da cidade, tornando-se o eixo central para a explicação de um cenário social marcado por desigualdades sociais.

Existem várias definições teóricas que explicam o uso do termo fragilidade em relação aos idosos, porém, é a fragilidade relacionada às condições socioeconômicas desfavoráveis que mais se alinha em nossa análise.

Em síntese, ao considerar esses idosos que cometeram suicídio em situação de fragilidade social, levamos em conta a baixa escolaridade, localização em áreas periféricas, a construção do processo de ocupação demográfica no Amazonas e de como isso pode ter afetado no processo de envelhecimento desses idosos, ou seja, como esse modo de vida pode ter contribuído na decisão de tirar a própria vida.

Dessa forma, as reflexões construídas neste estudo sobre os casos de suicídio de idosos são pertinentes ao considerarmos as especificidades locais e os reflexos de suas interferências no cotidiano das relações construídas sobre os tipos de velhice, assim como as formas de envelhecimento promovidas ao longo do processo histórico-político econômico de formação e ocupação da Amazônia. Desse modo, cremos poder auxiliar na construção e na fiscalização de políticas públicas voltadas para atender a população idosa. Além disso, a partir desse estudo, pode-se desenhar ações mais eficazes que auxiliem a prevenção do suicídio dessa população, como forma de promover um envelhecimento saudável para todos aqueles que chegaram a essa etapa da vida.

Referências

ARIÈS, P. *História social da infância e da família*. Tradução de D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

BARBOSA, M.A. *Desigualdades regionais e sistema de saúde no Amazonas*: o caso de Manaus. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Am, 2004.

BENCHIMOL, S. *Introdução à Amazônia*. Manaus, AM: UFAM, 1996. Mimeografado.

BENTES, N. *Manaus*: realidades e contrastes sociais. Manaus: Valer; Caritas Arquidiocesana de Manaus, 2005.

BERZINS, M.A.V.S. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 75, 2003.

BRAGA, S. I. G. Danças e andanças de negros na Amazônia: por onde anda o filho de Catirina? In: SAMPAIO, P. M. (Org.). *O fim do silêncio*: presença negra na Amazônia. Belém: Açaí, 2011. v. 1, p. 157-172.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, OPAS, Unicamp; 2006.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Coordenação Geral dos Direitos dos Idosos. *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos, 2012.

CERQUEIRA, M. B. R. *Envelhecimento populacional e população institucionalizada*: um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros. 2003. 109f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.

CÔRTE, B. et al. Suicídio na envelhescência. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 636-649, dez. 2009.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*.

Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM). Departamento de Planejamento. *Plano Estadual de Saúde*: PES 2012-2015. Manaus, AM: SUSAM, 2015. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2012-2015_revisao_01.pdf>. Acesso: 18 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2012*. Brasília, 2012.

_____. *Censos demográficos de 1970, 1980, 1991,1996, 2002 e 2010*. Brasília, 2010.

_____. *Resultados preliminares da amostra 2010*. Brasília, 2010.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria*: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____; _____; _____. *Compêndio de Psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LISBÔA, S. M. *A Política Pública para Idosos na cidade de Manaus*: um estudo sobre as demandas e os desafios na sua efetivação. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, 2011.

LOVEMAN, M. Making "race" and nation in the United States, South Africa, and Brazil: taking making seriously. *Theory and Society*, v. 28, n. 6, p. 903-927, dec. 1999.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

MARX, K. *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARTINS DE SOUZA, L. C. O Norte apagado: algumas formas de materialização discursiva do silenciamento do indígena e do caboclo da Amazônia brasileira. In: SEMINÁRIO DE ANÁLISE DE DISCURSO, 2., 2005, Rio Grande do Sul.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência autoinfligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. anexo VII, p. 206-234.

_____. Suicídio de pessoas idosas e fatores associados a esse fenômeno no Brasil e no mundo. In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (Org.). *Rompendo o silêncio*: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari; 2009. p. 199-218.

_____; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

_____ et al. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Ciên. Saúde Colet*., v. 17, n. 10, p. 2773-2781, 2012.

MELEIRO, A. M. A. S. Avaliação médico-psiquiátrico do risco de suicídio. *Debates Psiquiatria Hoje,* ano 2, n. 5, p. 10-15, 2010.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciên. Saúde Colet.*, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, 2012.

MOREIRA, J. O. Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia*: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 28, n. 4, p. 451-456, out./dez. 2012.

NERI, A. L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 1, n. 1, p. 69-80, 2004.

OSÓRIO, R. G. O sistema classificatório de "cor ou raça" do IBGE. In: BERNARDINO, J. et al. *Levando a raça a sério*: ação afirmativa e universidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *CID-10*: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 1993.

PHEBO, L. Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. In: BRASIL: as armas e as vítimas. Rio de Janeiro, RJ: ISER/7 Letras, 2005.

PONCINHO, M.T.S. *Fatores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejado*. 2007. 290 f. Tese (Doutorado em Ciências Biomédicas/Saúde Mental) – Universidade de Porto, Porto, 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SAMPAIO, P. M. *O fim do silêncio*: presença negra na Amazônia. Belém: Açaí, 2011. p. 13-43.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação e Realidade*, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, 1995.

WHO. NMH. NPH. *Active ageing*: a policy framework. Geneve: World Health Organization, 2002. p. 58.

ZIMERMAN, G. I. *Velhice*: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Representações sociais do suicídio entre grupos de idosos[1]

Rosenilda Freitas da Silva[2]
Denise Machado Duran Gutierrez[3]

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio vitima aproximadamente um milhão de pessoas no mundo por ano (SAZ apud MINAYO, 2010), de forma que os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. O suicídio entre a população idosa é um fenômeno complexo que preocupa as diversas sociedades do mundo por suas elevadas taxas quando comparadas com o restante da população (MINAYO, 2010).

Sabe-se que a população brasileira passa hoje por um acelerado processo de envelhecimento (IBGE, 2009). Assim, em 1994 foi estabelecida a Política Nacional do Idoso. Tal política objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania (BRASIL, 1994). Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, norma mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, que dentre outros direitos, trata do direito à vida em seu art. 9 (BRASIL, 2003, s.p.):

1 Projeto desenvolvido no âmbito do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/UFAM (2011-2012), em caráter voluntário.
2 Psicóloga formada pela Faculdade de Psicologia/UFAM
3 Docente do Programa de Mestrado em Psicologia/UFAM

> É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Contudo, no Brasil não há um conjunto amplo de pesquisas sobre o suicídio na população idosa, embora este tenha sido o grupo no qual as taxas de suicídio mais cresceram nos últimos anos no país (MINAYO, 2010).

Segundo Ramos (2002), nos Estados Unidos existe uma vasta literatura enfatizando a relevância da relação entre saúde dos idosos e relacionamentos sociais, de forma que as redes sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental desse grupo. Pesquisa realizada por Pires et al (2009) aponta o isolamento social como um dos fatores de risco para o suicídio entre idosos.

Para a propositura do presente estudo, partimos de duas considerações fundamentais: 1) o suicídio é um fenômeno social complexo que envolve a conjugação de diversos fatores em relação de codeterminações (sociais, subjetivos, simbólicos, culturais, biológicos etc.); 2) as representações sociais são saberes do senso comum, elaborados e socialmente partilhados, com um objetivo prático de possibilitar o entendimento e a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2001). Entendemos que o uso da teoria das representações sociais pode contribuir de forma significativa para a abordagem da temática do suicídio entre idosos. Assim, o presente estudo tem o intuito de investigar as representações sociais do suicídio entre dois grupos de idosos da cidade de Manaus: o primeiro, constituído de participantes do Programa Idoso Feliz Participa Sempre, da Universidade Federal do Amazonas, que envolve atividades físicas, recreativas, psicoterapia em grupo e individual, quando necessário; e o segundo, um grupo de idosos que não participa de grupos de apoio, preferencialmente que tenham sido diagnosticados com algum transtorno mental.

Para Minayo (2010), a literatura mostra que transtornos mentais estão fortemente relacionados ao suicídio de idosos, de forma que 71% a 95% dessas pessoas possuíam diagnóstico de algum transtorno mental. Conhecer as

representações sociais do suicídio pelos idosos é de fundamental importância para a melhoria das políticas públicas voltadas para os idosos, de forma a mitigar os riscos associados ao suicídio.

Este estudo consiste inicialmente em uma revisão bibliográfica acerca das representações sociais e do envelhecimento, conceitos que estão inter-relacionados à problemática estudada.

Concomitantemente, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, aplicado aos sujeitos da pesquisa num verdadeiro trabalho de campo, acessando assim a empiria necessária para a investigação em causa.

Quadro teórico

As representações sociais

Durkheim, autor que enfatizou a primazia dos fenômenos sociais como determinante de todos os comportamentos e ações do homem, foi o primeiro a cunhar o termo *representações sociais*. Segundo tal perspectiva, os indivíduos agiriam como marionetes, apenas reprodutores daquilo que lhe empresta a realidade social mais ampla (GUTIERREZ, 2008). Contudo, Moscovici (2003) amplia este conceito de "*representação coletiva*" ou social de Durkheim através da abordagem da dimensão psicológica das representações.

Com a flexibilização da sociologia totalitária de Durkheim, Moscovici cria uma dimensão entre o social e o psicológico, possibilitando estudos mais multidisciplinares e interdisciplinares. O autor introduz dois conceitos que operam na constituição e funcionamento das representações sociais: *objetivação* e *ancoragem*. Ele explica que a objetivação consiste no processo de materialização de ideias e abstrações em figuras e imagens. Já a ancoragem seria o processo que transforma os conteúdos estranhos em familiares à medida que aqueles conteúdos se associam a estruturas cognitivas e sentidos já existentes na vida mental das pessoas, o que geraria um conforto cognitivo. Desta forma, as representações sociais consideram o indivíduo enquanto

depositário e construtor, pois ao mesmo tempo está presente o trabalho da *psique* em relação ao mundo e há a relação de alteridade entre sujeito e mundo (GUTIERREZ, 2008).

A partir do estudo das *representações sociais*, Moscovici ambicionava uma redefinição dos problemas e dos conceitos da psicologia social (SPINK, 2004). Segundo Robert Farr (1987 apud SPINK, 2004), esta nova psicologia social constituiu-se como uma importante crítica da natureza individual da chamada psicologia social na América do Norte e na Grã-Bretanha por se ocupar basicamente dos processos psicológicos individuais enquanto influenciados pela presença imaginária ou não de outros indivíduos, o que, segundo os críticos, não daria conta das relações da vida cotidiana em um nível mais propriamente social.

A proposta da psicologia social de Moscovici considera tanto os comportamentos individuais quanto os fatos sociais como instituições e práticas em sua concretude e singularidade histórica. Vale ressaltar ainda que ela rompe com a visão da influência unidirecional dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais e destaca o papel ativo destes na construção das próprias realidades sociais (SPINK, 2004).

O conceito de *representações sociais* de Moscovici se diferencia das representações coletivas de Durkheim, especialmente porque para o sociólogo os indivíduos eram portadores e usuários das representações coletivas que, no entanto, não podiam ser constituídas como um somatório das representações individuais. Essa posição se apoiou em estudos empíricos sobre as religiões, de modo que as formas elementares identificadas nas representações religiosas de povos ditos primitivos também seriam encontradas nas religiões consideradas mais elaboradas. Contudo, para Moscovici (2003), o conceito de Durkheim poderia servir às representações coletivas da sociedade ocidental daquela época. Já nas sociedades contemporâneas, o seu interesse de estudo eram os campos político, científico e humano (SPINK, 2004).

Com base em Moscovici, surgiram três propostas para o estudo das representações sociais: uma abordagem compreensiva (de Denise Jodelet); uma vertente que destaca os aspectos sociológicos e voltada para investigação dos determinantes de produção das representações (de Willen Doise); por última, uma proposta que destaca os aspectos cognitivos na construção

das representações sociais, propondo uma teoria derivada – a Teoria do Núcleo Central (de Jean-Claude Abric). Segundo esta teoria, haveria um núcleo com conteúdos mais estáveis e permanentes das representações e outro periférico, de aspecto fluido, mais sujeito a mudanças. O grande diferencial da proposta de Abric é a possibilidade de estudo dos aspectos dinâmicos e mutáveis das representações (GUTIERREZ, 2008).

Embora pareça não haver uma relação entre o uso da teoria das representações sociais e um método de pesquisa único, percebe-se que certas abordagens utilizam prioritariamente determinados métodos, como é o caso da abordagem de Jodelet, que se apresenta vinculada aos métodos qualitativos, em especial a entrevista em profundidade. Da mesma forma, a abordagem de Doise está para os métodos estatísticos correlacionais à de Abric, apoiada no método experimental, utilizando associação de palavras para identificar temas de representação com posterior análise, comparação e hierarquização da produção pelo próprio sujeito (GUTIERREZ, 2008).

Uma crítica que se faz à metodologia empregada no campo das representações sociais refere-se à racionalidade de se realizar a coleta de dados a partir do indivíduo e, com isso, inferir conclusões para o grupo social. Contudo, segundo Sá (1998 apud GUTIERREZ, 2008), isso pode ser atenuado quando da construção do objeto de pesquisa, indagar sobre sua fundação social de forma que se possa garantir que esteja enraizado nas interações sociais cotidianas, integrando o campo das negociações simbólicas. Segundo Oliveira e Werda (1998 apud GUTIERREZ, 2008), a técnica dos grupos focais é bastante adequada na pesquisa das representações sociais por se fundamentar na interação entre as pessoas no grupo e, assim, se assemelhar a uma conversação normal, tornando os conteúdos mais ricos.

Quanto aos efeitos das representações sociais no cotidiano, para Papalia e Olds (2000), os estereótipos negativos realmente podem causar danos, por exemplo, uma assistente social que vê a depressão como normal na idade avançada, pode não dar a devida importância à depressão de um paciente idoso, sendo que os estereótipos positivos que tomam a velhice como a idade de ouro ou uma segunda infância somente de lazer não são mais proveitosos que aqueles.

O envelhecimento

A população idosa constitui um grupo diverso, que se diversifica cada vez mais à medida que se torna mais numeroso (PAPALIA; OLDS, 2000). Lugares novos se acham disponíveis a serem ocupados, desde que haja abertura a novas experiências, de acordo com o que foi construído ao longo da vida do sujeito, ou seja, o processo do envelhecer atravessa a singularidade e se dá a partir de novos significados que o sujeito atribui à sua própria história (CÔRTE et al, 2009).

Importante salientar que muitas condições que se costumava creditar como inerentes à velhice, sabe-se hoje que se devem mais a fatores de estilo de vida ou a doenças que podem ou não acompanhar o envelhecimento. Papalia e Olds (2000) classificam o envelhecimento em duas categorias: o primário, que é a deterioração inevitável do corpo, que começa cedo na vida e continua com o passar dos anos; e o secundário, resultante de doenças e abusos, que muitas vezes podem ser evitados ou controlados pelas pessoas.

Atualmente, a gerontologia refere-se a três grupos de idosos: o dos "velhos jovens", constituído por pessoas de 65 a 74 anos, comumente ativas, joviais e vigorosas; o grupo dos "velhos velhos", formado por aquelas de 75 a 84; e, por último, os "velhos mais velhos", maiores de 85 anos, que apresentam maior probabilidade de dependência e dificuldade de realizar algumas atividades diárias. Outra classificação, mais significativa, é por idade funcional, uma vez que um idoso de 90 anos saudável pode ser funcionalmente mais jovem que um de 65 anos, doente. Assim, o termo "velho jovem" seria para usado para designar idosos saudáveis, independentemente da idade, e "velho velho" para os que não possuem boa saúde (PAPALIA; OLDS, 2000).

Para melhor compreensão do tema, vale ressaltar o aspecto sócio-histórico da velhice. Segundo Peixoto (1998 apud ARAÚJO; CARVALHO, 2005), até o século XIX a velhice era associada à mendicância, porque naquela época a principal característica desse período da vida era a incapacidade de produzir e, consequentemente, a impossibilidade de se sustentar financeiramente. Assim, o denominado velho ou velhote não desfrutava de *status* social, embora o termo velhote também fosse usado para denominar o velho que tinha a imagem de *bom cidadão*. Araújo e Carvalho (2005) relatam que

a velhice, por muito tempo, foi associada à limitações e deficiências, fazendo parte da Psicologia do Excepcional e não da Psicologia do Desenvolvimento, como é entendido hoje. Eles citam autores como Telford e Sawrey (1976) que ainda falavam do idoso como *o indivíduo excepcional.*

De acordo com Peixoto (1998 apud ARAÚJO; CARVALHO, 2005), a fim de demonstrar uma visão menos estereotipada, o termo idoso passou a ser adotado para caracterizar a população envelhecida em geral, independentemente de classe social. A partir de então, "*os problemas dos velhos*" passaram a ser "*as necessidades dos idosos*". Contudo, Neri e Freire (2000 apud ARAÚJO; CARVALHO, 2005) aventam que o uso do termo "*melhor idade*" em substituição aos termos velhice ou velho indica preconceito, pois do contrário, não haveria a necessidade desta troca de palavras.

Falcão e Araújo (2010) destacam também a presença de ideias na sociedade de que vários problemas de saúde mental na velhice são incuráveis e intratáveis, o que leva a um efeito negativo na atitude dos familiares quanto à autonomia e à capacidade do idoso de tomar decisões, assim como na comunidade, que tende a banalizar as queixas apresentadas por pessoas idosas.

Importante também a observação de Bossi (1994 apud ARAÚJO; CARVALHO, 2005) de que a velhice decorre mais da luta de classes que de conflito de gerações, uma vez que o velho é excluído nas relações interpessoais, do mesmo modo que este – enquanto ator social – compartilha um lugar de exclusão juntamente com outros grupos (mulheres, negros, índios e portadores de necessidades especiais).

O suicídio

Em 1897 Durkheim publicou o livro "*O suicídio: estudo sociológico*". Neste trabalho, o sociólogo defende o conceito de corrente suicidógena, segundo o qual cada povo teria coletivamente uma tendência ao suicídio, uma espécie de necessidade social ou cota de sacrifício na forma de morte voluntária, o que contribuiria para uma harmonização social. Assim, tal corrente se manifestaria de três formas: 1) suicídio egoísta – motivado por desamparo do laço social gerador de sofrimento insuportável; 2) suicídio altruísta – sub-

metido excessivamente a uma consciência coletiva de ser útil ao seu grupo social; e 3) suicídio anômico – motivado por uma mudança súbita de lugar social faz com que a realidade psíquica transborde (SILVA; COUTO, 2009).

Bastos (2009) destaca a importância de se definir o suicídio de forma mais isenta possível de preconceitos, como a posição corrente que o designa de um lado como ato de coragem e, de outro, como covardia.

Segundo esse autor, o suicídio se relaciona com uma pluralidade de fatores, uma vez que suas causas têm ligações com fatores sociais, individuais, culturais, familiares etc. Por outro lado, independentemente disso, o suicídio tem aspecto singular fortemente ancorado no sujeito. Assim, dependendo do contexto, haverá configurações diferenciadas. O suicídio precisa ser considerado também como uma questão que varia ao longo da história, bem como um ato com vários significados de acordo com a cultura.

Bastos (2009) aborda o suicídio sob a perspectiva de Stubbe e Bojanovsky (1982). Nessa abordagem, o suicídio é visto como um acontecimento subscrito por uma tendência à autodestruição e que varia num contínuo existencial. Assim, não há o suicídio, mas sim suicídios, expressos através de diferentes gradações que o autor classifica em primeiro, segundo e terceiro graus de autodestrutividade. O primeiro, caracteristicamente inconsciente, é inerente a todos; o segundo é quando a pessoa apresenta algumas atitudes que põem em risco a própria vida, as tentativas de suicídio são enquadradas neste item. Sobre a questão das tentativas, o autor alerta para que seja dado o devido valor a elas, nem com lente de aumento nem com desvalorização. O terceiro grau refere-se à pessoa que apresenta um forte e firme desejo de se matar, requerendo apoio multiprofissional com médico, psicólogo, terapeuta de família e do próprio grupo familiar para participar no processo.

Do ponto de vista psicanalítico, para Fenichel (1981 apud BASTOS, 2009), a partir do texto de Freud "*Sobre uma psicogênese de um caso de homossexualidade feminina*", alguns neofreudianos defendem que ninguém mata a si mesmo sem querer matar o outro. Abadi (1973 apud BASTOS, 2009) afirma que uma das grandes motivações para o suicídio pode ser a perda de um objeto libidinal valioso. A pessoa tem o desejo de desaparecer da vida tal qual desapareceu para ela o seu objeto amado, já que o desejo de obter novamente o indivíduo que morreu é tão intenso e não há possibilida-

de de recuperá-lo na realidade concreta. Ainda de acordo com a psicanálise freudiana, há também o caso do paciente deprimido que volta ao sadismo de seu superego contra si. Isto é, ao realizar uma agressão contra ele próprio, na realidade, quer atacar um objeto interiorizado e sente-se impossibilitado de fazê-lo.

A perspectiva junguiana se põe a discutir o suicídio tomando por base o mundo externo, pois as metáforas exógenas que pregam a preservação da vida, tais quais a do direito, medicina, teologia e sociologia, sempre colocam exceções à supremacia da vida, revelando o interesse institucional maior em detrimento da preservação daquela. Segundo essa visão, abordam o suicídio de maneira preconceituosa, com terror da morte, e eliminam a possibilidade de se ver e discutir a morte como algo que tem a ver com a singularidade, com a alma. Esta perspectiva defende que a tipicidade exterior não significa uma similaridade correspondente de experiência. Que o paciente deve ser acolhido como um indivíduo e se deve fazer todos os esforços para entender e acolher a história de vida do sujeito que é uma singularidade em processo. A partir daí, é realizado um trabalho junto ao sujeito para que se entenda a fantasia do suicida e também para desvelá-la em sua cadeia de significados (BASTOS, 2009).

Acerca do ponto de vista psicossocial, Bleger (1984 apud BASTOS, 2009) afirma que um dos equívocos da psicologia é abordar os diferentes problemas humanos apenas do ponto de vista individual. Este estudioso defende que os problemas humanos devem ser tratados sob quatro ângulos: 1) compreensão do nível individual; 2) compreensão do nível das inter-relações (que parte da família); 3) compreensão do nível das instituições que lidam com a questão de saúde; e 4) compreensão do nível da sociedade como um todo.

Bleger (1984 apud BASTOS, 2009) enfatiza a questão das relações. Segundo ele, há dois tipos básicos de família, quais sejam, as de vinculação funcional e as de vinculação disfuncional. Ele destaca que a diferença entre estes dois tipos de família não está no rótulo de família saudável ou família doente, pois não existem famílias totalmente saudáveis nem totalmente enfermas. Não está também na existência de problemas, uma vez que todas as famílias têm problemas. O que as diferencia é a forma peculiar de se

lidar com seus particulares conflitos e distúrbios emocionais. As famílias funcionais seriam aquelas em que seus membros tendem a diferenciar-se. As pessoas aprendem não só a respeitar a individualidade de cada membro do grupo como também, quando necessário, aprendem a compartilhar tarefas juntos. Por outro lado, as disfuncionais seriam as que possuem relações marcadas por relacionamentos que tendem a não se diferenciar. De um lado, apresentam-se com relações exacerbadamente misturadas entre si (famílias simbióticas). De outro, por relações exageradamente individualistas (famílias esquizoides). Esta dificuldade de diferenciação revela-se especialmente na dependência em excesso entre seus membros, pouca autonomia, baixa autoestima e em outros fatores que tendem a se traduzir por grandes dificuldades nos relacionamentos, que podem ser atuadas através das tentativas de suicídio ou mesmo em suicídios fatais.

Tendo-se em vista os referenciais acima expostos, buscamos aqui investigar as representações sociais do suicídio entre dois grupos de idosos de diferentes condições de inserção social da cidade de Manaus, compreendendo seus aspectos temáticos constitutivos. Adicionalmente buscamos: 1) identificar expressões, sentimentos e experiências dos idosos com a temática do suicídio; 2) compreender a influência relativa da condição de participação em grupos de sociabilidade para a construção de representações sobre o suicídio; e 3) refletir sobre como representações sociais sobre o suicídio se relacionam com esse fenômeno psicossocial.

Abordagem metodológica

Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Tem como fundamentação a Teoria das Representações Sociais proposta por Jodelet (2001) e como método a Análise de Conteúdo de Bardin (2010).

A coleta de dados foi realizada com dez idosos, separados em dois grupos de cinco integrantes. Para pertencer ao primeiro grupo, o idoso deveria fazer parte do *Projeto Idoso Feliz Participa Sempre* da UFAM há pelo menos seis meses, independentemente de sexo ou classe social. O segundo grupo era composto por idosos que não haviam participado de projetos ou redes

de promoção e interação social. Este quantitativo foi dimensionado tomando como base o procedimento de saturação de conteúdos preconizado por Sá (2000). Ou seja, dez é uma quantidade estimada em que as ideias provavelmente são saturadas, o que se mostrou verdade nesta pesquisa.

Usou-se como instrumento entrevista do tipo semiestruturada, com roteiro previamente estabelecido. A coleta foi realizada inicialmente com o grupo de idosos não participantes de programas de redes sociais, selecionados través da técnica da "*bola de neve*", técnica de pesquisa qualitativa em que o conjunto de informantes é indicado por um ou dois informantes iniciais. Ou seja, é um mapeamento de poucas redes sociais, através das quais os dados são coletados até o ponto de saturação, quando novas informações não são mais adquiridas (BERNARD, 2005).

As entrevistas foram aplicadas de forma individual no local de preferência do participante. Na sequência, foi realizado contato com a coordenação do Programa Idoso Feliz Participa Sempre da UFAM com o objetivo de reafirmar a anuência obtida no início deste trabalho para a realização das entrevistas. Estes idosos foram entrevistados nas próprias dependências da UFAM, também de forma individual. Todas as entrevistas tiveram o áudio gravado e foram posteriormente transcritas literalmente em forma de texto editável. O conjunto das entrevistas, juntamente com outras informações coletadas no processo de sua realização constituiu o *corpus* da análise.

O material coletado foi submetido ao método de análise de conteúdo do tipo temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja presença ou ausência esteja relacionada ao objetivo analítico visado (MINAYO, 2004). Os núcleos de sentido são entendidos aqui como eixos em torno dos quais giram outras ideias. Operacionalmente, seguiram-se três etapas: a) leitura inicial para obter uma compreensão geral do material; b) leitura flutuante, que consiste na escuta exaustiva das entrevistas; c) identificação das unidades de significação que emergiam das falas dos usuários; d) comparação das diferentes unidades de significação dos usuários; e) descoberta de núcleos de sentidos em torno dos quais giram a construção das percepções; f) interpretação dos resultados e conclusão dos núcleos de sentidos encontrados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univer-

sidade Federal do Amazonas – UFAM, de acordo com as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos (CAAE 0255.0.115.000-11).

Resultados e discussão

Inicialmente trazemos alguns dados sociodemográficos que caracterizam o grupo de participantes. Dentre os idosos participantes do programa, todos se declararam de religião católica. A entrevista foi aplicada a 04 idosos do sexo feminino e 01 do sexo masculino, sendo que o homem possui 65 anos e as entrevistadas tem idades de 60 anos, duas delas com 64 anos e outra com 72 anos. Todos os idosos residem com familiares. O senhor entrevistado é casado. Dentre as senhoras, 02 são casadas, 01 é solteira e 01 é viúva. Quanto a problemas de saúde, apenas uma afirmou que não os têm. A respeito da renda salarial, neste grupo houve variação de R$ 820,00 a R$ 2.700,00. Dentre estes participantes, três são aposentados, um trabalha e outra não é aposentada e nem trabalha fora.

Dentre aqueles que não frequentam grupos de apoio a idosos, apenas um declarou-se de religião batista os demais se disseram católicos. Foram entrevistados 03 idosos do sexo masculino, sendo dois deles com 63 anos de idade e um com 78 anos. As duas entrevistadas têm idade de 81 e 89 anos. Verificou-se ainda que apenas um deles mora sozinho, de forma que os demais moram com familiares. As duas entrevistadas são viúvas e os três entrevistados são casados, sendo que um declara-se casado, embora seja separado da esposa. Dentre os entrevistados do sexo masculino, dois declararam não ter problemas de saúde e um disse ser diabético. Já as entrevistadas, uma disse ser hipertensa e a outra não tem problema de saúde. A respeito da renda salarial, houve maior variação salarial que no grupo anterior, de forma que as rendas declaradas foram R$ 622,00, R$1.400,00 e R$ 2.100,00; dois entrevistados tem renda de R$ 4.000,00. Destes entrevistados, dois ainda trabalham, sendo os demais aposentados.

Em relação à pergunta: "*O (A) Sr.(a) já teve alguma fase em que ficou muito perturbado ou triste?"* que teve o intuito de investigar se o participan-

te já passou por algum sofrimento psíquico, verificamos que apenas uma participante já teve sofrimento psíquico de fato (depressão), mas não teve qualquer ideação suicida.

Investigando a questão do grau de independência do idoso, através do questionamento: "*O (A) Sr.(a) se considera uma pessoa independente? Ou precisa de alguém que o ajude nos cuidados pessoais?",* verificamos que praticamente todos os participantes relataram condições físicas reduzidas, mas nenhum tem dependência total que gere implicações mais graves, como a ideação suicida. Não houve variação significativa de núcleos de sentido entre os dois grupos. Contudo, o único idoso que apresentou ideação suicida pertence ao grupo daqueles que não frequentam programas/ projetos de atenção ao idoso, o que pode ser um indicativo importante.

Velhices Compósitas

O núcleo de sentido predominante acerca da definição de velhice, apontada por quatro participantes, foi que ela faz parte da *condição humana*. Dois idosos negaram a velhice ao mesmo tempo em que enfatizaram a *sabedoria* que se adquire nesta etapa da vida; dois outros apontaram o aspecto das *dificuldades*, sendo que um destes discorreu também acerca das *vulnerabilidades e restrições* que acompanham a velhice; outro destacou o *sofrimento*. Apenas uma participante deu a definição de que velhice seria conforto.

Os depoimentos diversificados dos entrevistados confirmam o que diz Papalia e Olds (2000), no sentido de que a população idosa constitui um grupo diverso, que se diversifica cada vez mais à medida que se torna mais numeroso. Os mesmos autores salientam que muitas condições que se costumava creditar como inerentes à velhice – como as definições de velhice, apontada por participantes, como dificuldade, vulnerabilidade e restrições – hoje é sabido deverem-se mais a fatores de estilo de vida ou a doenças que podem ou não acompanhar o envelhecimento.

Vale destacar que o sofrimento citado por um dos participantes como definição de velhice revela um estereótipo que pode causar danos, por exemplo, uma assistente social que vê a depressão como normal na idade avan-

çada, pode não dar a devida importância à depressão de um cliente idoso, sendo que os estereótipos positivos que tomam a velhice como a *idade de ouro* ou uma segunda infância somente de lazer – o conforto, por exemplo, citado por uma participante – não são mais proveitosos que os primeiros, pois podem passar uma imagem idealizada e ingênua da velhice (PAPALIA; OLDS, 2000).

Foi possível observar também a presença da definição de velhice como parte da condição humana, semelhante ao denominado envelhecimento primário em Papalia e Olds (2000), que é a deterioração inevitável do corpo, que começa cedo na vida e continua com o passar dos anos.

Abaixo podemos visualizar os depoimentos e correspondentes núcleos de sentido acompanhados de algumas considerações nossas.

"A velhice pra mim é muita dificuldade, porque tem muita gente ainda tem preconceito com a velhice." (informação verbal)[4].

Dificuldade e preconceito aparecem claramente nessa fala que cristaliza a visão social prevalente em nossa sociedade, embasada na ideia de que a velhice é um período marcado por dificuldades de várias naturezas, mas, sobretudo, marcado pela interrupção do trabalho – valor maior da sociedade capitalista.

Ainda numa esfera de desesperança e dor, a fala abaixo deixa transparecer a perspectiva negativa de que a velhice traz em relação ao futuro, que não se mostra atraente, ou de melhoria da vida, mas de decadência e maior aflição.

"Acontece que eu tô sofrendo um bocado e vou sofrer mais!" (informação verbal)[5].

Em outra fala, a ideia de conforto vai aparecer, mas mostra-se mesclada com outros sentidos – tédio e inatividade –, ensejando um peso ainda maior.

4 Entrevista concedida pela entrevistada 1, Manaus, AM, em 2011.
5 Entrevista concedida pelo Entrevistado 4, Manaus, AM, em 2011.

"É... Confortável, não faço quase nada, eu vivo aqui, senta, deita e dorme, come..." (informação verbal)[6].

Pode-se ver como a fala desse sujeito vem recheada de ambiguidades latentes, pois "fazer nada", antes de ser uma grande vantagem sinal de descanso, relaxamento e gozo, pode ser vivido como um fardo, marca de desesperança e inutilidade.

Em outra perspectiva, talvez mais realista, o sujeito abaixo consegue ver o inexorável, o fato de que todos nós envelhecemos e ficamos mais frágeis e vulneráveis com o passar dos anos.

"Pra mim, eu não tenho negócio de... preconceito, não. É condição nossa mesmo!" (informação verbal)[7].

A hesitação que vemos em sua fala pode revelar certa tensão implícita, pois falar da velhice é sempre uma experiência marcada por contradições inerentes à condição de mortalidade do ser humano.

Considerações finais

O tema do suicídio entre idosos merece esforços para o desenvolvimento de novas pesquisas que investiguem não somente os sujeitos já envolvidos em ideação e tentativas suicidas, mas sujeitos vulneráveis, em estado de desesperança a ideação ocasional. A informação decorrente dessas pesquisas pode ser muito útil para informar programas de prevenção ao suicídio de idosos e outros agravos à saúde, bem como de assistência ao idoso e permitir a promoção de maior qualidade de vida ao grupo.

Os dados coletados nesse estudo nos ajudam a ver que as experiências de envelhecimento são diversas, assim como os sujeitos idosos devem ser vistos em sua singularidade como alteridades. Ao mesmo tempo, nos informam

6 Entrevista concedida por Entrevistada 2, em Manaus, AM, em 2011.
7 Entrevista concedida por Entrevistado 3, em Manaus, AM, em 2011.

sobre as visões e representações sociais que atravessam os diversos discursos, os quais reproduzem representações negativas da velhice (dificuldades, sofrimento, dor, restrição). Mesmo nos casos em que os sujeitos procuram reinstaurar uma visão mais positiva e adequada ao período do desenvolvimento, sobre o que é a experiência humana de envelhecer (conforto, condição humana), esta aparece conjugada à tensão e hesitação que trazem em si a marca da dúvida e da ambiguidade.

Referências

ALMEIDA, A. K.; MAIA, E. M. C. Amizade, Idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 4, p. 743-750, out./dez. 2010.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Mneme*: Revista de Humanidades, Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 6, n. 13, dez. 2004/ jan. 2005, semestral. ISSN - 1518-3394.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

BASTOS, R. L. *Suicídio, psicologia e vínculos*: uma leitura psicossocial. São Paulo: Psicologia USP, v. 20, n. 1, p. 67-92, jan./ mar. 2009.

BERNARD, H. R. *Research methods in anthropology*: qualitative and quantitative aproach. 4. ed. Lanham: AltaMira Press, 2005.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 3, 5 jan. 1994. Seção 1.

_____. Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1.

CÔRTE, B. et al. Suicídio na evelhescência. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 636-649, dez. 2009.

FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. A. (Orgs). *Idosos e saúde mental*. Campinas, SP: Papirus, 2010.

GUTIERREZ, D. M. D. Representações sociais: uma abordagem integradora nas áreas de educação e saúde. *Amazônica Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, v. 1, n. 1, p. 148-171, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sobre a condição de saúde dos idosos*: indicadores selecionados. Brasília, 2009.

JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____; CAVALCANTE, F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

OSTERMAN, L. L.; BROWN, R. P. Culture of Honor and Violence against the Self. *Personality and Social Psychology Bulletim*, v. XX, n. X, p. 1-13, 2011.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. *Desenvolvimento humano*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PARENTE, A. C. M. et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ver. Bras. Enferm*., Brasília, v. 60, n. 4, p. 377-381, jul./ago. 2007.

PIRES. M. C. C. et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos. *Neurobiologia*, v. 72, n. 4, out./dez. 2009.

RAMOS. M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 156-175, jan./jun. 2002.

SILVA, L. M. A.; COUTO, L. F. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 3, 2009.

SILVA, V. F. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, set. 2006.

SPINK, M. J. P. et al (Orgs.) *O conhecimento no cotidiano*: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

Suicídio: uma leitura da psicologia social crítica

John Elton Costa dos Santos[1]

Introdução

Entender o suicídio como uma das expressões de violência social é quebrar com o preconceito que cerca as pessoas que cometem o ato. Imagine o peso da culpa dos familiares que perderam um ente familiar, a vergonha e o isolamento de pessoas que se veem atreladas aos seus pensamentos suicidas. O suicídio, a ideação e a tentativa são interpretados como um comportamento negativo no Ocidente, atrelado à ideia de pecado e ingratidão. Os maus-tratos por parte da equipe de saúde às pessoas que fizeram tentativas também são expressões da negatividade vinculada ao suicídio.

Nesse sentido, o aumento de suicídio pode ser visto como um indicador de que determinada sociedade não está bem. O suicídio tem a ver com o tempo, com a "*antecipação do fim*", termo utilizado por Minayo (2012). É deprimente viver em uma sociedade que atrela o tempo ao dinheiro, à produção e ao consumo, como se diz popularmente: "*tempo é dinheiro*". Como diria Kehl (2009) em sua obra "*O tempo e o Cão*", "[...] tempo não é dinheiro, o tempo é o tecido de nossas vidas". Para Kehl (2009), a vivência subjetiva da aceleração do tempo, inerente às

1 Psicólogo, membro da Associação Amazonense de Saúde Mental

sociedades capitalistas, por meio da qual somos levados a reagir aceleradamente a todo instante, explica o vazio da experiência subjetiva e o sentimento de tristeza e depressão que cerca nosso cotidiano.

Estamos tratando aqui dos suicídios conscientes, ideia vinculada à ideação suicida e motivada para fins de preparação do ato. Temos conhecimento sobre como um transtorno mental pode rebaixar o nível de consciência e influenciar a decisão de uma pessoa e que o sofrimento e a confusão mental podem levar ao suicídio. Mas não é do suicídio ligado à questão médico-psiquiátrica que pretendemos falar, mas sim chamar a atenção para o fato de que nosso sistema econômico e social não inclui pessoas com transtornos mentais. Desse modo, a exclusão social sofrida, em alguns casos, é mais intensa e prejudicial do que a vivência do transtorno em si. Este contexto excludente deve ser o foco de atenção em saúde quando estamos lidando com pessoas com ideação suicida e que apresentam um quadro clínico psiquiátrico.

Para melhor exemplificar o tema "*suicídio e saúde mental*", relatamos o caso de um jovem diagnosticado com transtorno bipolar. Um caso clássico de mania e depressão severa com alguns períodos de estabilidade. Durante as sessões, o paciente relatava sobre o mal-estar causado por seus familiares e sentia-se constantemente vigiado. Qualquer tipo de insatisfação manifestada por ele, como tristeza ou irritabilidade, era interpretado como características de "*doença mental*". As tentativas de fazer posição contrária a esta interpretação não lograram êxito. Com o tempo, o olhar vigilante foi integrado à sua personalidade, à sua *persona*, ou seja, personagem de "*doente mental*". Esta teia de sentidos atribuída a ele o limitava em outros campos da vida, no trabalho e nas relações amorosas. Como diria Ciampa (2005), a *re-posição* deste personagem engendrou a identidade deste jovem.

É comum olharmos o suicídio como resultado de uma causa específica, um tipo de compreensão linear causa-efeito: cometeu suicídio depois que foi deixada pelo namorado, cometeu suicídio com a perda do emprego ou, ainda, matou-se porque a família não aceitava a sua forma de vida, a sua sexualidade. Acreditamos que fatos como estes podem estar relacionados ao suicídio. No entanto, eles não permitem uma compreensão densa sobre os processos sociais subjacentes. Sabemos, por exemplo, da exigência social

sobre a mulher que passa uma vida solteira (encalhada, ficou pra titia, não vai casar?), do valor social que é dado à pessoa empregada (o aluguel social é o emprego) e a opressão vivenciada por pessoas de orientação sexual que divergem da "*heteronormatividade*". Esta forma de olhar o suicídio abre um leque de possibilidades e reflexões sobre os modos de subjetivação social, às vezes marcados por opressão e desigualdade.

Ainda sobre os modos de subjetivação social, é impossível analisar o impacto do suicídio na sociedade (família e comunidade) sem relacioná-lo com a ideia cristã de pecado imperdoável. Em uma sociedade majoritariamente cristã, esta relação deve ser foco de reflexões e debates nas comunidades religiosas.

Sobre a teoria da identidade em Ciampa e o suicídio

Em uma das passagens do seu livro, Ciampa (2005) faz uma pequena análise sobre o pensamento suicida de Severino (personagem de ficção). Para o autor, o que era intolerável para Severino era a *mesmice* de sua atividade de lavrador que, "[...] buscando outra personagem, descobre-se moribundo e pensa em suicidar-se" (CIAMPA, 2005, p. 172).

Severino, retirante, personagem principal da obra "*Morte e Vida Severina*", de João Cabral de Melo Neto (2007), desenvolve um diálogo com seu José, Mestre Carpina, em que a morte se apresenta como a melhor saída diante de uma vida insuportável.

Seu José, Mestre Carpina (José Carpinteiro), é de Nazaré da Mata, ou seja, José carpinteiro de Nazaré. A conversa entre os dois é interrompida por uma mulher que traz uma novidade – o nascimento do filho de seu José, anunciando que o menino saltou para a vida. A poesia segue com a resposta de José à pergunta de Severino em defesa da vida, ainda que pequenina, sofrida e insuportável, como a que é vivida em situações de extrema pobreza.

A resposta de José Carpina diante do questionamento de Severino (a de saltar, numa noite, fora da ponte e da vida?) é o brotar de uma nova vida. Este fato concreto da vida cotidiana, o nascimento de uma criança, desafia a vida miserável vivenciada por Severino. No diálogo entre vida e morte, em

que as palavras são insuficientes, a vida responde em sua *atividade* fabril e teimosa com o nascimento de uma vida sofrida.

Diversos estudos sobre a identidade vêm sendo desenvolvidos no campo da psicologia social. Estas pesquisas valorizam a metodologia biográfica (narrativas de história de vida), relatos colhidos de protagonistas que vivenciam um fenômeno específico. Entende-se que a narrativa pode, entre outras coisas, revelar o processo da formação de identidade, que segundo os estudiosos da área ocorre por meio da dialética entre o indivíduo e sociedade.

Ciampa (1995, 2012) compreende o ser humano como um devir. Afastando-se de uma visão essencialista, compreende a identidade como um processo. Nessa perspectiva, o ser não nasce humano, mas torna-se humano. Com base nessa concepção, o autor formulou o sintagma "*Identidade - metamorfose - emancipação*", influenciado pela perspectiva filosófica de Heráclito de Éfeso (século VI-V a. C), filósofo conhecido como "*O Obscuro*", pela dificuldade de interpretação de seus escritos.

Para Heráclito, o fogo (*pyr*) é o elemento primordial, origem da tensão, do combate entre os opostos, da mudança e da dialética. A noção de devir, de *vir-a-ser,* é essencial no pensamento desse filósofo. Um dos seus axiomas que sobrevive até hoje é que *não se pode banhar duas vezes no mesmo rio*, porque tanto o rio como nós estamos em constante mutação, nunca somos os mesmos.

Também é possível perceber, em Ciampa, a influência de Georg Wilhelm Friedrich Hegel. Para Hegel, a razão é histórica e defende a ideia de que a mudança, a transformação da razão e de seus conteúdos é obra racional da própria razão, sendo que esta não é vítima de um tempo. Nesse sentido, a razão não está na história, ela é a própria história. A razão não está no tempo, ela é o tempo. Assim, a razão não é nem exclusivamente razão objetiva (a verdade está nos objetos) nem exclusivamente subjetiva (a verdade está no sujeito), mas ela é unidade harmônica e necessária entre objetivo e subjetivo.

É por meio desses filósofos que se origina a concepção de transformação dialética e do sujeito histórico na teórica de identidade de Ciampa. De acordo com ele, a identidade se constitui como processo das metamorfoses identitárias em seu envolvimento dialético com a generalidade do processo his-

tórico e social (ANTUNES, 2012).

Ciampa foi também fortemente influenciado pela Psicologia Social de George H. Mead. Desenvolveu conceitos com o objetivo de assegurar uma melhor compreensão da relação entre o indivíduo e a sociedade. Uma das ideias centrais de sua teoria é a simultaneidade da socialização e a busca da individuação, ou seja, da compreensão do processo de interação social, da importância da linguagem e dos objetos físicos do mundo material. Socialização e individuação tornaram-se elementos centrais no processo de entendimento da formação do *self* e da construção das identidades sociais nessa perspectiva. Assim como o conceito de *Outro Generalizado*, que caracteriza a teia coletiva, também propicia saber como o indivíduo internaliza as regras sociais, garantindo sua inserção na comunidade (LIMA, 2005; CIAMPA; LIMA, 2012).

Para Mead (LIMA, 2005), a consciência é social, sendo uma função e não uma substância desenvolvida no cérebro. No início da socialização, o sujeito compartilha um mesmo conceito dos objetos e isso possibilita a ação na sociedade. Entende-se o enunciado sobre um objeto, porque existe uma convenção de que o objeto é aquilo mesmo e isso faz com que as ações dentro da sociedade sejam coerentes e organizem a vida social (apud LIMA, 2005, p. 92).

A linguagem é o ponto central da obra de Mead, pois cria um campo comunicacional que, por sua vez, é resultante da complexidade dos processos sociais nos quais os indivíduos estão imersos. Nesse processo de compartilhamento linguístico (convenções semânticas intersubjetivas), o sujeito vai se constituindo, possibilitando a relação com o outro generalizado e adoção das atitudes do outro (LIMA, 2005).

Mead desenvolve a teoria do "*Eu e o Mim*", entendendo-os como dois componentes indissociáveis do *self*. O "*mim*" refere-se à internalização das normas sociais; o "*eu*", por outro lado, refere-se ao espontâneo e criativo e seu desenvolvimento ocorre à medida que o sujeito toma consciência de si e tem o reconhecimento do outro. Então, "[...] quando a reação do outro se converte em parte essencial da experiência ou conduta do indivíduo; quando adotar a atitude do outro se torna parte essencial de sua conduta, então o indivíduo aparece em sua experiência como o *self*." (LIMA, 2005, s.p.).

O conceito do "*Outro Generalizado*" desenvolvido por Mead diz respeito à influência da sociedade no desenvolvimento do *self*. A sociedade exerce controle sobre as condutas dos indivíduos através da introjeção de elementos sociais, como movimento tanto externo – que vem da sociedade – quanto interno, projetando-se para dentro. Dessa forma, é no pensamento abstrato que o indivíduo adota a atitude do "Outro Generalizado" (2005).

Ainda para Mead, a resistência do corpo humano assemelha-se à resistência da coisa material. O homem interioriza o objeto concreto, tornando o "eu" um ser físico, um "self-coisa", materializado. Ele só consegue perceber-se como provável "coisa" física quando age sobre os objetos e experimenta a resposta que eles dão no momento em que são pressionados. A capacidade do ser humano ver a si mesmo como objeto no campo de sua própria experiência, assim como sua habilidade para raciocinar ou pensar, dá-se inelutavelmente na intersecção que se estabelece entre três sistemas, também chamados de estratos de realidade: o inorgânico, o orgânico e o sistema social humano. Sob essa perspectiva, os objetos são relevantes porque permitem a definição de um *self* encarnado ou corporificado dentro de um ambiente concreto (LIMA, 2005).

Para Paiva (2007), podemos pensar em uma escola brasileira nos estudos das identidades sociais a partir de Ciampa, na elaboração de sua teoria de identidade desenvolvida na obra "*A Estória do Severino e a História da Severina, Um Ensaio de Psicologia Social*". Ciampa (2005) desenvolve sua reflexão psicológica contra o pano de fundo filosófico do materialismo histórico, atualizado por Habermas. Propõe conjugar o vetor de permanência e o vetor de mudança presentes na constituição da identidade mediante o processo dialético de posição, negação e superação, contribuindo para a formulação do sintagma identidade-metamorfose-emancipação (PAIVA, 2005).

Para auxiliar na compreensão do processo da identidade, Ciampa (2005) propõe dois conceitos – *mesmice e mesmidade* – que são opostos entre si e possibilitam evidenciar como funciona o processo de metamorfose. A mesmice decorre da reposição de personagens, o que pode ocorrer como consciente busca de estabilidade identitária ou inconsciente compulsão à repetição. Assim, a

> [...] personagem reposta é vista como dada permanentemente, como se aquele modo de agir, que é contingente e determinado por um contexto – fosse a manifestação de suposta essência do indivíduo, ou algo estrutural, ou inerente a ele. (GONÇALVES NETO; LIMA apud LIMA; CIAMPA, 2012, p. 18-19).

O fenômeno da mesmice poderá levar o sujeito à experiência ilusória de atemporalidade. A conservação da mesmice pode se constituir em um problema quando essa situação leva ao impedimento da busca por emancipação, culminando com o que Ciampa (1887/2008 apud CIAMPA; LIMA, 2012, p. 19) chama de "*fetichismo da personagem*", ou seja, "[...] a impossibilidade de um indivíduo atingir a condição de 'ser-para-si', ocultando a verdadeira natureza da identidade como metamorfose e gerando o que será de identidade mito".

Segundo Ciampa e Lima (2012), o fetiche da personagem pode ocorrer também como um aprisionamento no mundo da mesmice (da não mesmidade) e da má infinidade (a não superação das contradições).

Alterização se expressa por meio da mesmidade, que se refere à superação da personagem vivida pelo indivíduo; é a expressão do outro que também sou eu, que se torna possível formular projetos de identidade, cujos conteúdos não estejam prévia e autoritariamente definidos, ou seja, "identidades que se definam pela aprendizagem de novos valores, novas normas, produzidas no próprio processo em que a identidade está sendo produzida, como mesmidade de aprender (pensar) e ser (agir)." (LIMA, 2005, p. 92).

Para Ciampa (2009 apud LIMA; CIAMPA, 2012, p. 19) "[...] as personagens são momentos da identidade, degraus que se sucedem, círculos que voltam sobre si em movimento, ao mesmo tempo, de progressão e de regressão".

O conceito de "*Alternação*" exposto por Lima e Ciampa (2012) refere-se às transformações percebidas nas identidades individuais que fogem ao *script* pressuposto. O fenômeno ocorreria porque a identidade de uma determinada pessoa migra de um universo simbólico radicalmente para outro,

> Nesse sentido, a transformação não é entendida como processual, mas ainda como uma superação dos indivíduos, a metamorfose é entendida como migração de um universo simbólico entre identidades estáticas, cristalizadas. (LIMA; CIAMPA, 2012, p. 22).

A contribuição de Ciampa para a análise que faremos da questão do suicídio entre idosos nos permite vislumbrar a ideia da Política Nacional da Pessoa Idosa, relacionada às questões de *Políticas de Identidade* e das *Identidades Políticas*. Os termos Políticas de Identidade e das Identidades Políticas como processo tanto regulatórios como emancipatórios, dadas às análises do poder presentes nas relações sociais. As Políticas de Identidade servem à formação e manutenção dessas identidades e podem ser tanto emancipatórias quanto regulatórias. Emancipatórias quando ampliam a possibilidade de existência na sociedade, garantindo direitos para os indivíduos; são regulatórias quando criam regras normativas que muitas vezes impedem que o indivíduo consiga sua diferenciação e "[...] aparece na orientação feita ao estigmatizado no sentido de que se ele adotar uma linha correta ele terá boas relações consigo e será um homem completo, um adulto com dignidade e autorrespeito." (LIMA, 2005, p. 88).

No presente estudo, procuramos discutir a questão da identidade social em um caso de suicídio de idoso ocorrido no Amazonas. Problematizamos o processo de formação identitária nesse caso a partir de contribuições teóricas da Psicologia Social Crítica. Propomos o conceito de *Vulnerabilidade Identitária* como fator de risco em casos de suicídio de idosos.

Abordagem metodológica

Esta análise constitui um *estudo de caso* (PEREIRA et al, 2009) tomando-se como base recorte de pesquisa nacional realizada de 2012 a 2014 (MINAYO et al, 2012). A escolha do caso se deve à sua particularidade em termos de formação identitária, o que nos serviu de base analítica para pro-

posição teórica.

Como *pesquisa qualitativa,* buscamos compreender a experiência dos sujeitos entrevistados a partir de sua própria perspectiva (MINAYO, 2001). Para concretizar essa compreensão, exploramos *sentidos e significados* atribuídos a essa experiência fundamental e terrível da perda de um familiar idoso por suicídio. Os discursos dos sujeitos são valorizados e tomados como principal referência simbólica e representacional para penetrar no sentido profundo que trazem e expressam. Como verdadeira pesquisa qualitativa, embora sem pretensões de generalização, acreditamos que o material produzido pela linguagem se ancora na perspectiva sociocultural grupal e, como tal, fala mais alto do que o caso em si poderia (MINAYO, 2012).

Análise biográfica de um caso de suicídio de idoso

A biografia de João foi descrita com base nos relatos colhidos durante entrevistas realizadas com suas filhas. Os nomes dos personagens utilizados na biografia e a localidade (bairro, cidade) são fictícios, como forma de manter em sigilo a identidade dos participantes.

Denominamos a biografia de João de *"Suicídio e Paixão"* devido à relação de sentimentos intensos por sua ex-esposa. A paixão é o tema central nessa biografia e foi identificada pelas filhas como uma emoção que ocasionou conflitos e desagregação familiar – por isso a escolha do tema. Para a elaboração desta biografia, foram realizadas três entrevistas: duas com Marlene (filha mais velha) e uma com Maria (filha mais nova). Cada entrevista durou em média de três a quatro horas.

Buscamos também contextualizar alguns movimentos sociais e históricos inerentes à região amazônica, referentes às imigrações, às formas de trabalho e ao modo de vida tanto interiorano quanto urbano, relacionando-os com a biografia de João.

No decorrer da elaboração da biografia, permitimo-nos emitir observações/compreensões acerca de sentimentos e emoções que foram aparecendo.

As entrevistas foram gravadas, permitindo que os trechos das falas entre parênteses fossem transcritos na íntegra.

Resultados e discussão

O contexto da entrevista

Chegamos à residência por volta das 08h30min e fomos atendidos por Marlene. As primeiras apresentações acorreram através das grades do portão de entrada social. Apresentei-me, disse que era psicólogo e mostrei o documento de apresentação de pesquisador. Expliquei que estava pesquisando sobre a vida de alguns idosos da cidade de Manaus. A Sra. Marlene, expressando desconfiança, respondeu que o seu pai havia falecido e perguntou o que eu gostaria de saber sobre a vida de seu pai. Respondi que sentia muito pelo falecimento e que gostaria de saber como foi o modo de vida dele. Ela abriu o portão, disse para entrar e sentar em uma cadeira que ficava na varanda, ao lado da casa.

Marlene sentou-se a minha frente e, emocionada, começou a falar. Não houve tempo para ler o consentimento informado, falou por aproximadamente por 40 (quarenta) minutos. Tentei manter uma atitude acolhedora e uma escuta atenta. Após a escuta inicial, li o consentimento informado, expliquei os objetivos da pesquisa e gravei a entrevista.

Ao fim da entrevista, Marlene disse: "Nunca falei assim com ninguém... sobre o que aconteceu com meu pai..., é sofrido lembrar novamente do que aconteceu... mas estou me sentido bem por ter falado". Agradeci pelas informações e perguntei se poderia entrar em contado novamente, caso precisasse de alguma outra informação, ao que ela respondeu afirmativamente.

Logo na sequência, a filha mais nova – Maria – entrou em contado comigo. Disse que gostaria de saber mais a respeito da pesquisa e que gostaria de contribuir. Marquei outra entrevista. Ela se mostrou colaborativa e o seu relato trazia fatos não narrados por sua irmã. Os relatos de Maria foram importantes para a elaboração desta biografia, até porque os elementos narrados por Marlene não havia uma cronologia adequada e omitiam informações importantes sobre a vida do pai.

Ciclo e modo de vida

A biografia de João inicia-se com a história do seu pai, o Sr. José, natural do Ceará e que veio para o Amazonas como soldado da borracha. Pela cronologia dos fatos, o Sr. José fez parte da primeira imigração de nordestinos conhecidos como *cearenses,* deslocamento de nordestinos que ocorreu durante o século XIX até as primeiras décadas do século XX. Suas netas (Marlene e Maria) o descrevem como um homem de comportamento sério e rígido.

Os homens cearenses e seus descendentes atuaram como os principais personagens na história da região, ocupando e povoando a vasta área amazônica. As famílias de origem nordestinas percorreram um caminho de sofrimento e muito trabalho para alcançar uma estabilidade econômica e social.

Em meados de 1923, o Sr. José casou-se com a Sra. Helena, natural do Rio Grande do Sul. Em 1925 nasce João, o primeiro filho de uma família com nove irmãos, composta de cinco homens e quatro mulheres.

João, ainda jovem, acompanhou o pai na retirada de látex nos seringais "[...] cortando borracha... lugar distante de gente... não tinha convivência." (*sic* Marlene). Segundo as filhas, era uma pessoa que não gostava de muita conversa, sempre foi fechado, introspectivo e de poucas relações sociais.

Na história familiar consta que uma das irmãs de João apresentou um comportamento agitado e ouvia vozes. Consta também que a Sra. Helena apresentou sinais de depressão em consequência de um nascimento de um filho morto. Após essa perda, começou a reclamar de ouvir vozes e negava-se a tomar banho. Esses fatos revelam que alguns membros da família passaram por sofrimento psicológico grave. No entanto, naquela época não se tinha recursos e assistência à saúde mental.

O Sr. José faleceu em 1945, após o sétimo dia da morte de sua esposa. Era um dia de domingo, durante uma partida de jogo de dominó com os amigos: "[...] *não sabemos do que foi... apenas abaixou a cabeça durante a partida de dominó... os amigos chamaram por ele... ele não levantou a cabeça.*" (*sic* Maria).

Após a morte dos pais, os filhos procuraram manter-se por meio da pesca

e da agricultura. Formaram suas próprias famílias e continuaram com suas vidas de modos interioranos.

João, aos 26 anos, casou-se com Luciana. Dessa união nasceram oito filhos: três homens e cinco mulheres. À época, o sustento familiar vinha do comércio de madeira e da agricultura.

Aos 41 anos, sofreu um acidente no trabalho – um galho de árvore caiu sobre seu braço. A filha Marlene relata que o pai "[...] voltou pálido, caído, com o braço inchado, costa inchada, rosto inchado... ficou preso no galho não sabemos quantas horas... Quando ele acordou lutou muito com o galho... era muito pesado [...]".

Na localidade onde moravam não tinham assistência médica: "[...] não tinha médico... quem cuidou foi umas americanas que moravam na casa do padre... fizeram massagem." (*sic* Marlene). O acidente afetou suas costas e o braço esquerdo, não conseguia desenvolver seu trabalho no roçado, ficou desorientado...

O relato da filha revela que o idoso teve prejuízos na memória e na orientação espacial: "[...] ia para o roçado e não voltava... totalmente desorientado". Na sequência, o Sr. João realizou tratamento por quatro anos em Manaus.

Entre os 45 e 50 anos, iniciaram as desavenças do casal, culminando com a separação. Segundo os relatos das filhas, era um homem apaixonado por sua esposa e que, nessa época, viviam em clima de separação conjugal, mas mantinham a união devido a situação social e moral "[...] para manter a imagem da família [...]" (*sic* Maria).

A filha Maria relatou que o idoso, após o tratamento, apresentou melhoras em seu estado de saúde físico e mental. No período em que João esteve em Manaus, sua esposa mudou todos os negócios da família. A filha a descreve como "[...] uma mulher de força e ação... era administradora nata... na ausência dele (pai) mudou todos os negócios... ele não admitia... ela pegou os patrimônios e fez um casarão... foi uma afronta terrível". Diante dessa situação, o idoso sentiu-se envergonhado perante a comunidade onde morava: "[...] meu pai sempre se preocupou com a moral e a honra... a construção da casa lhe deixou envergonhado na comunidade".

Em 1976, João e sua esposa

> [...] já estavam mal de relacionamento, com o acidente de meu pai tiveram de ficar separados... no interior... cidade pequena... naquela época a mulher não podia ficar falando com todo mundo... minha mãe sempre foi muito dada... falante... minha mãe emancipada e o meu pai recatado... o papai era louco por minha mãe... era difícil lidar com isso (*sic* Maria).

Para Maria, suas tias (irmãs de seu pai) contribuíram para uma imagem negativa da sua mãe:

> [...] as imagens que minhas tias passavam para ele... minha mãe reclama que as irmãs que fizeram a discórdia entre eles... diziam que minha mãe andava comprando batom... andando pela rua... eu tive dificuldade de saber se eu era filha dele mesmo... sempre surgiram conversas sobre a reputação dela... dele não... na cultura em que vivíamos era muito difícil [...]. Meu pai era apaixonado por ela... ela passava e ele ficava babando." (*sic* Maria).

O comportamento social da esposa – comprar batom, vestir-se bem, andar pelas ruas e conversar com todos da comunidade – o incomodava muito. As irmãs do pai criticavam que a cunhada tinha comportamentos "*inadequados para uma mulher casada*".

Maria relata ainda que a irmã Marlene sempre foi muito doente. Devido à situação de saúde dela, a mãe decidiu vender a casa e, a contragosto do pai, mudou-se para a cidade de Coari. João manifestou o seu desgosto com a decisão da esposa. Segundo Maria, o pai decretou: "[...] se vai ser assim, você terá que sustentar a família sozinha e a mim também".

Em decorrência do agravamento da saúde da filha Marlene e o interesse dos filhos em estudar, a esposa do idoso decidiu mudar para Manaus. O idoso continuou na posição de rivalidade com a esposa e, novamente, não

concordara com a nova mudança. Em Manaus, passaram por problemas financeiros: "[...] o dinheiro mal deu para comprar a casa que estava ainda por terminar de construir... e alguns móveis para dentro da casa" (*sic* Maria). A mãe começou a trabalhar como copeira e isso aumentou o desgosto do pai. A situação de desavenças conjugais ficou mais intensa e visível.

No início passaram por grandes dificuldades. Quando crescidos, todos os filhos moravam próximos, em um mesmo terreno. Cada um começou a construir seu espaço. Maria relata que foram tempos difíceis, o espaço era pequeno e estavam tentando uma nova vida na cidade.

Em 1987 a família perdeu um dos filhos em decorrência de um acidente de trabalho: "[...] um trator caiu sobre ele... foi uma surpresa para todos nós... quando voltou, já voltou assim... foi um choque." (*sic* Marlene).

Em 1988 os filhos Gustavo e Maria (entrevistada) decidiram conversar com a mãe sobre a separação dos pais: "[...] não tinha que manter mais o casamento perante a gente... nós já estávamos crescidos". A família ficou dividida em relação ao divórcio, principalmente a filha Marlene, que era totalmente contrária por questões de ordem moral e social: "[...] declarou guerra contra minha mãe e contra mim." (*sic* Maria).

Durante a separação, decidiram vender a casa e repartir o dinheiro. O pai se posicionou contra a venda, pois queria continuar morando na mesma casa, ainda que separados. Como uma forma de revidar, fez questão de querer tudo, financeira e materialmente: "[...] por birra e por amor à mamãe [...]" (*sic* Maria). A filha relata também que "[...] a casa era um casebre... com uma obra mal terminada... o papai queria até dividir as panelas...". Essa situação dividiu ainda mais os membros da família e colocou o pai na posição de vilão, espoliador do pouco que a família tinha.

Em 1989, com a separação judicial, sentiu-se envergonhado e desonrado pela esposa: "[...] meu pai prezava pela honra e a moral... era uma questão social e cultural da comunidade onde vivíamos." (*sic* Maria). Em virtude da separação, João começou a residir com a filha mais velha, Marlene.

No entanto, Marlene, durante a entrevista, relata outros motivos para a separação conjugal dos pais: "[...] o espaço era pequeno onde eles moravam... quando comecei a construir minha casa, meu pai decidiu morar comigo". Perguntei acerca dos motivos da separação: "[...] minha mãe traba-

lhava... meu irmão também... veio para minha casa e comecei a cuidar dele... foi a forma que a gente encontrou... ele ficava muito sozinho." (*sic* Marlene).

A mãe e os seus cinco filhos compraram um terreno no bairro Nova Cidade. Quando começaram a construir a casa, foram surpreendidos por um homem que "[...] dizia que o terreno era dele e que o documento de compra era falso... se não saíssem dali mataria todos" (*sic* Maria). A família decidiu sair do terreno, perderam o dinheiro que investiram na compra e na construção da casa. Diante disso, a filha Maria foi pedir ajuda ao pai. O pai concordou em ajudar, mas somente se a esposa "voltasse" com ele. Ela não concordou: "[...] de jeito nenhum... nem pensar." (*sic* Maria).

A situação de rivalidade e desavenças distanciou o pai dos cincos filhos: "[...] mesmo em uma situação extrema, meu pai ficava ali sem fazer nada..." (*sic* Maria). Mãe e filhos conseguiram com a sobra do dinheiro comprar um terreno: "[...] construímos uma casinha e cobrimos com lona... ficamos mal... e o meu papai ficou de braços cruzados." (*sic* Maria*)*.

Após a saída do interior, o pai não voltou a trabalhar e não estabeleceu laços de amizades em Manaus. A doença grave da filha Marlene fez a família aproximar-se novamente. Segundo Marlene, o pai não deu sinais que iria cometer o suicídio, relato esse diferente do relato de Maria. No entanto, Maria conta ter percebido algumas palavras soltas, que indicavam que a organização e planejamento estavam presentes no comportamento e no pensamento do pai.

Marlene define o pai como "*um tipo de gente calada*". Maria, como "[...] *uma pessoa introspecta*". Na cidade do interior onde moraram, conseguiu fazer alguns laços de amizade com os moradores da comunidade, mas sempre foi uma pessoa de poucos amigos: "[...] amigo para ele era a família." (*sic* Maria). O acidente de trabalho que sofreu não o deixou sequelado, segundo o relato da filha.

O falecimento do filho, separação conjugal e a mudança para a cidade grande (Manaus) foram fatos que contribuíram para um "[...] comportamento mais introspectivo e isolado" (*sic* Maria).

O comportamento de indiferença para com os filhos - "[...] meu pai cruzou os braços para a gente." (*sic* Maria) - foi a forma que ele encontrou para rivalizar com a ex-esposa, fato que o distanciou na participação da vida e

criação dos filhos.

Nos três últimos meses que antecederam ao suicídio, reclamava de insônia: "[...] uma agonia na cabeça e sufocação no peito." (*sic* Marlene). A situação de saúde o inquietava. Marlene o levou ao médico: "[...] ele ficava caducando com as pacas." (*sic* Marlene). A medicação psiquiátrica não surtiu o efeito esperado. Houve tentativa de remédios caseiros como forma de amenizar o seu sofrimento, mistura de farinha com ovo, que era passada em sua testa. Submeteram-no também à acupuntura. A filha mostrou algumas fotos de seu pai cuidando de pacas em seu quintal... Fotos de aniversário e casamento de sua filha, em que o idoso estava presente. Afirmou: "[...] meu pai não gostava de tirar fotos [...]" (*sic* Marlene).

Estabeleceu uma relação de codependência com a filha Marlene:

> [...] fazia tudo para o meu pai... ele não gostava de sair... aí eu não saia também... as pessoas me convidavam para sair... eu chamava ele... não queria... eu não ia deixar meu pai sozinho... gostava da companhia dele... fazíamos companhia um para o outro (*sic* Marlene).

A relação de codependência fica mais clara nessa frase de Marlene: "[...] era um companheiro ideal... meu pai era tudo pra mim." (*sic* Marlene).

Maria, ao refletir sobre a relação do pai com a irmã, reflete: "[...] tratava o meu pai como criança... numa relação obsessiva". Marlene tinha medo de deixá-lo e não permitia que saísse sozinho. Maria discorda da irmã: "[...] meu pai tinha condição de sair sozinho... tinha um raciocínio ótimo... fazia com minha irmã o que tentou fazer com minha mãe... não deixava minha irmã sair... fazia isso (esquecimento e doença) para ter atenção." (*sic* Maria).

Era um homem ligado à terra e à pescaria, com modos de vida tipicamente interiorano. Em Manaus, foi morar com a filha Marlene, em bairro da periferia. À época, o bairro possuía ares do interior, assim, começou a colher frutas nas redondezas do bairro: "*meu pai saía para colher frutas aqui no bairro*" (*sic* Marlene).

Em Manaus não estabeleceu laços sociais. Frequentava a igreja, mas ao receber alguém em sua casa, refugiava-se em seu quarto. Algumas vezes voltou à cidade de origem. Lá conversava com alguns amigos de infância e companheiros pescadores. Conseguiu, a seu modo, fazer adaptações, mas se pudesse mudar algo em sua vida, voltaria a morar no interior. Sempre mostrou descontentamento com sua condição na cidade.

A família notou problemas de saúde não claramente diagnosticados. Três meses antes do ato suicida, reclamava repetidamente de uma agonia na cabeça e sufocação no peito. Entre o natal e o ano novo ficou doente. O Sr. João dizia: "[...] uma agonia na cabeça... Um aperto no peito e uma agonia na cabeça... começo a pensar e num consigo... é uma agonia... pressão na cabeça." (*sic* Marlene).

A filha relata que procurou os serviços da Casinha de Saúde (Programa Saúde da Família) e que o médico respondia: "[...] é uma má circulação na cabeça do seu pai [...]" (*sic* Marlene). Maria relata que, segundo o médico, era "uma questão psicológica, emocional", mas não recebeu nenhuma ajuda adicional. Sua retração, já característica, intensifica-se com o rumo que as coisas tomaram. Após a cisão na família, fica confinado ao relacionamento estreito com a filha mais velha.

Como de rotina, antes do idoso dormir, a filha prestou cuidados medicamentosos e espirituais (rezou junto ao idoso): "[...] dei a medicação... ele disse: será que eu vou dormir hoje? Acho que não vou dormir... durante a madrugada ainda me levantei... ele estava dormindo quietinho na rede." (*sic* Marlene).

Em 2006, aos 80 anos, João comete suicídio – por enforcamento – utilizando uma corda de atar a rede, que ficava em seu quarto.

Segundo Maria, "[...] papai adoeceu muito rápido entre natal e o ano novo." (*sic* Maria). Diz ainda que a sua irmã, Marlene, dormia no quarto do pai e que na última semana o pai mostrou melhoras em sua saúde. No dia do suicídio, ela tinha voltado a dormir em seu próprio quarto: "[...] minha irmã se culpa até hoje por não ter dormido no quarto do papai no dia." (*sic* Maria).

Para Maria, o pai planejou o ato antecipadamente e demonstrou pensamentos suicidas prévios:

> [...] foi a primeira vez que ele falava coisas soltas como a base da decisão dele... já tinha tomado a decisão... palavras como 'ver o mundo passar pela janela... dores da alma... se eu pudesse trocar minha saúde pela dela [esposa]... ele só estava esperando o Dorival [filho que mora afastado]... houve uma reunião no domingo com a família... na terça aconteceu o fato (*sic* Maria).

Para Maria, não faltavam motivos para o ato. A família passou por dificuldades sociais e financeiras e, por mais que os filhos pedissem ajuda, o pai não se envolvia: "[...] mesmo em uma situação extrema... o pai se manteve ali... então motivos não faltavam para se sentir arrependido, ressentido das coisas que ele deixou passar pela janela e não se envolveu." (*sic* Maria). A filha concluiu que o pai cometeu o suicídio porque chegou à conclusão que a vida tinha passado e que ele não participou da criação dos filhos: "[...] uma vez o meu pai falou... 'a vida passou pela janela...'. Agora percebo que era uma mensagem".

Maria ficou contra o pai e na época ficou muito magoada com o abandono sofrido. Dessa forma, interpreta as atitudes do pai como resultantes de seu remorso e da incapacidade de reparação.

Marlene relata que durante a madrugada, por volta das 03h30min, o pai retirou a corda da rede e se enforcou. A primeira pessoa a encontrá-lo foi seu marido, Reginaldo. Os familiares não deixaram Marlene ter contato com a cena. A família se sentiu surpreendida pelo ato suicida. Para Marlene, o idoso não apresentou previamente nenhum pensamento ou sentimentos suicidas. O ambiente do seu quarto não revelava planejamento para o ato:

> [...] meu marido levantou para fazer o café... ele voltou desesperado... 'amor... amor, o seu João está morto...', meus filhos correram juntos... o meu filho viu... 'se acalme mamãe...'. Liguei para o meu irmão: 'mano me ajuda, o papai... o papai...'. Aí eu não sei mais o que aconteceu.

Marlene relata que, no primeiro momento, pensava que o pai tinha morrido de parada cardíaca.

Seu irmão, Gustavo, utilizou uma faca para cortar a corda e tentou reanimá-lo. "Meu irmão cortou a corta para ver se tinha possibilidade..." (*sic* Marlene). Entre o ato e o auxílio, levou 4 horas. A comunidade reagiu com curiosidade: "[...] encheu minha casa de gente... eu estava desesperada." (*sic* Marlene).

O IML e a polícia foram chamados ao local. Marlene não soube precisar quais foram os procedimentos adotados por eles: "[...] eu não posso lhe dizer, que nessas horas a gente fica transtornada... a polícia revistou a casa." (*sic* Marlene).

Maria relata sobre os procedimentos policiais: "[...] como somos de família simples, do interior, minha família preza pela honra". O fato em si, de terem de comparecer à delegacia e de responder a perguntas, causou irritação:

> Como se não bastasse, temos que passar por tudo isso... vem nos envergonhar nesse último momento... pesou por causa da cultura e dos valores... na delegacia é para eliminar a hipótese de se alguém cometeu isso, eu não fui intimada... foi meu irmão, minha irmã Marlene e seu marido (*sic* Maria).

Maria relata ainda que os familiares receberam visita de pessoas de um órgão representativo dos idosos para saber se foi alguém da família o responsável pela morte do idoso. No entanto, a entrevistada não soube identificar qual o órgão.

Os outros filhos providenciaram o enterro: "[...] eu estava muito abalada... meus irmãos... viram tudo isso." (*sic* Marlene). Houve a participação da família, alguns irmãos do idoso vieram do interior para o enterro. "[...] Todos estiveram presentes no enterro." (*sic* Marlene).

Os filhos que traziam mágoas do pai ficaram surpresos. Por outro lado, sentiam raiva da situação, principalmente pela exposição a que estavam submetidos.

As entrevistadas não tiveram contato com a cena do suicídio. O marido

de Marlene e os demais irmãos procuraram preservá-las. Marlene passou a dormir no quarto do seu pai. Os irmãos a incentivaram a enviar as roupas do pai para o interior. Tiraram as fotos do pai que estavam espalhadas pela casa. Após dois anos, o quarto do pai foi utilizado por outro familiar.

As filhas o descrevem como um homem introspectivo, rígido e de comportamento moral inabalável. Trabalhou muitos anos nos seringais no interior da Amazônia. Esse contexto amazônico e o trabalho desenvolvido em florestas fechadas nos possibilitam inferir que esse ambiente influenciou o modo de ele se expressar, passando a ideia de introspecção, devido à própria natureza do seu trabalho. Alguns anos depois, começou a desenvolver um trabalho de agricultura familiar, mas não conseguia organizar bem os negócios da família.

De acordo com o relato de Marlene, um dos momentos críticos da vida do idoso foi quando sofreu um acidente. Um tronco de árvore atingiu seu braço direito, deixando-o incapacitado para o trabalho por alguns anos. Em virtude disso, a esposa assumiu os negócios da família, fazendo-os prosperar. Após alguns anos, houve a separação conjugal. O idoso não aceitou. Ficou preocupado com o que a comunidade iria comentar sobre sua ex-mulher. A filha relata que sua mãe era uma mulher comunicativa e que após a separação começou a usar maquiagem, a andar sozinha pelos comércios e ruas da comunidade. Esse comportamento gerou comentários sobre o caráter da esposa.

O Sr. João afastou-se da família e, apesar da recuperação, não os auxiliou diante das crises financeiras. Com o passar do tempo, a família seguiu em frente, os filhos cresceram e se distanciaram do idoso. Ele passou a morar na casa de uma das filhas, que se dedicava a ele, tornando-se sua cuidadora familiar. O idoso reclamava de dores de cabeça e falta de memória. Mesmo diante dos exames realizados pelos serviços de saúde, não foi diagnosticado qualquer tipo de alteração física ou mental.

Ao término das entrevistas, agradeci e coloquei-me à disposição caso a família precisasse de orientação em relação aos serviços de atendimento em saúde mental. O conteúdo dos relatos foi rico em informações. O que consta descrito neste caso é apenas o que consideramos mais importante para nossa compreensão acerca da formação da identidade e sua relação com o suicídio.

Sobre a identidade e o suicídio

Procuramos estabelecer algumas relações conceituais entre as teorias de Ciampa e a experiência social do suicídio do idoso, integrando ideias sobre identidade para compreender como os sujeitos podem constituir uma identidade vulnerável a esse tipo de violência. Nesse sentido, a linguagem é o elemento fundador dos outros conceitos que aparecem nos aportes teóricos do autor. Constituída a partir de ações consensuais dos membros de uma comunidade, a linguagem determinará, no jogo das relações inter e transsubjetivas, o lugar do sujeito no mundo das identificações, viabilizando a ele uma identidade e maior ou menor sentimento de pertencimento.

Assim, propomos a ideia de identidade como o núcleo compreensivo do suicídio por ela contemplar os processos de individuação e socialização, como em um acoplamento estrutural, aos moldes de Maturana (1995), no vir-a-ser humano. Essa noção ajuda a entender que o suicídio é o resultado de uma rede complexa de relações que envolvem a constituição de personagens sociais em congruência com o meio coletivo e social.

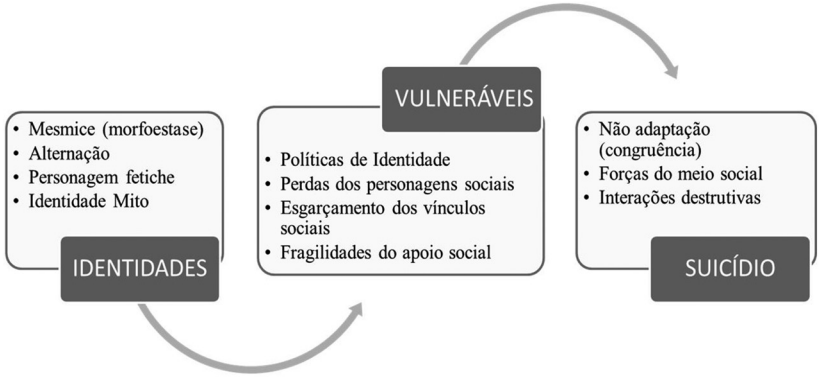
Essa noção de identidade permite ainda relacionar o fenômeno do suicídio com processos sociais mais amplos (Outro Generalizado), tanto de emancipação quanto regulação, indicando que este sofre influências de questões econômicas, culturais, geográficas, territoriais, históricas e políticas.

Essa forma de compreender o suicídio encontra-se em estreita relação com o conceito de anomia social, tema que foi e continua sendo amplamente discutido desde o século XIX – a exemplo de Durkheim (1987) e Marx (2006) – como processo insidioso de estratificação social, fator que gera desigualdades sociais, produzindo violência, discriminação e formas de opressão.

Acreditamos que as análises sobre o suicídio deverão contemplar contextos sociais mais amplos, fomentando discussões sobre as organizações sociais excludentes (grupos sociais, instituições e família), que posicionam e reposicionam o indivíduo como um problema social.

O termo vulnerável é amplamente utilizado em políticas sociais e de saúde com o objetivo de identificar pessoas que se encontram em estado social

e/ou de saúde marcados por forte fragilidade. Com base neste estudo, apresentamos o termo 'identidades vulneráveis ao suicídio' como um tipo de categoria central em que serão incluídas as pessoas que passaram por perdas significativas de seus personagens sociais e que, de alguma forma, não conseguiram gerir novos projetos de vida.



Com base na biografia do idoso, identificamos a mesmice como a primeira etapa do processo de fragilidade/vulnerabilidade de constituição da identidade. A mesmice decorre da reposição de personagens, como uma busca à estabilidade identitária ou inconsciente compulsão à repetição. Compreende o sujeito como objeto de uma força social que o posiciona/reposiciona em uma experiência de estabilidade ilusória, em que o personagem vivenciado é visto como permanente. Os personagens desempenhados por João, o idoso, e Severino, da obra literária de João Cabral de Melo Neto (2007), são exemplos de reposição de personagens.

João buscou corresponder aos anseios de sua pequena comunidade no interior. Constituiu-se como um homem que preservava e valorizava a desigualdade entre os gêneros. Na comunidade onde vivia, eram proibidos o trabalho e a emancipação da mulher. João sentia-se envergonhado frente à comunidade quando sua esposa assumiu os negócios da família. Com a finalidade de preservar os comportamentos típicos de gêneros e as conveniências sociais, viu-se preso à mesmice imposta.

Nesse contexto, João não conseguiu perceber e superar sua contradição do momento e valorizou o lugar do homem como único provedor da família. Seu comportamento foi o início dos conflitos entre o casal, ocasionando a separação e o distanciamento familiar: "[...] Meu pai prezava pela honra e a moral... era uma questão social e cultural da comunidade onde vivíamos. [...] Minha mãe sempre foi uma mulher além do seu tempo... meu pai não aceitava isso." (*sic* Maria).

João persistia na manutenção e preservação dos personagens sociais que constituíam sua identidade e dispensou esforços para manter esse patrimônio identitário à custa de outros valores.

Os personagens sociais são degraus que se sucedem para a formação da identidade e estão relacionados com diversas funções que o sujeito irá desempenhar no transcorrer de sua vida. O reconhecimento dessas funções, pelo outro social, reafirmará o lugar do sujeito no universo das identificações em que esses personagens são gerados e desenvolvidos.

A biografia revela um homem que passou por perdas significativas de seus personagens sociais que foram internalizadas como experiências desintegradoras. A desintegração dos personagens (momentos sucessivos que sinalizam a perda do personagem social) foi vivenciada como agonia/angústia, como a relata pela filha sobre as reclamações do pai: "[...] um aperto no peito e uma agonia na cabeça... começo a pensar e num consigo... é uma agonia... pressão na cabeça." (*sic* Marlene).

Para os familiares e para a equipe médica, esses sinais não tinham origem biológica. A agonia foi percebida pelas entrevistadas como a incapacidade de João em lidar com as situações atuais da vida, como a separação conjugal e a desagregação familiar.

Diante das perdas dos papéis sociais, João se empenhou na manutenção do patrimônio identitário, as tradições sociais, costumes, moral, técnicas de trabalho, relação interpessoal e familiar. Estes podem ser entendidos como movimentos refratários frente às transformações que incidiram sobre suas vidas.

Os personagens repostos (mesmice, personagens fetiche) são representados por indivíduos que não se reconhecem como metamorfose. Intensificados por um tipo de meio regulatório, que inviabiliza vias de transformação

e emancipação, a biografia revela correntes suicidógenas que permeiam a inter-relação entre sujeito e meio.

As organizações de trabalho, ou para usar um termo de Durkheim (1968), as corporações (formas de organizações profissionais) são os únicos grupos identificados pelo autor capaz de favorecer a integração dos sujeitos à coletividade e, assim, conter os movimentos suicidógenos.

A biografia de João demonstra a importância que o trabalho teve em sua vida. A perda da capacidade laboral foi identificada pelas filhas como um fato insidioso, que o afastou do convívio familiar e social.

Os indivíduos que conseguem reconfigurar suas vidas, buscando novos contextos, fundamentos e significados, normalmente atingem um mais alto nível de bem-estar e emancipação. Por outro lado, as pessoas que se mantêm aprisionados num personagem social rígido, revelam dificuldades ante a novos contextos da vida, os quais exigem novos reposicionamentos.

Uma das características da formação identitária é sua expressão de autonomia, em que o trabalho ganha destaque e o seu reconhecimento, por outros indivíduos, proporciona ao sujeito sentimentos de autoestima e valoração. É interessante perceber como os acontecimentos da vida de João compuseram um cenário rico de elementos psicológicos e sociais, em que o personagem é a representação simbólica do meio social. O ambiente, mais especificamente o lugar onde João se constituiu como sujeito, determinou alguns contornos identitários.

Trecho dos relatos das filhas: "[...] meu pai trabalhou cortando borracha... lugar distante de gente... não tinha convivência." (*sic* Marlene). Ou: "[...] meu pai era calado... não tinha muita conversa com ele." (*sic* Maria).

Em sua biografia, podemos perceber como o meio social o posicionou no mundo do trabalho e como ele foi se constituindo a partir da natureza do seu trabalho. Nesse processo, o que reafirmará sua identidade de trabalhador é o reconhecimento do outro. O personagem relacionado ao trabalhado proporcionará a sustentação de outros personagens – o de mantenedor da família, pai e cônjuge.

O sujeito, ao desenvolver seu personagem, se reconhece e, ao se reconhecer, reafirma seu lugar no mundo. Nesse movimento, faz a manutenção (repetição) de sua origem e o resgate de sua história.

A história de João convergiu para uma perda da capacidade laboral. Em decorrência do acidente, ficou incapacitado fisicamente para suas atividades rurais. Somando-se a isso, não conseguiu adaptar-se à vida urbana quando a família decidiu fixar residência em Manaus. A perda do trabalho foi compreendida pelos familiares como fato que trouxe grande sofrimento e distanciamento social. O trabalho tinha muito valor na vida de João, pois o papel de trabalhador é a expressão de um processo de individuação. O trabalho é o resgate e a manutenção de uma história de vida. A perda do trabalho, nesse sentido, é sinônimo de perda da própria história. Da mesma forma, as perdas das relações com o trabalho, central na constituição da identidade masculina – e, nesses casos, decorrentes do adoecimento, invalidez e desemprego – aparecem como elemento forte para a construção social de identidades vulneráveis.

A biografia de João revela a forte influência de aspectos socioculturais e de gênero que delimitam espaços sociais de valorização/desvalorização pessoal. Operam valores culturais e premissas ligadas à feminilidade e a masculinidade. Associados aos papéis de gênero, alguns outros aspectos de rigidez identitária se destacam. Em especial, encontramos um sujeito com fortes traços de rigidez e, consequentemente, pouca capacidade de adaptação às mudanças próprias da vida, sobretudo àquelas que geram transformações abruptas ou descontinuidade no curso previsível de suas vidas.

João demonstra um forte apego aos padrões normativos de família e relações de gênero de coloração machista: "[...] naquela época a mulher não podia ficar falando com todo mundo... minha mãe sempre foi muito dada... falante... minha mãe emancipada e o meu pai recatado." (*sic* Maria). O apego obsessivo às ideias hegemônicas de masculinidade tem sua importância. Trata-se do homem visto como forte, teimoso e intolerante. No caso estudado, a separação conjugal por iniciativa da esposa e a não aceitação do fato pelo idoso, trouxe uma ruptura profunda em seu ideário. Encontramos, assim, uma identidade rígida baseada no processo de mesmice. O sujeito perde autonomia e se vê aprisionado em um papel social rigidamente imposto e vivido como uma paralisia, um engessamento identitário que impede o ser-para-si mesmo ou para o outro, assim como a criatividade e a elaboração das feridas e ofensas sofridas.

A comunidade social, tal como ele experimentou, cobrava um comportamento mais rígido e autodeterminado. Os aspectos mais sensíveis de sua emoção não puderam vir à tona, ficando represados e reforçando a mesmice como processo alienante, em que a busca de estabilidade identitária pode ser rígida e consciente ou estar sob efeito de processos inconscientes, como é o caso da compulsão à repetição presente na reposição de personagens.

Na dialética entre o sujeito e seu ambiente social, buscamos elaborar um dos princípios que pode ajudar na compreensão das relações entre identidade e suicídio: o processo de retroalimentação de personagens sociais, como ciclos que voltam sobre si mesmo (CIAMPA, 2012). Esse processo poderá produzir uma ruptura no sistema identitário devido à amplitude exigida para aquela identidade específica, pois a estrutura desta não comportou desvios tão grandes e, nestes casos, o suicídio pode ser compreendido como ruptura decorrente da ação de uma força do ambiente social, não suportada pela identidade.

No sentido inverso, a identidade entendida como metamorfose produziria mudanças qualitativas, características de personagens sociais em evolução, salto descontínuo ou mudança qualitativa para novas formas de funcionamento. Nesses casos, o sujeito possui mecanismos morfogenéticos suficientes para essa transformação. O sujeito produz a gênese de novas formas de funcionamento e, assim, novos elementos identitários serão integrados a partir de suas experiências.

Alternação da Identidade refere-se às transformações percebidas nas identidades individuais que fogem ao *script* pressuposto. Exemplificando, com base no caso estudado, pode-se dizer que o sujeito era possuidor de autonomia e capacidade laboral e social (na comunidade e na sua vida íntima). Após a perda do trabalho e da esposa, passa a ficar mais dependente, retraído socialmente, isolado e frágil em sua masculinidade. Nesse sentido, a transformação identitária não é entendida como processual e a metamorfose é entendida como migração de um universo simbólico entre identidades estáticas, cristalizadas. A experiência de intensa rigidez na vivência dos personagens impede o sujeito de se reinventar, realinhar valores e formas de ser e manter-se, inteiro, como *self* diferenciado.

Considerações finais

As formas de subjetivação apresentadas nesse estudo de caso indicam a construção de sujeitos fraturados, em que o processo de singularização não pode se completar. Experiências de vida em que aparecem muitas situações de perda de laços sociais e familiares, que se potencializam em sua força deletéria e a impossibilidade de construir novos laços são, sem dúvida, fatores de risco de grande importância.

Nesse sentido, as análises sobre o suicídio não podem refutar os movimentos integrativos entre sujeito e meio. Algo muda na estrutura social e na estrutura do sujeito. É nessa inter-relação congruente entre idoso e meio que ocorre o desfecho suicida. Não apenas a sociedade o escolhe como *sujeito – para – suicídio*, mas também, o sujeito possui uma estrutura de identidade que responderá a esse contexto.

O suicídio, nesta perspectiva, é um fenômeno próprio do humano. É no saber que se constrói a ideia de finitude e de morte ao mesmo passo que o não saber, essa instância mental inconsciente, expressa um tipo de comportamento específico, criando formas de antecipação do fim. É nesse interjogo de processos de diversas naturezas, porém convergentes, que é forjada a vulnerabilidade ao suicídio.

Referências

ALVAREZ, A. *O Deus selvagem*: um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ANTUNES, M. S. X. A compreensão do sintagma identidade-metamorfose-emacipação por intermédio das narrativas de história de vida: uma discussão sobre o método. In: LIMA, A. F. (Org.). *Psicologia social crítica*: paralaxes do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CIMPA, A. C. *A Estória de Severino e a história da Severina*: um ensaio de psicologia social. 11. impr. São Paulo: Brasiliense, 2005. Originalmente publicada em 1987.

_____; LIMA, A. F. Metamorfose humana em busca de emancipação: a identidade na

perspectiva da psicologia social crítica. In: LIMA, A. F. (Org.). *Psicologia social crítica*: paralaxes do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2012.

HILMAN, J. *Suicídio e alma*. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

KEHL, M.R. *O tempo e o cão*: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

LIMA, A. F. L.; CIAMPA, A. C. Metamorfose humana em busca de emancipação: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. In: LIMA, A. F. (Org.). *Psicologia social crítica*: paralaxes do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LIMA, A. F. L. *A dependência de drogas como um problema de identidade*: possibilidades de apresentação do 'Eu' por meio da Oficina Terapêutica de Teatro. 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

MATURANA, R. H.; VARELA G. F. *A árvore do conhecimento*: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Psy II, 1995.

MELO NETO, J. C. *Morte e vida Severina*: auto de natal pernambucano. Rio de Janeiro, RJ: Alfaguara Brasil, (1954-1955) 2007.

MINAYO, M. C. S. et al. É possível prevenir a antecipação do *fim*?: suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde (Amazonas). Manaus: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES); Universidade Federal do Amazonas, 2012. Projeto de pesquisa.

_____. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

_____ (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PEREIRA, L. T. K.; GODOY, D. M. A.; TERCARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 422-429, 2009.

PUENTE, R. F. *Os filósofos e o suicídio*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

O suicídio na concepção de profissionais de saúde: uma análise compreensiva

Odineas Gomes Barbosa da Luz[1]
Ewerton Helder Bentes de Castro[2]

Introdução

O que leva alguém a atentar contra si mesmo? Opção ou imposição? Ato voluntário ou resultado de uma conduta psicótica? A partir destes questionamentos, procura-se neste capítulo compreender a concepção dos profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades em um hospital e pronto socorro na cidade de Manaus.

Pergunta que inicialmente merece o esforço para se responder: o que vem a ser o suicídio?

O conceito de suicídio é variável em função do tempo e da cultura. Etimologicamente, ao que tudo indica, o vocábulo "suicídio" seria derivado do latim a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes (*ação de matar) do verbo (*caedo, is, cadeci, caedere*), significando matar a si próprio. Em português, a palavra é usada, segundo o dicionário Houaiss, desde 1836 e vem sendo utilizada em diferentes contextos, tais como na psiquiatria, psicologia, sociologia, antropologia, filosofia, ética, moral e jurídica com afirmações que se complementam

1 Médica e psicóloga, egressa do curso de Psicologia - UFAM
2 Docente do Programa do Mestrado em Psicologia - UFAM

(VOLPE; CORREA; BARRERO, 2006; MENEGHEL; VICTORA, 2011).

Embora suicídios aconteçam desde a pré-história, atualmente apresenta-se como um fenômeno social global e como problema de saúde pública em diversos países. Há relatos de suicídio no Egito anteriormente ao ano 2000 a.C. e, até no século XVII, o fato foi tratado pelo viés filosófico-moral-religioso. A contar do século XIX, a questão passou a ser abordada sob um enfoque científico. Em 1827, o psiquiatra francês Esquirol enfatizou os aspectos psiquiátricos. Em 1897, Durkheim dedica-se a explorar seus aspectos sociais. Em 1920, Freud faz uma abordagem psicológica a respeito do suicídio através de conceitos metapsicológicos como "*pulsão de vida e pulsão de morte*" com os quais tenta explicar a destruição do próprio eu. Já em 1976, Asberg e cols. fazem uma abordagem biológica através de estudos sobre o papel da serotonina na ideação suicida (VOLPE; CORREA; BARRERO, 2006).

Com o advento da internet, percebe-se um aumento nas publicações de artigos, livros e outras formas de divulgação que demonstram o grau de interesse a respeito do assunto. Pesquisas apontam que o suicídio se encontra entre as dez principais causas de morte na maioria dos países.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio atingiu a cifra de um milhão de pessoas. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja de dez a vinte vezes superiores ao número de mortes. Isso corresponde a uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 03 segundos. Esses números superam as mortes em guerras e são superiores ou comparáveis às mortes provocadas por acidente de trânsito. De acordo com as tendências observadas, a OMS estima que em 2020 essa cifra atinja 1.530.000 mortes no planeta (VOLPE; CORREA; BARRERO, 2006; KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Segundo estes autores, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que a média de suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos, principalmente nos países em desenvolvimento. É a terceira causa de morte entre os jovens e adultos de 15 a 34 anos, embora a maioria das causas aconteça entre pessoas com mais de 60 anos. A consequência imediata de cada suicídio ou tentativa é uma devastação emocional na configuração relacional do sujeito, causando um impacto emocional profundo que pode

pendurar por muitos anos (BOTTEGA, 2010). A questão primordial é que, independente da causa (ou das causas), o comportamento suicida tem elevado as estatísticas de morbimortalidade por suicídio em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública, inclusive nos países desenvolvidos.

Analisando o suicídio no contexto mundial, pode-se fazer uma correlação com a realidade brasileira na qual, embora as taxas se apresentem abaixo da média no mundo, houve um aumento significativo num período de 15 anos (1980 e 1995), considerando a estatística oficial de 1995, em que as taxas para os homens e para as mulheres foram de 6,5/100.000 e de 1,8/100.000, respectivamente. Segundo os dados, o aumento ocorreu em face do maior número de suicídio na população masculina. Em 2014, a OMS publicou a distribuição regional de suicídios em 2012. O estudo mostra que em 55 países de alta renda foram 197.200 mortes. Em 149 países, cuja renda é considerada média e baixa, foram 803.900 casos de suicídio (OMS, 2014). Como os profissionais da área da saúde abordam este tema?

A percepção que a medicina desenvolveu a respeito do suicídio é um legado cultural arraigado no pensamento filosófico que relacionava o comportamento suicida ao ócio, à existência de algum tipo de doença ou herança genética. Pensamento esse que se contrapunha à visão religiosa que atribuía a um crime contra Deus, contra a sociedade e leis, ato destruidor de famílias, causa da danação eterna e da infelicidade celestial. Em suma, o suicídio era um pecado passível de punição.

Sendo uma condição de saúde, as pessoas que optam por esse mecanismo de autodestruição são conduzidas pelos familiares ou amigos, principalmente, aos hospitais e serviços de pronto atendimento a fim de receberem atendimento médico na expectativa de ser interceptada a consequência do desejo de morte ou que sejam amenizados os agravos à saúde e as sequelas decorrentes.

Atualmente, o tema do suicídio ainda é considerado um tabu cujos preconceitos são determinados culturalmente, sendo também a formação da subjetividade influenciada por fatores culturais. É inegável que a percepção do profissional de saúde e a sua relação com o paciente suicida, nestas circunstâncias, também pode ser afetada e, inclusive, vivenciada de maneira preconceituosa.

Sob o olhar dos profissionais de saúde, busca-se compreender os sentidos e significados nos discursos a respeito do suicídio, isto é, como a visão individual contextualizada culturalmente determina a ação e/ou as reações desses profissionais sobre o fenômeno em questão.

Assim, este estudo constituiu-se em uma proposta de aprofundar conhecimentos a respeito da percepção sobre o suicídio e situações correlatas dos profissionais de saúde que integram equipes de urgência e emergência do Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Machado, localizado na cidade de Manaus.

Diante do que foi abordado, surgem alguns questionamentos: a) qual o olhar dos profissionais de saúde acerca do comportamento suicida? b) a equipe médica está preparada para tal situação? c) a maneira como os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem recebem o paciente suicida pode contribuir para a prevenção ou indução de novas tentativas? d) o suicídio pode ser uma morte evitável? Como se percebe, várias perguntas surgem. Contudo, antes de adentrar à pesquisa propriamente dita, é necessário conhecer um pouco mais sobre a temática.

Suicídio: tentativa de compreensão

Guilhon e Bonniec (2011) apoiaram-se no pensamento de vários autores em suas experiências profissionais de mais de trinta anos de clínica a partir da divisão clássica de que, em *sentido estrito,* estão aqueles que provocam a autodestruição de maneira consciente e intencional; e, em *sentido amplo*, estão aqueles que se autodestroem sem a total consciência do processo lento e crônico de morrer.

A partir do primeiro grupo, elaboram uma divisão: a) aqueles que realmente querem suicidar-se, utilizando um método seguro e irreversível e que, se por algum imprevisto falhar, tentará novamente, até conseguirem, sem desistir da intenção principal; b) aqueles que tentam de uma maneira não tão contundente e precisa, e assim deixam sempre a possibilidade de reversão do processo, a possibilidade de que alguém chegue a tempo de socorrê-los; e c) os que falam que querem morrer, que vão se matar, que não tem

mais sentido viver, porém não tentam e nem praticam realmente qualquer ação autodestrutiva.

O suicídio sob o enfoque científico: algumas teorizações

Embora suicídios aconteçam desde a pré-história, somente a partir de século XIX o fenômeno passou a ser abordado sob um enfoque científico. Até então, o fato foi tratado pelo viés filosófico, moral e religioso.

As principais teorias que objetivaram explicar o fenômeno apresentaram ênfase nos aspectos psiquiátricos, sociológicos e psicológicos. A teoria psiquiátrica associa o suicídio à melancolia. Pinel, em 1810, associava o suicídio os defeitos mentais desagradáveis em suas vidas. Por outro lado, para Esquirol, o suicídio era um fenômeno multifatorial, envolvendo os denominados fatores externos e internos (LOPES, 2006). O Modelo de diátese -estresse de Mann e colaboradores é considerado um continuador natural das Teorias Psiquiátricas, acrescidas de conhecimentos modernos sobre a biologia molecular, estudos de imagens funcionais, genética e epidemiologia. Esses autores levam em consideração dados conhecidos sobre a associação entre doença psiquiátrica e suicídio. Outros fatores são considerados, como impulsividade ou agressividade, desesperança ou traços pessimistas, comorbidades de abuso de substâncias, doenças neurológicas, experiências infantis, incluindo história de abuso sexual, fatores genéticos, redução da função serotoninérgica, entre outros, que contribuiriam para o comportamento suicida. Tal modelo considera que as doenças psiquiátricas e as crises psicossociais seriam os elementos suicidas que, combinados com um ou mais fatores de diáteses, poderia levar o indivíduo à tentativa de suicídio (CORREA; BARRERO, 2006; KUTCHER; CHEHIL, 2007).

A partir de outra perspectiva, a teoria sociológica está relacionada ao pensamento de Durkheim que desenvolveu seu olhar sobre o fenômeno do suicídio analisando os efeitos deletérios que a sociedade exerce sobre os indivíduos que se suicidam. Os fatores sociais e a estrutura da sociedade são considerados determinantes na taxa de suicídio. E, nesta perspectiva, classifica o suicídio em três categorias: egoísta, altruísta e anômico.

Para Lopes (2006), a partir da leitura de Marx, baseado nas escrituras de Jaques Peuchet, a principal questão social discutida em relação ao suicídio é a opressão das mulheres nas sociedades modernas. O suicídio aparece como sintoma de uma sociedade doente. A sociedade moderna, escreve Marx, citando Peuchet e Rousseau, é um deserto habitado por bestas selvagens. Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de *solidão em massa*. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio.

Em 1930, Hallwachs publica o livro *Les causes du suicide*, que fornece uma melhor compreensão dos aspectos sociológicos do fenômeno. Aprofundou seus conhecimentos através de uma ampla revisão da teoria psiquiátrica em que procurou explicar a contribuição dos fatores extrassociais da teoria de Durkheim na falta de ancoragem social (CORREA; BARRERO, 2006).

Contribuições da psicologia a respeito do suicídio

Freud e o suicídio

Para se ter uma compreensão do suicídio do ponto de vista da psicanálise, faz-se necessário um estudo pormenorizado dos conceitos metapsicológicos, principalmente a pulsão de morte, o narcisismo e a melancolia, tendo em vista que Freud nunca se dedicou diretamente sobre o suicídio em si. Em texto escrito em 1910 intitulado "*Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*", a despeito do título, não há qualquer contribuição efetiva, uma vez que o próprio autor admite que até então não dispunha de meios para abordar uma questão crucial no suicídio: *Como é possível subjugar-se a extraordinariamente poderosa pulsão da vida? Como o eu pode renunciar a sua autopreservação, consentindo em sua própria destruição?*

Em 1920, com a introdução do conceito de narcisismo, ocorre a virada do dualismo pulsional: pulsão de vida *versus* pulsão de morte, que põe fim aos

conceitos de pulsões de autoconservação e pulsões sexuais. Somente com a introdução do conceito de pulsão de morte pôde-se explicar, à luz da psicanálise, a destruição do próprio *eu,* como é o caso do suicídio. Não obstante, no ano de 1886, em vários momentos, Freud mostra a questão do suicídio associado à melancolia ou a estados de depressão, características observadas nos casos clínicos de alguns pacientes.

Em "*Luto e Melancolia*", Freud faz referência ao suicídio marcando seu caráter interessante e perigoso ao mesmo tempo (LIMA, 2006). Para ele, o sadismo expresso pelo melancólico seria a solução do enigma do suicídio. Enigma porque ainda não havia postulado a pulsão de morte, o que tornava incompreensível o *eu* consentir em sua própria destruição. O paralelo que se pode traçar é o afeto ao objeto perdido. No luto ocorre uma perda real, seja a perda de um ente querido seja de um ideal, de uma abstração que ocupe lugar semelhante. Na melancolia, também ocorreria a perda, mas ligada a isso existiriam sentimentos de diminuição, autoenvelhecimento e autorrecriminação.

Em ambos os processos, há uma inibição do *eu* e uma restrição do seu corpo de atividade devido à necessidade de, gradualmente, ir retirando o investimento libidinal do objeto de amor e reinvestindo em outros objetos. Na melancolia, tudo isso é acompanhado de uma diminuição do sentimento de autoestima, juntamente com uma expectativa delirante de punição. A perda do objeto, na melancolia, resulta na identificação com o objeto perdido, ou seja, a libido investida nesse objeto não é deslocada para outros, foi recolhida para o eu. O que no luto é uma perda do objeto, na melancolia transforma-se em perda do *eu*. A partir dessa identificação, o *eu* passa a ser julgado por uma instância especial como se fosse o objeto abandonado. O conflito que era entre o *eu* e a pessoa amada passa a ser no *eu* alterado pela identificação, o que explicaria o autoenvelhecimento.

Em "*O ego e o id*", Freud esboça a diferença entre o risco de suicídio do neurótico obsessivo e do histérico. Segundo ele, o obsessivo estaria imune ao suicídio, uma vez que ele conseguiu reter o objeto, ou seja, os impulsos amorosos transformaram-se em impulsos de agressividade contra o objeto. Mas, ao mesmo tempo, o *eu* luta contra os impulsos dirigidos ao objeto com uma formação reativa e medidas persecutórias. Dessa forma, o *eu* fica impo-

tente tanto em relação às instigações do *id* quanto às censuras da consciência punitiva. Isso resulta num autossuplício interminável e, eventualmente, segue-se a tortura sistemática do objeto se estiver ao seu alcance. A diferença nesta situação é que não houve identificação com o objeto como no caso da melancolia, e sim sua preservação (CORREA; BARRERO, 2006).

Na neurose histérica, as chances de se fazer uma escolha narcisista são muito maiores, daí a predisposição para se adoecer de melancolia e ficar-se diante do risco de suicídio.

Em a "*Psicopatologia da vida cotidiana*" é enfatizado que a tendência à autodestruição está presente em certa medida num número muito maior de pessoas do que aquelas que realizam o ato; os ferimentos autoinfligidos explicitam o compromisso com a pulsão de morte (postulado posteriormente) e as forças que ainda se opõem a ele (LIMA, 2006).

Freud defende a ideia de que a expressão máxima da pulsão de morte é a agressividade, um dos maiores impedimentos à civilização. A agressividade seria uma disposição original e autossubsistente que deve ser moderada e domada, inibida em sua finalidade para que o homem possa viver em comunidade. Essa tendência à agressividade, principal representante da pulsão de morte, caminha lado a lado com *Eros*, dividindo o domínio do mundo (CORREA; BARRERO, 2006).

> A evolução da civilização deve representar a luta entre Eros e a Morte, entre a pulsão de vida e a pulsão de morte, tal como ela se elabora na espécie humana. Nessa luta consiste essencialmente em toda a vida e, portanto, a evolução da civilização pode ser simplesmente descrita como a luta da espécie humana pela vida. (FREUD, 1996, p. 145).

E, no caso do suicídio, a pulsão de morte venceu! (CORREA; BARRERO, 2006).

Sobre relacionamento social, com embasamento freudiano, tem-se que as interações e relacionamentos são fortemente influenciados pelas primeiras experiências infantis. As primeiras relações, aquelas que ocorrem no núcleo

familiar (primeiro grupo social que o indivíduo entra em contato) são as determinantes. Todos os relacionamentos posteriores referem-se de várias formas aos modos pelos quais estes relacionamentos iniciais foram formados e mantidos. Os modelos básicos de criança-mãe, criança-pai e criança-irmãos são os protótipos a partir dos quais os encontros posteriores são inconscientemente avaliados. Os relacionamentos posteriores são, até certo grau, recapitulações da dinâmica, das tensões e das gratificações que ocorrem na família original.

A visão de Jung sobre a morte

Após sofrer um infarto cardíaco que quase o levou à morte em 1944, Jung desenvolveu um outro olhar sobre a morte a partir dos sonhos e visões que tivera durante o período que ficara acamado. Passou a considerar que os sonhos que antecediam a morte tinham a função de elaboração e tomada de consciência do indivíduo em lidar com o extremo da vida: a vida ou a morte estabelecia o desenvolver-se ou definhar-se.

A vida seria um intervalo consciente numa existência tridimensional, representada por um antes, um aqui agora (vida física/consciência) e um depois (um segundo nascimento). O sentido da vida era a ampliação da consciência na busca do processo de individualização pessoal. A morte só ocorreria quando fosse atingida a meta desse processo. Acreditava que o suicídio era uma tendência inconsciente e a conduta mais adequada era o resgate da vida (MENEGHEL; VICTORA, 2011).

O olhar de Karl Menninger sobre o suicídio

Menninger propôs a existência de fortes propensões à autodestruição em todos os seres humanos e o suicídio seria apenas uma de suas manifestações. Considera também o "*suicídio crônico*" em que o indivíduo organiza lentamente a sua morte através de condutas antissociais, como o alcoolismo, drogadição, tabagismo, propensões por acidentes automobilísticos, impo-

tência, frigidez etc. Seriam esses os processos destrutivos intensos (CORREA; BARRERO, 2006).

Menninger faz referência a três desejos implícitos no ato suicida: o de morrer, o de matar e o de ser morto. Para esse autor, o suicídio significa tanto a destruição de si mesmo quanto a do outro. Isto fica evidente em algumas tribos primitivas em que o suicídio era socialmente aprovado como obtenção de vingança contra uma pessoa muito mais forte. O mais fraco responsabilizava o mais forte e os seus parentes estavam obrigados a matá-lo. O desejo de ser morto é explicado, segundo Menninger, por um processo psicológico, complicado, denominado como "*identificação com o agressor*", com o qual o desejo de morrer sempre era o resultado de perda de uma autoestima e o desejo de reunir-se com um ser querido falecido na infância. Menninger considera ainda um quarto desejo – de ser resgatado – presente em todo o suicida, o que denota a ambivalência explícita nesse ato (CORREA; BARRERO, 2006).

A teoria cognitiva de Beck

A teoria de Beck especifica determinados esquemas dentro da organização da personalidade que incorpora componentes básicos da mesma: componentes cognitivos, afetivos, mentais e motivacionais.

De acordo com Correa e Barrero (2006), o modo suicida estaria caracterizado pelos componentes: a) cognitivos*:* pensamentos relacionados com o *eu* (inadequado, incompetente, desesperançado, desamparado); pensamentos relacionados com o *entorno* (os demais me aborrecem, me abandonaram, evitam-me, ninguém me quer, ninguém precisa de mim); pensamentos relacionados ao futuro (as coisas não mudarão...); b) afetivos*:* mistura de emoções diversas (tristeza, raiva, culpa, depressão, medo, angústia, sentimentos de solidão, desesperança, humilhação); e c) comportamentais: comportamento autodestrutivo, planificação suicida, ameaças e gestos suicidas.

Fatores psicossociais

O suicídio é visto atualmente como um transtorno psicossocial de causas múltiplas, em que fatores biológicos, psíquicos, sociais e culturais interagem de forma complexa, aproximando ou afastando as pessoas do abismo psíquico. A doença mental não tratada está presente na maioria dos casos, principalmente na forma de depressão e transtorno bipolar. O abuso de drogas, principalmente do álcool, é um ingrediente bastante comum.

Para Botega (2010), pessoas suicidas estão tão deprimidas que perdem a capacidade de se enxergar no futuro. Sua experiência no atendimento a sobreviventes de tentativas mostra que a maioria não queria de fato morrer. Geralmente, é um ato de desespero diante da agressividade e adversidades da vida que as torna um suicida em potencial.

O comportamento impulsivo e agressivo é ainda mais importante para explicar o suicídio entre jovens, bem como em pessoas que o fazem com métodos violentos, como queda livre ou arma de fogo, ou seja, fatores associados à prevalência da impulsividade/agressividade.

A biologia do comportamento suicida

Na tentativa de explicar o fenômeno do suicídio e situações correlatas, vários teóricos embasaram suas teorias no conhecimento e métodos vigentes à época. Neste contexto, encontra-se a proposta de um alucinógeno endógeno, a serotonina (5-HIAA), hipótese posteriormente refutada. Contudo, estudos atuais mostram a existência de uma relação entre baixas concentrações de 5-HIAA e comportamento suicida. Portanto, ficou comprovado que o neurotransmissor mais consistentemente associado ao comportamento suicida é a serotonina. Entretanto, alguns pesquisadores também avaliaram a importância de outros marcadores (CORREA; BARRERO, 2006; LOPES, 2006; VOLPE; CORREA; BARRERO, 2006).

Abordagem metodológica

Foram selecionados dez (10) profissionais da área de saúde que desenvolvem atividades nos serviços de urgência e emergência. Cinco médicos que atuam na urgência e emergência clínica, dois médicos na emergência cirúrgica (politrauma), dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro, inseridos em três instituições de saúde de Manaus (Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Hospital e Pronto Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo).

Os participantes foram escolhidos tendo em vista serem profissionais que prestam atendimento aos usuários dos serviços de saúde em situações suicidogênicas. Para resguardar a identidade dos participantes, cada um foi identificado através de números (de 1 a 10). O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CAAE 25992714.9.0000.5020).

Foram realizadas entrevistas áudio-gravadas que, em seguida, foram transcritas na íntegra e literalmente. Posteriormente, foram feitas leitura e releitura de cada uma e, por fim, identificadas as Unidades de Significado e elaboradas as Categorias de Análise Emergentes.

Foi realizado também o levantamento de dados quantitativos em Prontuários e Fichas de Atendimento dos casos que deram entrada no Pronto Socorro nos últimos quatro anos (2010-2013) em situação identificada como tentativa de suicídio e correlatos.

Foi realizada uma leitura atenta e minuciosa de cada ficha, tendo em vista que, até durante o período da pesquisa, a instituição não dispunha de um banco de dados catalogados pelo Código Internacional de Doenças (CID's). O levantamento constituiu-se em um trabalho manual, demorado, dada a dificuldade de compreensão da caligrafia de alguns médicos que realizaram o atendimento ao paciente. Cada ficha de atendimento contém um espaço para o resumo da história clínica, para a hipótese diagnóstica expressa em código (CID), por extenso, e ainda espaço para o registro da conduta e procedimentos dos profissionais da equipe, a saber: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e outros, quando necessário. Como a maioria das fichas não continha o CID ou HD (hipótese diagnóstica) fez-se necessária a leitura

clínica para verificar se o caso se tratava de tentativa ou suicídio consumado.

Foi selecionado, também, alguns prontuários para a detecção dos casos mais graves que necessitaram de internação hospitalar, uma vez que as fichas de atendimento "*de entrada*" ficam arquivadas nos prontuários.

Resultados e discussão

Apresentamos, inicialmente, alguns dados quantitativos levantados nos serviços. Aleatoriamente foram escolhidos alguns meses do ano conforme a tabela:

Tabela 1 - Levantamento quantitativo – prontuários e fichas.

Mês/Ano	Prontuários	Fichas de atendimento
Janeiro/2010	--	2.450
Abril/2010	--	289
Julho/2010	--	627
Março/2010	142	--
Outubro/2010	--	670
Dezembro/2010	195	8.776
Janeiro/2011	--	9.031
Fevereiro/2011	--	6.234
Maio/2011	643	--
Setembro/2011	361	--
Dezembro/2011	--	8.853
Setembro/2012	--	3.024
Dezembro/2013	665	9.650
TOTAL	**2.006**	**49.604**

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2014).

A tabela 2 mostra algumas divergências em relação às estatísticas apresentadas pela OMS no que diz respeito à faixa etária, que preconiza maior ocorrência de suicídio consumado entre os idosos. Não foi identificado nenhum caso de suicídio em pessoas acima de 60 anos de idade no levantamento feito no registro das fichas e/ou prontuários, nem na citação dos participantes através das entrevistas. Entretanto, confirmou-se a tendência mundial da ocorrência do fenômeno na faixa etária "jovem" e "adultos jovens".

Tabela 2 - Número de casos levantados por sexo.

Sexo	Quantidade	Faixa-etária
M	10	15 a 34 anos
M	3	35 a 55 anos
F	22	15 a 34 anos
F	3	35 a 55 anos

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2014).

A tabela 3 mostra os métodos mais utilizados na pesquisa em foco:

Tabela 3: Métodos empregados em suicídios e tentativas por instituição.

Ano	João Lúcio				Hospital 28 de Agosto				Platão Araújo			
	Enf.	Intox.	Env.	Suic.	Enf.	Intox.	Env.	Suic.	Enf.	Intox.	Env.	Suic.
2010	-	5	6	6	-	15	9	10	-	-	-	1
2011	3	2	4	12	-	13	13	11	-	12	2	2
2012	9	7	8	12	2	4	6	3	4	19	8	3
2013	3	6	-	2	5	11	-	2	2	12	2	-
Total	**15**	**20**	**18**	**32**	**7**	**43**	**28**	**26**	**6**	**43**	**12**	**6**

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2014).

Nota: Legenda - Enf. (enforcamento); Intox. (intoxicação); Env. (envenenamento); Suic. (Suicídios)

Embora considerados mecanismos de suicídio "*lento*", não se incluiu neste trabalho os casos de abuso de bebidas alcoólicas, muitas vezes citados como intoxicação alcoólica, e os casos de intoxicação por drogas ilícitas (entre elas a cocaína), a menos que estivesse explícito na ficha de atendimento.

Foi realizada a leitura de 49.604 fichas e 2.006 prontuários ao longo de 01 (um) ano de trabalho de campo.

A concepção dos profissionais de saúde

Nesse tópico, apresentamos os resultados das entrevistas com os profissionais de saúde participantes da pesquisa a partir de suas respectivas categorias analíticas.

1. Compreendendo a vida na percepção dos que lidam com a morte

Para facilitar a abordagem do tema (ainda hoje é considerado tabu) e como uma maneira de "aliviar a tensão" dos participantes, antes de adentrar ao tema propriamente dito, foi sugerido a eles que falassem sobre a vida: "Como você percebe a vida"? Partindo-se da interpretação da percepção da vida, tornou-se mais fácil compreender o olhar sobre a morte voluntária.

a) "A vida como dom de Deus"

Considerando a concepção secular que perpassa a sociedade de uma forma geral, a vida é concebida como um dom de Deus e que somente Ele a pode tirar. Assim, os relatos a seguir atestam esta acepção.

> "A vida é um dom de Deus. Eu sou evangélica. Eu tenho Deus no coração. Não que as outras pessoas não tenham, mas eu tenho que colocar Deus sempre no meio." (informação verbal)[3].

3 Entrevista concedida pelo Participante 1, em Manaus, AM, em 2014.

> "Eu acredito na religião. Eu acredito que a vida é um dom de Deus." (informação verbal)[4].
>
> "A vida é um dom dado por Deus." (informação verbal)[5].
>
> "A vida é um dom dado por alguém que está acima de nós. Nós usamos um símbolo que representa o lugar que é desse Senhor, o Kipá, que fica na cabeça." (informação verbal)[6].
>
> "A vida é o maior presente que Deus nos dá. A vida é um dom de Deus." (informação verbal)[7].

Constatamos que os entrevistados consideram a religiosidade um aspecto muito importante na vida. A despeito de pertencerem a uma parcela privilegiada da sociedade que conseguiu adentrar a uma universidade e ter contato com disciplinas que poderiam induzi-los ao secularismo, a maioria mantém suas convicções religiosas que os direcionam em todos os aspectos da vida e possivelmente é o que determina o olhar sobre o existir e sobre o suicídio.

Holanda (2004) chama atenção para o fato de que o mundo das representações é, ao mesmo tempo, o mundo do humano e da espiritualidade. É na junção desses dois mundos que ele se descobre como ele mesmo, como tendo um sentido único, último, não delegável. Se ele perde essa conexão ou se ele se perde nessa conexão, ele se perde a si mesmo. Sua identidade individual se faz por meio de uma conexão do processo de socialização e de uma vivência consciente da realidade introjetada por suas representações. Isso gera uma cosmovisão, um paradigma comportamental, pelo qual a pessoa se localiza no mundo. E, dentro desta cosmovisão, o conceito de sagrado e de religião ocupa os pilares constitutivos do edifício humano.

4 Entrevista concedida pelo Participante 2, em Manaus, AM, em 2014.
5 Entrevista concedida pelo Participante 3, em Manaus, AM, em 2014.
6 Entrevista concedida pelo Participante 5, em Manaus, AM, em 2014.
7 Entrevista concedida por Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.

b) Outras maneiras de perceber a vida

A vida é e continuará sendo um mistério. Diante deste pressuposto, podemos apenas vivê-la em sua total plenitude, mas não conseguimos captá-la completamente de forma racional (FORGHIERI, 2012).

> Tenho que refletir sobre essa resposta. [...] A vida, se direcionada para o bem, vale a pena (informação verbal)[8].
>
> A vida tem que ter uma meta. O que faz eu levantar todo dia pra trabalhar é primeiro a minha filha e o meu filho pequeno. O bem-estar da minha família. Bem-estar não é só material, mas também afetivo (informação verbal)[9].
>
> A vida é uma dádiva (informação verbal)[10].
>
> Refletir sobre a vida é uma coisa bem complexa. Eu vejo... A vida tem que ter algum propósito. Você tem que ter alguma meta. Na minha formação, eu sou agnóstico, eu vejo a vida como um propósito maior (informação verbal)[11].

As falas nos trazem a noção de sentido, isto é, o sentido da vida. Frankl (2015) compreende que no homem está enraizado o que chamou de vontade de sentido: o esforço pelo melhor cumprimento possível do sentido de sua existência, o que os participantes entendem como a vida direcionada para o bem, vida com meta e propósito. Desse modo, em virtude de sua vontade de sentido, o homem tende a achar um sentido e realizá-lo e nisso o encontro com o *tu*. Os discursos nos trazem esta perspectiva, a do sentido da vida como possibilidade de autorrealização, ou seja, o encontro do sentido.

8 Entrevista concedida pelo Participante 4, em Manaus, AM, em 2014.
9 Entrevista concedida pelo Participante 9, em Manaus, AM, em 2014.
10 Entrevista concedida pelo Participante 10, em Manaus, AM, em 2014.
11 Entrevista concedida pelo Participante 8, em Manaus, AM, em 2014.

2. A percepção da multifatorialidade do suicídio

O conhecimento dos fatores de risco que predispõe ao aparecimento de uma determinada condição mórbida é uma estratégia válida para a sua prevenção. Esse princípio também é aplicável ao comportamento suicida.

As tentativas de se explicar o suicídio não são recentes. Embora Durkheim tenha sido considerado um dos primeiros estudiosos a procurar estabelecer padrões e explicações para o suicídio em sua obra clássica (O suicídio, 1897), enquadrando-o como "*fato social*", bem antes dele Marx percebia o suicídio como resultante da vivência do homem como ser social. No artigo "*Peuchet: sobre o suicídio*", Marx considera o fenômeno como uma tragédia cotidiana que não leva em conta classe social nem pode ser explicado pela recôndita natureza humana ou por outras "*saídas filosóficas*" e que, para o suicida, não passa de um débil lenitivo para o sofrimento. Ele deixa claro que uma correta compreensão do suicídio não pode limitar-se a causas puramente psicológicas, tampouco reduzi-lo a uma variável condicionada por fatores sociais exteriores ao indivíduo. Suas raízes não se encontram em nenhuma individualidade ou sociedade cristalizadas, mas sim no âmago daquele vivo e sempre mutável complexo de categorias as quais chama de *ser social* (LOPES, 2006).

Na percepção dos participantes, o suicídio foi definido como:

> O suicídio é uma fraqueza. Eu fico me perguntando: será que essa pessoa não tem Deus? (informação verbal)[12].

> Um ato tão agressivo contra si mesmo... (informação verbal)[13].

> Eu vejo uma pessoa vulnerável a qual não foi dada os verdadeiros valores na vida (informação verbal)[14].

12 Entrevista concedida por Participante 1, em Manaus, AM, em 2014.
13 Entrevista concedida por Participante 2, em Manaus, AM, em 2014.
14 Entrevista concedida por Participante 3, em Manaus, AM, em 2014.

> É acabar com a própria vida. É terminar uma vida que está sendo insatisfatória para ela [...]. É uma alternativa para o sofrimento que ela mesma não tá conseguindo resolver de outro modo (informação verbal)[15].
>
> É um ato de coragem, mas essas pessoas têm um distúrbio psiquiátrico muito grande pra chegar a fazer isso (informação verbal)[16].
>
> Falta de estrutura emocional. O desespero faz isso com a pessoa. Ela ficou tão desesperada que não raciocinou bem naquele momento de tirar a vida (informação verbal)[17]
>
> É um ato de coragem e desespero total. Coragem porque pra se matar é preciso ter muita coragem; medroso não se mata. É um desapego total com a vida. Eu acho isso: coragem e desespero (informação verbal)[18].
>
> O suicídio é uma fraqueza emocional muito grande (informação verbal)[19]
>
> O suicídio é uma questão de desespero, de sofrimento (informação verbal)[20].
>
> O suicídio é uma questão de ignorância, é uma falta de conhecimento (informação verbal)[21].

Ao buscar compreender as explicações ou conceitos do suicídio em si,

15 Entrevista concedida por Participante 4, em Manaus, AM, em 2014.
16 Entrevista concedida por Participante 5, em Manaus, AM, em 2014.
17 Entrevista concedida por Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.
18 Entrevista concedida por Participante 7, em Manaus, AM, em 2014.
19 Entrevista concedida por Participante 8, em Manaus, AM, em 2014.
20 Entrevista concedida por Participante 9, em Manaus, AM, em 2014.
21 Entrevista concedida por Participante 10, em Manaus, AM, em 2014.

percebe-se que há pensamentos diferentes em cada um dos participantes. Obviamente, não focando o ato em si, mas expressões de percepções em relação ao estado emocional ou até mesmo traços da personalidade dos indivíduos suicidas, de maneira geral, não exclusivamente dos pacientes atendidos.

Observou-se também certa ambiguidade de alguns participantes que ora percebiam o suicídio de uma forma ora de outra, expressão do contraste do próprio existir humano que abriga sentimentos opostos.

Para alguns, suicídio é uma demonstração de fraqueza emocional, de vulnerabilidade; para outros, falta de fé, desespero. Outros ainda o veem como falta de propósito na vida, falta de conhecimento etc.

A impressão que cada um tem, sua maneira de substantivar ou adjetivar o outro, está embasada na forma que o indivíduo se vê. Olhar sobre si poderá determinar o olhar sobre o outro. A fraqueza é identificada tendo como parâmetro a fortaleza. Força e fraqueza são conceitos subjetivos, atributos que podem fazer parte do mesmo ser.

O que significa ser uma pessoa emocionalmente forte? É ser incansável no trabalho? É ser agressiva? É ser resignada diante do sofrimento? É usar sempre a razão? E o que é ser fraco? É a que trabalha menos ou se fadiga mais? É a pessoa gentil ou a que usa mais a emoção?

Fraqueza e força são atributos presentes em todo ser. O *eu* é forte quando sabe manter suas emoções sob domínio. Não existem "*absolutos*". Torna-se forte quem aprende a lidar com suas fraquezas.

O suicídio também foi definido como coragem e distúrbio emocional. Como compatibilizar esses dois aspectos em uma mesma situação? O mesmo participante tem essas duas percepções. Possivelmente seja a sua vivência profissional que tenha oportunizado o contato com pacientes suicidas em circunstâncias diferentes das quais tenha abstraído a ideia de coragem, de determinação em pôr fim à vida. Talvez uma vida de sofrimentos, de insatisfação ou mesmo para beneficiar a sociedade (como os kamikazes, no Japão, que eram pilotos da força aérea que atiravam seus aviões contra os inimigos). É possível ainda que o participante tenha atendido também pacientes que no momento do atendimento estivessem em vigência de um transtorno emocional ou psiquiátrico. É sabido que até 90% das pessoas que

cometem suicídio sofrem de pelo menos um transtorno psiquiátrico significativo.

A multifatorialidade é notória. E, dada essa dimensão, peremptoriamente deve-se ir além do que está aí posto. Como nos diz Heidegger (2012), o *ser-no-mundo*, lançado no mundo, vivencia uma série de situações que o levam algumas vezes a redimensionar o si mesmo, são as *facticidades*, situações surpresas que sobrevêm e tomam de assalto o cotidiano da pessoa. Além desse aspecto, deve-se ainda considerar o que postula este pensador, no sentido de que o homem é histórico, social, convive com um elenco de valores, normas, regimentos e regulamentações que necessariamente precisam ser considerados, precisam ser observados. Em nossa compreensão, a partir daí o suicídio não é apenas o ato em si, torna-se premente ir além da atitude, além da crença de ser *um ato de coragem, de fraqueza* ou quaisquer adjetivações que se lhe propugnem.

A fala do participante 2 ilustra muito bem essa concepção ao enunciar: "Eu penso na fragilidade de uma pessoa. Como as pessoas são frágeis desse jeito?! Como as pessoas podem chegar a esse nível?!" (informação verbal). Respeito e dignidade, eis os termos que deveriam ser considerados em caso de suicídio consumado ou na tentativa. Vem o questionamento: quem é o sujeito que se suicida ou que tenta o suicídio? Para Rigo (2013), a princípio, é um sujeito que com seu ato desorganiza a configuração familiar, social e médica, de modo que ao dizer não à existência, o sujeito desestabiliza a ordem, posto que o autor é aquele que subverte a ordem médica, contraria as leis cristãs e desafia a lógica capitalista.

Em que sentido subverte a ordem médica? Ao longo da história, o médico, afinado com a ciência, vem acumulando saber sobre a saúde e a doença, sobre a vida e sobre a morte, um saber responsável por lhe conferir *status* e poder. Em consonância com sua ética, a ordem médica baseia sua prática no princípio de que a vida está acima de tudo e de que todos os esforços devem ser empreendidos para sua preservação. O suicídio subverte essa ordem. É como se com seu ato questionasse de alguma forma esse saber e, provavelmente, torne-se alvo de adjetivações como a que o participante enunciou. Afinal, ele incomoda a equipe de saúde por subverter o preestabelecido pela ordem médica. Com seu ato não valida o saber nem o esforço da equipe

médica em "*lutar e defender a vida*".

3. Fatores sociais, familiares e individuais: uma tentativa de compreensão

Esta categoria é a expressão da percepção de possíveis fatores predisponentes ou riscos para a tentativa de suicídio ou do ato consumado.

No cotidiano da profissão, os participantes comprovam o que dizem as teorias modernas sobre a multifatorialidade do suicídio. A partir da vivência profissional, da expressão de "*ser no mundo*", desenvolveram um olhar mais abrangente que enfoca o sujeito-paciente no aspecto biopsicossocial.

É impossível conceber o homem unicamente pela biologia ou como um animal social, pois ele não se explica fora do seu nexo existencial.

O primordial do *ser-no-mundo* do homem não é uma abstração, mas uma ocorrência concreta; acontece e se realiza apenas nas múltiplas formas peculiares do comportamento humano e nas diferentes maneiras de relacionar-se com pessoas. *Ser-no -mundo* consiste na maneira única e exclusiva do homem existir, se comportar e se relacionar com coisas e pessoas que encontra (FORGHIERI, 2012).

Como exemplo de fatores familiares, os participantes ressaltam:

> Imagino ali o que aconteceu, por que ele fez aquilo? Por que o pai não deu atenção? Caso de violência dentro da família dele? Ele está sendo abusado sexualmente ou fisicamente por um familiar? (informação verbal)[22].

> [...] Na hora que isso acontece a gente vê que a pessoa tem pai e mãe separados; pais já têm filhos de outros casamentos... A gente vê que nunca aceitou a separação... (informação verbal)[23].

22 Entrevista concedida pelo Participante 2, em Manaus, AM, em 2014.
23 Entrevista concedida pelo Participante 4, em Manaus, AM, em 2014.

> Quando você vê uma pessoa querendo se suicidar, você pode ver que muitas vezes é porque ele tem uma fragilidade emocional, mas também a família dele não incentivou valores; não ensinaram a ter um propósito (informação verbal)[24].

> Eu acho que o meio influencia muito a pessoa a pensar em suicídio. O homem é por questões financeiras; a mulher por questões conjugais, quando ela é traída (informação verbal)[25].

> Eles fazem isso de peraltice mesmo, pra mostrar para os pais que eles têm poder ou que eles não vão conseguir colocar limites. Foi o caso dessa moça que tomou o veneno de rato porque os pais não deixaram ela ir à festa com o namorado. Os pais estavam lá. Todos preocupados. A gente vê que é uma liberdade que eles querem a mais (informação verbal)[26].

Configuração familiar, instância em que estão presentes uma gama de vivências. Amor, desamor, negligência, possibilidades... Os participantes – e nota-se aqui a maioria – atribuem o ato à desagregação familiar como possível fator predisponente. Do nascimento à morte, dependemos de nossos semelhantes. Nesse processo, muitas vezes essa dinâmica de relações fica comprometida. E, ao adentrar por esse viés, a convivência toma o aspecto do adoecimento existencial que Forghieri (2012) compreende como o elemento em que as atitudes se tornam difíceis, incongruentes.

Contudo, os discursos trazem outras perspectivas de compreensão. Em relação aos fatores individuais, vários são elencados pelos participantes:

24 Entrevista concedida pelo Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.
25 Entrevista concedida pelo Participante 8, em Manaus, AM, em 2014.
26 Entrevista concedida pelo Participante 10, em Manaus, AM, em 2014.

a) Falta de religiosidade, de fé, de confiança em Deus

Apesar de que etimologicamente religião pareça derivar de "obrigação", tradicionalmente afirma-se que deriva do verbo latino *relegere* (re-ler) ou do verbo *religare* (re-ligar). Ao olharmos a religião como uma atitude de *re-ler* a realidade, deparamo-nos com uma atitude que envolve um processo religioso que tem, por essência, vivenciar o diálogo com o diferente, a solidariedade como expressão máxima do humanismo e a ecologia como vivência harmônica entre o homem, a natureza e o ambiente (HOLANDA, 2004). Torna-se, assim, uma prática vivenciada ao dar sentido aos valores humanos, criando uma visão espiritual e subjetiva, como percebemos nas falas dos participantes ao atribuírem que a provável falta de crença, de fé, de religiosidade seriam fatores predisponentes ao suicídio:

> O que perpassa em meu pensamento quando eu presto assistência a alguém que tentou suicídio é sobre a parte espiritual. Eu fico pensando – será que essa pessoa não tem Deus? Deus é a solução para todos os problemas da vida (informação verbal)[27].
>
> Quando a pessoa tem uma orientação religiosa, espiritual, ela pensa duas vezes antes de tentar o suicídio. Eu acho a religião necessária. Serve de apoio (informação verbal)[28].
>
> Quando o indivíduo tem um direcionamento espiritual ele não agiria daquela forma... (informação verbal)[29].
>
> Muitas vezes a pessoa que se suicida não conhece o cuidar Dele... Não conhece o propósito de Deus para a vida... (informação verbal)[30].

27 Entrevista concedida pelo Participante 1, em Manaus, AM, em 2014.
28 Entrevista concedida pelo Participante 2, em Manaus, AM, em 2014.
29 Entrevista concedida pelo Participante 5, em Manaus, AM, em 2014.
30 Entrevista concedida pelo Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.

> Eu acho que a crença, a fé, independente de qual seja a igreja, influencia muito a pessoa. Acho que as pessoas precisam buscar, até porque Deus é bondade. Se você seguir os caminhos Dele, você se considera filho Dele, você não vai tirar a sua vida. Eu sou católico. Eu acredito que a religião pode desmistificar a ideia de suicídio (informação verbal)[31].

> Eu sou católico e já li toda a Bíblia. Se uma pessoa lê a bíblia, lá tem o modelo. Ele não vai pensar em suicídio... (informação verbal)[32].

Falar em religião como uma *re-leitura* do mundo é falar em diálogo, em solidariedade, em ecologia interna e psicológica, em todo um conjunto de gestos que têm sentido por si só. Dessa forma, a religião pode ser concebida como um centro de convergência em que as pessoas encontram respostas às suas indagações existenciais e, sem deixar seus desejos, podem caminhar com segurança interna à procura de sua identidade. Seria, desse modo, a religião como constitutiva da identidade pessoal e social (HOLANDA, 2004).

b) Fatores psicológicos

Além da falta de religiosidade como fator codeterminante do suicídio, os fatores psicológicos também são apontados na sua etiologia, compondo o leque da individualidade. Realmente, os traços individuais de personalidade de um indivíduo, sua capacidade de lidar e resolver problemas, as experiências passadas em resposta ao interesse e a capacidade de mobilizar os recursos de enfrentamento ao estresse, a capacidade de mobilizar os recursos internos e externos durante crises, são vistos como fatores importantes que podem aumentar ou diminuir os riscos de suicídio.

31 Entrevista concedida pelo Participante 9, em Manaus, AM, em 2014.
32 Entrevista concedida pelo Participante 10, em Manaus, AM, em 2014.

> Sentimento de rejeição. Rejeição dele mesmo; os traumas que ele passou na infância e adolescência, falta de capacidade de superação. Falta de perspectiva... (informação verbal)[33].
>
> A pessoa que tenta suicídio não tem estrutura emocional nem pra se relacionar. Que tipo de estrutura emocional tem uma pessoa que uma simples briga faz ela tirar a vida? (informação verbal)[34].
>
> Coragem e desespero. Medroso não se mata, é preciso ter coragem e um desapego total à vida (informação verbal)[35].
>
> Ninguém corta os pulsos pra chamar a atenção. Têm outras formas de chamar atenção. O indivíduo pula, grita... Ninguém se mata pra chamar a atenção, se ele faz isso, tem um problema psicológico, mas não é pra chamar atenção (informação verbal)[36].

Corroborando com estas acepções, Rigo (2013), em debate on-line promovido pelo Conselho Federal de Psicologia sobre a temática, revela a inexistência de uma explicação universal para o ato suicida, o que torna necessário, para compreendê-lo, a associação de três fatores: 1) os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito); 2) os internos (relacionados à história de vida e aos transtornos mentais preexistentes em cada um); e 3) o contexto sociocultural do ato.

O suicídio é um ato devastador. Mas é sobretudo uma manifestação humana, uma forma de lidar com a dor e os sofrimentos existenciais. Conforme nos ensina Heidegger (2012), o *ser* é lançado em um mundo que já está aí antes dele e pode ser visto como ameaçador e gerador de angústia. O vazio existencial é experienciado e, muitas vezes, o sujeito não consegue lidar

33 Entrevista concedida pelo Participante 2, em Manaus, AM, em 2014.
34 Entrevista concedida pelo Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.
35 Entrevista concedida pelo Participante 7, em Manaus, AM, em 2014.
36 Entrevista concedida pelo Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.

com os revezes que se lhe apresentam no cotidiano, que poderá concorrer – como fator de risco e não como fator causal – para a consumação do ato.

4. Expressão de sentimentos - paradoxo: acolhimento versus atitude punitiva

Muito se ouve falar que os profissionais da área da saúde são frios ou insensíveis. Porém, foi possível apreender expressões de empatia através de condutas pertinentes ao exercício profissional, mas também através dos relatos de casos dos pacientes atendidos. Constatou-se que na sala de emergência também se vivenciam sentimentos.

Apesar da empatia demonstrada no acolhimento do paciente suicida, percebeu-se também resquícios de atitudes punitivas como uma tentativa de coibir recorrências. Talvez tais atitudes representem uma herança cultural do pensamento europeu dos séculos XVIII e XIX ou da transmissão de crenças nos dogmas da Igreja Romana que via no suicídio um ato de usurpação do poder de Deus como doador da vida. Mesmo morto, o suicida era merecedor de punições.

4.1. Expressão de sentimentos: o *ser-afetado*

Ao mencionarem os sentimentos e pensamentos que se apresentam no momento do atendimento ao paciente que tentou o suicídio, as expressões foram:

a) Tristeza e pesar: da angústia diante do fato à sensação de impotência

Lidar com a morte é perceber-se, da mesma forma, em sua finitude, no limite do humano, expressões que Heidegger (2013) prenuncia como o *não -mais-poder-ser.* Diante de um caso de suicídio, alguns dos participantes ex-

pressam tristeza, angústia, dor, pena e frustração por não poder ajudar:

> [...] muitas vezes eu fui pra casa com a morte nos ombros. Aquela pessoa morria e eu levava pra casa. Eu ficava triste, chateado... Me perguntava por que aquela pessoa não viveu?! (informação verbal)[37].

> Me angustia ver um paciente com lesão neurológica. Ele não está consciente para falar. Ele grita, grita, grita... Parece que está sofrendo muito. Vem em mente aquela situação de inferno, de purgatório... Isso me angustia muito! [...] E o que completou o suicídio não tem o que fazer. Vem a tristeza, a emoção daquele momento (informação verbal)[38].

> O sentimento depende da faixa etária do paciente. Em jovens, esse tipo de atendimento me dói muito (informação verbal)[39].

> Nos jovens, eu fico com pena. Eu tenho pena e sabe por quê? Porque talvez eles não tiveram aquilo que eu tive... Orientação. Então, eu sinto pena (informação verbal)[40].

> [...] Esse impasse de dar a notícia, de ser uma pessoa jovem que está morta... Aí vem aquela sensação de impotência. [...] Eu cheguei aqui e não consegui ajudar em nada aquela pessoa, isso me frustra muito. Às vezes eu fico zonzo, chego em casa cabisbaixo, aí eu converso com a minha esposa só pra desabafar mesmo. É uma sensação muito ruim (informação verbal)[41].

37 Entrevista concedida pelo Participante 1, em Manaus, AM, em 2014.
38 Entrevista concedida pelo Participante 2, em Manaus, AM, em 2014.
39 Entrevista concedida pelo Participante 7, em Manaus, AM, em 2014.
40 Entrevista concedida pelo Participante 6, em Manaus, AM, em 2014.
41 Entrevista concedida pelo Participante 9, em Manaus, AM, em 2014.

b) A técnica prevalece: não ao envolvimento emocional

> Eu não desenvolvo nenhum sentimento. Aprendi a individualizar cada caso. É como uma dor que eu atendi. Eu sou muito técnica (informação verbal)[42].
>
> [...] não me importa o motivo por que o paciente está lá (na sala de ressuscitação). Eu faço o que tem que ser feito (informação verbal)[43].

Nas citações acima (participantes 3 e 8), poder-se-ia interpretar como demonstração de insensibilidade, corroborando com o preconceito de que o médico é insensível. Será que o que é expresso pela palavra corresponde à essência do ser? Ou é a expressão da percepção que o *ser* tem de si próprio? Ou seja, é a forma como o indivíduo se vê, porém não corresponde como a forma que o outro o vê.

Através do método fenomenológico, que possui como referência a compreensão, aprende-se que o homem é um ente que se manifesta através da fala. É na sua discursividade que ele tem a possibilidade de se explicitar, de revelar o sentido do ser e do existir humano. Então, através da sua fala, é possível captar o significado de suas experiências, desvelar suas verdades. Mas, para chegar à essência do próprio conhecimento, deve-se procurar captar o sentido da vivência para a pessoa em determinadas situações por ela experienciadas em seu cotidiano (HEIDEGGER, 2012).

Pré-conceitos esvaecem à luz da *com-vivência*. Conviver com esses profissionais pode ajudar a apreender a essência do explicitado através de suas palavras, cujas atitudes demonstradas na relação médico-paciente e entre os colegas de trabalho não traduzem "*indiferença*" ou ausência de sentimentos, como as citações fazem crer.

As expressões "é como uma dor que atendi" e "*não importa o motivo, eu*

42 Entrevista concedida pelo Participante 3, em Manaus, AM, em 2014.
43Entrevista concedida pelo Participante 8, em Manaus, AM, em 2014.

faço o que tem que ser feito" podem significar também – eu não discrimino o paciente por patologias... Mesmo sendo uma situação resultante da escolha deliberada do paciente, eu estou ali para atender, não para julgá-lo.

É possível perceber, também, expressões paradoxais de outros participantes a respeito do acolhimento e de atitudes punitivas:

> [...] qual o sentimento? A gente fica com um pouco de... Não digo raiva, mas eu digo que fica uma certa intolerância. A gente está aqui para atender todo o tipo de emergência, mas eu acho que na visão, pelo menos do meu ponto de vista, aquilo não se torna uma emergência. Ele está ali porque ele quis, por uma escolha dele. Então, se ele quis fazer com a vida dele aquilo... Mas a gente tem que salvar ele a todo custo. Mas, se for ver, todos os pacientes que nós tratamos lá são suicidas em potencial: o etilista, o tabagista, o obeso mórbido. Todos eles se suicidam, só que a longo prazo. E, às vezes, o profissional não tem paciência de cuidar do paciente que tentou suicídio, mas tem paciência pra cuidar daquele que é tabagista, etilista... (informação verbal)[44].

Ser-afetado, eis o conceito que nos ajuda a interpretar adequadamente estas falas. O outro, humano como eu, ao atentar contra si mesmo, mobiliza em mim emoções, sentimentos, valores. Para Heidegger (2012), o mundo humano é caracterizado pelas relações que estabeleço com o outro que me vem ao encontro no mundo. Afinal, como nos diz Holanda (2014), o *colocar-se* do homem é um *colocar-se diante de*. Diz respeito à responsabilidade partilhada com outros sujeitos, significa, por assim dizer, tomada de consciência da própria humanidade.

Se por um lado os participantes mostram certo envolvimento existencial para com o suicida, por outro, existem profissionais para os quais a obrigação, corporificada pela *técnica* e *raiva* por esse sujeito que subverteu a ordem médica, estão em primeiro lugar. Mesmo diante deste paradoxo, o *ser-afetado* enuncia-se. O outro nos afeta, não resta dúvida.

44 Entrevista concedida pelo Participante 5, em Manaus, AM, em 2014.

Considerações finais

Buscar compreender o olhar dos profissionais de saúde sobre o suicídio através da análise dos sentidos e significados nos discursos contribuiu também para o desenvolvimento de outro olhar, um entendimento diferenciado sobre o fenômeno estudado.

Percebe-se a dimensão do ato suicida para os profissionais de saúde, que evocam desde a importância da religiosidade na vida do homem à multifatorialidade que constatam, em seu fazer profissional, acerca do suicídio ou da tentativa de suicídio. Buscam compreender concebendo fatores internos e externos ao suicídio propriamente dito.

Demonstram que a consumação do ato os faz refletir sobre a vida em si mesma e do próprio fazer profissional, uma vez que suas falas mostram o quanto se sentem afetados, o quanto fica impresso neles sensações variadas e paradoxais do ato suicida.

Assim, precisamos refletir a respeito do fato de que as mortes dessas pessoas nos fazem pensar e refletir sobre a vida. O que pensar a partir delas? O suicídio tornou-se um problema de saúde pública. Falar sobre esta temática é, certamente, bastante difícil, até porque, em nossa sociedade, falar sobre morte é ainda um tabu e, na morte autoinfligida, inimaginável.

Contudo, alguns questionamentos vêm à tona para que outras pesquisas possam ser realizadas. Assim, atualmente, como a formação superior na área da saúde tem abordado esta temática? Como a formação do psicólogo trabalha o tema do suicídio? Perguntas que necessariamente precisam de respostas, uma vez que, além das taxas de ocorrência atuais, o comportamento suicida anuncia ainda maiores proporções na sociedade futura.

Referências

BOTEGA, N. J. Conduta nas tentativas de suicídio. In: *Guia de Psiquiatria*. Barueri, SP: Manole, 2010. (Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. *Suicídio*: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia fenomenológica*: fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Centage Learning, 2012.

FRANKL, V. E. *O sofrimento de uma vida sem sentido*: caminhos para encontrar a razão de viver. Tradução Karleno Bocarro. São Paulo: É Realizações, 2015.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII.

GUILLON, C.; BONNIEC, Y. *Suicídio*: modo de usar, história, técnica, notícia. Tradução de Júlio Henriques e Paulo da Costa Domingos. Lisboa: Edições Antígona, 2011.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Tradução, organização de Fausto Castilho. Campinas, SP: Editora da Unicamp; Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

HOLANDA, A. F. *Fenomenologia e humanismo*: reflexões necessárias. Curitiba: Juruá, 2014.

_____. *Psicologia, religiosidade e fenomenologia*. Campinas, SP: Alínea, 2004.

KUTCHER, S. P.; CHEHIL, S. *Manejo do risco de suicídio*: um manual para profissionais de saúde. Canadá: Lundbeck Institute, 2007.

LOPES, F. H. *Suicídio & saber médico*. 1. reimp. Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, dec. 2004. Disponível em: <http://www.sielosp.org/.php?pid:s0034>. Acesso em: 24 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Distribuição regional de suicídios em 2012*. Nova York: WHO, 2014.

RIGO, S. C. Palestra III. In: Conselho Federal de Psicologia. *O suicídio e os desafios para a Psicologia*. Brasília: CFP, 2013. p. 32-41.

VOLPE, F. M; CORREA, H; BARRERO, S. P. Epidemiologia e Suicídio. In: CORREA, H; PEREZ, S. (Org.). *Suicídio*: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006

Suicídio na infância: um estudo epidemiológico no Amazonas a partir do sistema de informação sobre mortalidade (FVS/SIM)[1]

Eliza do Amaral Ferreira Guimarães[2]
Denise Machado Duran Gutierrez[3]

Introdução

O artigo busca realizar uma reflexão acerca do suicídio na infância por meio da apresentação dos dados de uma pesquisa realizada em um Programa de Iniciação Científica. De forma inicial, mas também inédita, foi realizado o mapeamento de casos de suicídio entre crianças ocorridos no Estado do Amazonas. A busca de dados se deu desde a implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em 1979 até o ano de 2011. Na análise dos dados, procuramos levantar os aspectos socioculturais e características epidemiológicas dos sujeitos envolvidos nas ocorrências (sexo, local de ocorrência, método empregado, capital *versus* interior, raça/cor, etc.). Com isso, buscamos fazer com que a temática do suicídio durante o período da infância ganhasse a visibilidade que o fenômeno do suicídio vem ganhando quando ocorrido em outras etapas da vida, possibilitando assim a desconstrução de paradigmas e tabus.

Como se trata de um resultado de pesquisa com recorte temporal bem definido, as bases de cálculo estão marcadas por um período já distante. Para minimizar o

1 Projeto desenvolvido no âmbito do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/UFAM (2011-2012). Bolsa concedida pelo CNPq/CAPES. Colaboração da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (FVS).
2 Psicóloga, Mestre em Psicologia - UFAM
3 Docente do Programa de Mestrado em Psicologia - UFAM

distanciamento dos dias atuais, foi realizada nova busca junto ao SIM e foi possível resgatar as ocorrências registradas até o ano de 2014. Desta forma, serão apresentados os resultados obtidos ao logo da pesquisa em paralelo com as atualizações possíveis das ocorrências mais recentes.

Com vistas a melhor compreensão do fenômeno, é necessário delinearmos a temática que estamos abordando. De forma literal, suicídio é o ato de "*autoassassinato*", termos utilizado por Sadock (2008). Mas, para não se tornar demasiado simplista, é preciso considerar o suicídio um fenômeno multifacetado, permeado por questões sociais, econômicas, psicológicas e culturais (HESLER, 2013).

Em relação ao levantamento de sua ocorrência, o suicídio sofre variações ao redor do mundo, muito em virtude de como são registrados (LOVISI et al, 2009). No Brasil, os dados estatísticos sobre saúde e mortalidade tornaram-se atribuição do SUS (Sistema Único de Saúde). Esse levantamento é utilizado para produção de conhecimento e desenvolvimento de novas estratégias de intervenção. Contudo, a problemática do suicídio, embora abarque diversos aspectos e gere a possibilidade de atuação de profissionais com formações distintas, pouco avançou nos últimos anos.

Correa e Rocha (2011) alertam que entre as décadas de 1980 e 2000 houve um aumento de 1900% nos casos de suicídio e, possivelmente como resposta a este fenômeno, as produções científicas mais relevantes e citadas foram publicadas. Há, contudo, carência de materiais atualizados e publicados em plataformas de pesquisa brasileiras. Pode-se encontrar pesquisas elaborando levantamentos quantitativos de casos de suicídio na população em geral de determinados municípios. No entanto, poucos são os trabalhos que enfocam o fenômeno entre crianças.

Dada a negação do acontecimento de suicídio no período da infância, muitas lacunas são deixadas, havendo pouca investigação no âmbito nacional e regional. Desta forma, um estudo epidemiológico pavimenta um caminho que ainda precisa ser explorado para dar conta do fenômeno, possibilitando uma ação preventiva, assim como de cuidados para com os familiares de crianças que cometeram suicídio. Conforme aponta Cassorla (1998, p. 20),

> Não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama 'causa' é geralmente o elo final dessa cadeia.

Outro ponto importante observado na construção desta proposta são as falhas existentes nas medidas de proteção e prevenção em políticas contra o suicídio. Essas propostas focam majoritariamente o público adolescente e adulto, tal como a Portaria nº 1.876, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Esse documento ressalta a importância da realização de investigações epidemiológicas somente na faixa etária entre 15 e 25 anos.

Após essas considerações, cabe-nos indicar as formas que escolhemos para trabalhar a temática e os dados obtidos, esclarecer sobre nossa concepção de infância e quais estratégias ou políticas que têm sido voltadas para a prevenção do suicídio, assim como considerar o contexto amazônico em que nos situamos com o fito de discutir essas questões.

O suicídio

Segundo Durkheim (2000), o suicídio é um fenômeno social, especialmente da sociedade moderna, visto que esta exerce grande cobrança sobre o indivíduo, podendo impor a abdicação da própria vida. Neste sentido, Durkheim (2000) categoriza três tipos de suicídio: o *egoísta*, que ocorre pela inadequação e enfraquecimento de laços com o grupo social, obedecendo simplesmente ao desejo do homem; o *altruísta*, fruto de uma consciência coletiva grupal fortemente ligada, de caráter essencialmente nobre (filantrópico) como forma de manutenção do grupo; e, por fim, o *anômico*, marca da sociedade moderna, possuindo íntima relação com alterações econômicas e sociais bruscas que enfraquecem a coesão social e ocasionam a perda de identificação do indivíduo com o grupo, apresentando o suicídio como

saída.

No entanto, Durkheim (2000, p. 51) não descarta que o fenômeno do suicídio seja também objeto de estudo da psicologia:

> Considerando que o suicídio é um ato da pessoa e que só a ela atinge, tudo indica que ela deva depender de fatores individuais e que sua explicação, por conseguinte, caiba tão somente à psicologia. De fato, não é pelo temperamento do suicida, por seu caráter, por seus antecedentes, pelo fato de sua história privada que em geral explicam sua decisão?

Em consonância com o pensamento do sociólogo, é possível encontrar em discussões da psicologia o suicídio motivado por inadequações sociais associadas a conteúdos subjetivos. Jung (apud VIEIRA, 2008), ao tratar do tema, apontou que o ato suicida ocorre em situações em que, na perspectiva do indivíduo, apenas a morte é a solução, visto que a situação ou conflito em que a pessoa está envolta toma proporções que, associada à falta de vitalidade para o enfrentamento, o leva a pensar que não há outra saída a não ser sua finitude.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio consiste em um ato deliberado e consumado por uma pessoa a qual possui pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Atualmente, estimativas apontam que o suicídio representa uma das principais causas de mortes de jovens e adultos. O fenômeno está entre as três maiores causas de óbito da população com idade entre 15 e 34 anos, representando, portanto, um problema de saúde pública de grande importância (OMS, 2011).

No Brasil, um levantamento realizado no ano de 2006 apontou que 6,7% de todas as mortes daquele ano foram em decorrência de atos suicidas. Em números reais, o ato representou 8.506 óbitos, sendo em média 23 óbitos por dia. Também foi constatado que tais mortes tiveram prevalência em pessoas com idades entre 20 e 39 anos de ambos os sexos. Um dado que chamou bastante a atenção foi o grande registro de casos de suicídio entre mulheres com idade entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2008).

Este último dado chama a atenção para a grande ocorrência na faixa etá-

ria da adolescência, pois, segundo Brasil (2006), adolescência é compreendida entre as idades de 10 a 19 anos e a infância compreende a idade de 0 a 9 anos. No entanto, quanto à infância, poucos são os registros do fenômeno, visto como um tabu na sociedade.

Pesquisas realizadas por Fensferseifer e Werlang (2003) indicaram que cerca de 50% de incidentes envolvendo crianças – como intoxicações e acidentes domésticos – podem ser considerados tentativas de suicídio. A interpretação errônea das "pistas" dificulta a intervenção em tempo hábil e a prevenção da concretização do ato.

Seminotti (2011) cita a investigação realizada por Pedroso et al (1986) ao retratar alguns mitos existentes em relação à capacidade autodestrutiva das crianças. Sua pesquisa demonstra que, ao contrário do que se pensa, as taxas de tentativas ou consumação do ato suicida são crescentes. Frisa também que as crianças tanto quanto os adultos experimentam dor, ansiedade, medo de rejeição, solidão, a ponto de desejar o término da vida.

Contudo, ainda há uma grande negação da realidade, uma dificuldade de aceitação dessas evidências. Esse não reconhecimento deriva de uma visão estigmatizada da infância, vista, erroneamente, como uma fase tranquila, distante de quaisquer sofrimentos ou frustrações.

A infância segundo Erick Erikson

Com o intuito de desconstruir estes paradigmas, buscou-se na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikcon uma fundamentação teórica para analisar a infância. Erikson (1902-1994) foi considerado um neopsicanalista com enfoque na infância, muito embora sua teoria englobe a adultez e a velhice. Sua grande contribuição e distinção da teoria psicanalítica clássica consiste na tirada do foco das preocupações unilaterais nas forças intrapsíquicas e busca da historicidade da estrutura e da organização social em que a criança se encontra e das relações interpsíquicas entre a criança e seu meio, portanto da estrutura e dinâmica presentes no meio. Sua teoria deixa de ser *psicossexual*, como Freud se referia, e passa a ser *psicossocial* (BIAGGIO, 2005).

Em sua obra, Erickson constrói o processo de desenvolvimento como governado pelo *Princípio Epigenético*, ou seja, qualquer coisa que se desenvolve tem um plano básico, do qual as várias partes emergem. Desta forma, cada parte tem seu tempo crítico e decisivo de origem e ascendência especial até que todas as partes tenham emergido e se integrem num todo funcionalmente integrado (BIAGGIO, 2005).

De forma a sistematizar sua teoria, Erikson construiu o esquema das "oito idades do homem e os oito conflitos". O primeiro conflito coincide com a fase oral de Freud, momento em que o bebê mantém seu primeiro contato social, em geral com a mãe, a partir da amamentação. Segundo Erikson (1976), nesta fase o bebê experimenta a "*confiança básica x desconfiança básica*", que consiste nos momentos de ausência e presença da mãe. Quando há a ausência, o bebê experimenta a esperança do retorno; na volta, há a experiência de confiança básica. Caso o retorno tarde, o bebê experimenta um sentimento de desconfiança básica. Erikson destaca que esta falta e presença não representa apenas a abundância da alimentação ou demonstrações afetivas, mas a qualidade da relação materna (ERIKSON, 1976; BIAGGIO, 2005).

> As mães criam em seus filhos um sentimento de confiança por meio daquele tipo de tratamento que em sua qualidade combina o cuidado sensível das necessidades individuais da criança e um firme sentimento de fidedignidade pessoal dentro do arcabouço do estilo de vida de sua cultura. (ERIKSON, 1976, p. 229).

Dessa forma, é desenvolvida na criança a base para um sentimento de identidade que, mais tarde, associará a um sentimento de ser "aceitável" enquanto ela mesma, com tudo aquilo que os demais acreditam que ela pode vir a ser; uma confiança em si mesma assim como uma confiança em si perante os outros (ERIKSON, 1976).

Em seguida, a criança experimenta o conflito: "*autonomia x vergonha e dúvida*", equivalente à fase anal de Freud. Neste momento, a criança começa

a experimentar um controle muscular, sobretudo o anal. Perceber este controle e experimentar o prazer dele advindo constitui a base para o desenvolvimento de um senso de autonomia e parece subitamente "se fundir", pessoa e corpo. Concomitante, os pais trabalham para ensinar a criança o controle e os hábitos sociais, confluindo para uma gradativa compreensão do meio que a cerca. A possibilidade de gerar e cuidar de outra criança, uma vez que passa a desenvolver o controle muscular e compreender-se como pessoa, esbarra no tabu do incesto e na angústia da castração. A culpa decorre da percepção de transforma-se lentamente em um genitor, mas é impedida pelas normas vigentes (ERIKSON, 1976).

O resultado desta fase é a construção de uma moral ou um moralismo. Um dos perigos da má resolução são os sentimentos de culpa exacerbados ante suas vivências, assim como atitudes moralistas relativas ao julgamento de terceiros, conforme pontua Erikson (1976).

Logo em seguida, após a vivência da fase anterior, Erikson (1976) indica que a criança está pronta para "a entrada na vida", referindo-se à vida escolar, seja essa escola o campo, a selva ou qualquer outro contexto sociocultural, momento que inicia o conflito da *"indústria x inferioridade"*. Este momento é equivalente à latência. Tendo em vista que a criança já está mais apta psicologicamente para tornar-se um produtor, nesse momento ela sublima o desejo inconsciente de gerar e inicia o momento de preparação enquanto provedor para, em seguida, tornar-se um genitor biológico. Segundo Erikson (1976), nesta etapa as crianças de todas as culturas recebem alguma instrução sistemática e é levada a se submeter às normas dadas pela cultura.

A criança passa a vivenciar as normas sociais convivendo com outras realidades subjetivas e históricas. Erikson (1976) aponta que a escola parece ser por si só toda uma cultura, com seus próprios objetivos e limites, progressos e insucessos. Nesta fase, o autor alerta que o perigo reside em um sentimento de inadequação e inferioridade ante o grupo ao qual a criança está sujeita.

> Essa etapa se difere das anteriores porque não é uma convulsão interior para um novo domínio. Freud denomina esta etapa de latência porque os impulsos mais violentos estão normalmen-

> te adormecidos. [...] Contudo, socialmente é a mais decisiva: visto que a indústria implica fazer coisas ao lado de outros e com eles, nesta época se desenvolve um primeiro juízo a respeito da divisão do trabalho e da oportunidade diferencial, isto é, do *'ethos'* tecnológico de uma cultura. (ERIKSON, 1976, p. 239-240).

Em meio aos conflitos desta etapa, o desenvolvimento infantil se desagrega principalmente quando a vida familiar não conseguiu prepará-la satisfatoriamente para a fase escolar e quando este ambiente social deixa de cumprir as promessas das etapas anteriores, da preparação para a indústria para o trabalho enquanto labor.

Após considerável bonança no desenvolvimento, a fase de latência e o estabelecimento de uma boa relação com o mundo das habilidades, a criança despede-se de sua infância e enfrenta uma tempestade, a puberdade e o advento da juventude. Neste período o indivíduo experimenta o conflito de "*identidade x confusão de papel*". Assim, além das rápidas mudanças em seu corpo, ela se defronta com a acelerada aproximação das tarefas adultas. Suas angústias são majoritariamente relacionadas ao que aparentam ser ante o outro comparado com o que enxergam e pensam que são, buscando, em meio a isso, associar os papéis e habilidades anteriormente cultivados com os protótipos ocupacionais do momento (ERICKSON, 1976).

Após a adolescência, o indivíduo entra na fase adulto-jovem, seguida da adultez à terceira idade, irrompendo novos conflitos: *intimidade x isolamento*, *generatividade x estagnação* e *integridade x desesperança,* respectivos para cada fase (ERICKSON, 1976).

Percebe-se, assim, que o desenvolvimento se funda nos momentos de crise e conflitos que ocorrem a partir dos aspectos biológicos, históricos, sociais e intrapsíquicos. Não se pode analisar o desenvolvimento sem tomar como referência tais pontos, de acordo com o autor:

> O ser humano, em todas as épocas, desde o primeiro pontapé in útero até o último suspiro, está organizado em agrupamentos geográfica e historicamente coerentes: família, classe, co-

> munidade, nação. Assim, um ser humano é, em qualquer época, um organismo, um ego e um membro de uma sociedade, e está envolvido nos três processos de organização. Seu corpo está exposto à dor e tensão; seu ego, à ansiedade; e, como membro de uma sociedade, é suscetível ao pânico que emana de seu grupo. (ERICKSON, 1976, p. 30).

Na sequência, além de situarmos o desenvolvimento humano da criança e do adolescente, buscaremos apresentar quais as políticas públicas voltadas para estes indivíduos.

Políticas de prevenção ao suicídio

No processo de construção deste texto, foram constatados alguns pontos insatisfatórios no que concerne às medidas de proteção e prevenção em políticas contra o suicídio. Percebemos que tais políticas focam majoritariamente o público adolescente e adulto, a exemplo da Portaria n° 1.876 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Esse documento ressalta a importância da realização de investigações epidemiológicas tratando apenas da problemática envolvendo a faixa etária de 15 a 25 anos.

Um estudo realizado por Clarck e Fawcet (1992), citado em Botega et al (2006), fez uma retrospectiva dos casos de suicídio e pôde mostrar cinco dados importantes, dentre os quais destacam-se três de grande relevância: 1) cerca de 60% dos casos consumados de suicídio foram praticados por pessoas que ainda não haviam tentado antes; 2) entre 50% e 60% das pessoas mortas por suicídio não havia consultado um profissional de saúde mental no decorrer da vida; e 3) houve comunicação da intenção de matar-se por aproximadamente dois terços da população que consumou o ato. Além destes três pontos, os autores destacam a incidência de possíveis transtornos e/ou perturbações psiquiátricas nunca antes tratados ou sequer diagnosticados.

Botega et al (2006) acrescentam que essas constatações reforçam a ne-

cessidade de uma capacitação não apenas para profissionais, como psicólogos ou psiquiatras, mas também a todos que estão envolvidos no sistema de atenção à saúde, assim como à população em geral. Essas medidas são importantes pois podem fornecer informações para compor uma rede de apoio bem integrada a partir de discussões e alertas quanto aos comportamentos e sinais de fatores de risco.

Souminem et al (2004 apud BOTEGA, 2006) frisam que os fatores que oferecem maior risco são as relações interpessoais pouco sólidas. Logo, quanto mais vínculos afetivos, crenças religiosas e sentimento de pertencimento em um grupo, menores são as chances de haver um comportamento suicida. A incidência de transtornos psicológicos ou psiquiátricos bem como fatores culturais também são alvos de atenção no que tange as políticas de prevenção.

Entretanto, conforme relata Botega (2006), o Brasil, até o ano de 2005, não possuía um plano estratégico preventivo. Apenas nesse ano um grupo de trabalho foi formado com o intuito de traçar um plano de ação. Esse plano resultou nas Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, lançado oficialmente no ano seguinte, em 2006. Dentre os postulados, pode-se citar: desenvolvimento de estratégias de informação, comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e que pode ser prevenido. Buscou também dar destaque especial para a atenção aos profissionais da área de saúde como forma de "*capacitá-los para lidar com tal demanda*" não somente nos espaços de atenção à saúde, mas também no ambiente escolar, entendendo que este espaço representa o contato da criança com o social. Houve também preocupação em estender os postulados do programa aos meios de comunicação e outras organizações que prestam assistência à população.

Contexto amazônico

São necessárias ainda algumas considerações acerca do local em que estamos analisando o fenômeno do suicídio. O Estado do Amazonas possui uma área de 1.559.161,682 km². Neste território, há 61 municípios e a capital – Manaus. A população amazonense é de aproximadamente 3.483.985 habitantes. Mais da metade reside na capital e o restante povoa os municípios interioranos. Vale ressaltar que a população autodenominada indígena, no Estado, é dez vezes superior ao visto em outros estados brasileiros (SOUZA; ORELLANA, 2013).

As particularidades quanto ao Estado consistem na presença de grande população indígena, além da existência de fronteiras internacionais, áreas sensíveis e marcadas pelo intenso tráfico internacional de drogas ilícitas. Além das fronteiras, as cidades interioranas, em sua maioria, possuem pouca assistência aos serviços básicos de saúde e justiça e dificuldade de acesso à capital (BARBOSA, 2004). Neste contexto, circunscreve-se um fenômeno que tem sido investigado por pesquisadores da região que buscam analisar certas particularidades do suicídio na região, sobretudo os relacionados à população indígena.

Os autores alertam que as taxas de mortalidade por suicídio entre os jovens indígenas na região, especialmente entre os anos de 2006 - 2010 foi a mais alta. Por outro lado, entre os não indígenas, houve maior prevalência de casos de homicídio (SOUZA; ORELLANA, 2013). Os resultados do estudo pontuam algumas áreas do Estado que possuem maiores índices. No entanto, as pesquisas pouco focam o público infantil, dedicando-se mais à reflexão do fenômeno na faixa etária da adolescência e da fase adulta, consideradas de maior incidência.

Abordagem metodológica

Fora realizada uma pesquisa quantitativa que consistiu em mensurar variáveis preestabelecidas, realizando a verificação e explicação de sua influência sobre outras variáveis, visto a partir de análise da frequência de incidên-

cias e de correlações estatísticas, cabendo ao pesquisador descrever, explicar e predizer, conforme enuncia Chizzotti (2009).

O instrumento utilizado para coletar os dados foi uma planilha com as variáveis específicas e observáveis, como, por exemplo: sexo, idade, localidade, local de ocorrência, data de ocorrência e outros. Dessa forma, mensurou-se a frequência das ocorrências para analisá-las posteriormente.

Os dados foram coletados junto ao Sistema e Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no sítio do DATASUS – de acesso público e vinculado ao Ministério da Saúde – com a finalidade de realizar o levantamento das informações concernentes aos registros de óbitos infantis por suicídio desde a implantação do referido sistema, o que possibilitou, consequentemente, a coleta quantitativa.

O levantamento quantitativo foi dividido em três etapas visto que, dada à alteração na Codificação Internacional de Doenças (do CID 9 para CID 10), houve aumento nas categorias dos registros assim como mudança na nomenclatura da codificação. Dessa forma, a primeira etapa de pesquisa compreendeu o intervalo temporal de 1979 - 1995, no qual se buscou eventos cujos códigos estavam entre E950 e E958. A segunda etapa, de 1996 até o ano de 2011, já com as codificações entre X60 e X84 e, por fim, na terceira etapa buscou-se dados nacionais com a finalidade de realizar um comparativo do quantitativo regional em relação ao nacional.

Os dados brutos foram categorizados, separando-se as variáveis relacionadas aos óbitos: faixa etária, sexo, escolaridade, região de origem (capital ou interior), local onde foram encontrados os corpos e a classificação no CID (sendo considerado os seguintes meios: envenenamento, enforcamento, arma de fogo e lesões causadas por meio não identificado). No segundo intervalo, pôde-se adicionar a categoria: raça/cor. Vale ressaltar que o banco de dados nos forneceu, em ambos os intervalos temporais (de 1979 a 1995 e 1996 a 2011), os grupos etários de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos. Esse material fora tabulado e posto em forma de banco de dados com o intuito de ser analisado quantitativamente com ajuda do *software Minitab 16.2.4.4 (versão demo)*.

Após a construção do banco de dados, foram produzidos tabelas e gráficos para melhor visualização das informações. Para calcular as taxas totais

de suicídio, dividiu-se o número absoluto de mortes por suicídio pela população total do Estado do Amazonas no respectivo ano. Os números referentes à população foram coletados junto ao banco de dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Em seguida, observaram-se as tendências e particularidades dos casos registrados, realizando assim uma discussão com questões socioculturais bem como a análise descritiva pautada nos acontecimentos durante a fase do desenvolvimento em questão (LEVIN, 2004).

A natureza dos dados é secundária, proveniente de bancos já existentes e disponíveis.

Resultados e discussão

Os casos de suicídio no Amazonas na faixa etária de 5 a 14 anos, no período de 1979 (ano de implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM) até 2011 foi de 113 ocorrências. No primeiro intervalo temporal (1979 a 1995), não houve registros de suicídio para o grupo etário de 5 a 9 anos e que provavelmente sinaliza uma dificuldade na notificação das ocorrências. O mesmo grupo etário, no segundo intervalo temporal (1996 a 2011), apresentou 05 ocorrências. Esse número, no quantitativo geral dos registros de mortalidade do respectivo grupo etário representou 0,23%. Como mencionado anteriormente, nova busca de informação foi realizada com a finalidade de atualizar as ocorrências registradas após 2011 até 2014. Nessa nova busca, verificou-se um aumento significativo de ocorrências, pois em apenas 03 anos foram registrados 03 casos de suicídio, ou seja, o equivalente a um suicídio (número relativo às crianças com idade entre 5 e 9 anos) a cada ano. Os dados são relevantes pois nos anos anteriores havia, em média, um caso a cada três anos no mesmo grupo etário. Quando comparado ao quantitativo total – no mesmo período – ficou constatado que as mortes por suicídio significaram 0,81% do valor total de mortes nessa faixa etária.

Não obstante, ao observar o quantitativo de mortes por causas externas, pôde-se perceber que os elementos apontados por Fensferseifer e Werlang (2003) retratam a subnotificação dos casos de suicídio na infância: 1. even-

tos cuja intenção é desconhecida e; 2. todas as outras causas externas. Essas ocorrências representam 5,03% dos casos de mortalidade entre 1996 e 2011.

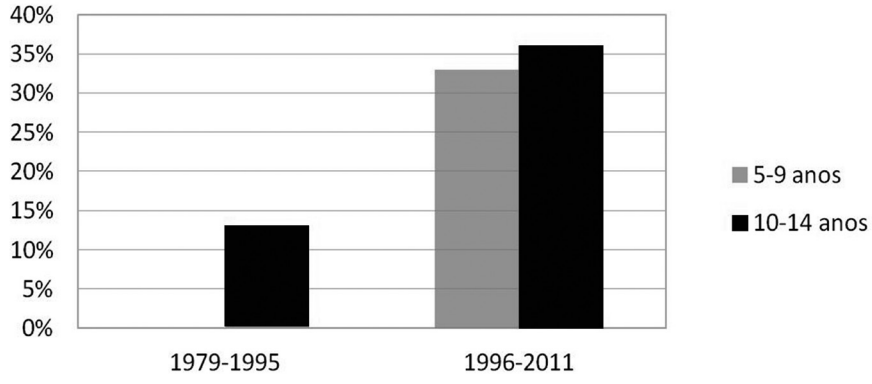
Ainda na faixa etária analisada, os casos de suicídio no período de 1979 a 1995 foi de 15 ocorrências (em números totais), o que representou 0,75% em relação ao quantitativo total da mortalidade naquele período. Já no intervalo temporal seguinte – 1996 a 2011 – foram 93 casos, estimando-se 4,39% dentre o total de mortalidade. Houve, portanto, um aumento significativo nas ocorrências. Nesse segundo intervalo é possível realizar a análise, meramente especulativa, da possível subnotificação. Semelhante ao cálculo anterior, os casos de mortalidade cuja intenção é desconhecida e todas as outras causas externas representam no quantitativo total 5,90% das ocorrências.

Com a atualização dos dados, as ocorrências registradas no triênio 2012, 2013 e 2014 chamam a atenção pelo aumento proporcional. Em apenas três anos, na população com idades entre 10 e 14 anos, houve 32 ocorrências. O que antes se podia ver como uma média de 6 casos/ano, passou para 10 casos anuais. Em relação às taxas de mortalidade totais, vê-se que nesses últimos anos os casos de suicídio foram responsáveis por 7,23% das mortes nessa faixa etária.

O percentual dos casos de suicídio no Amazonas, quando comparados ao quantitativo por regiões e valores totais no Brasil, chama bastante atenção. Os registros de suicídio entre crianças de 5 a 9 anos no período de 1996 até 2011 foi de 33,3% do total na Região Norte e 8% em relação aos registros nacionais. A faixa etária de 10 a 14, dividida nos anos de 1970 a 1995 e 1996 até 2001, representou 13,4% dos casos da Região Norte e 1,25% do total nacional. O segundo intervalo temporal teve um aumento em relação aos dois parâmetros, sendo: 36% do total regional e 5,6% do total nacional, conforme ilustra o gráfico1.

O levantamento epidemiológico realizado por Lovisi et al (2009) apresenta a Região Norte com as menores taxas de suicídio quando comparada às outras regiões. Entretanto, levando em consideração os dados apresentados por Barbosa (2004), o Amazonas é um dos estados com a maior área, apresentando, por outro lado, baixa densidade demográfica. Logo, a proporção entre população e ocorrências é alta, principalmente na faixa etária analisada.

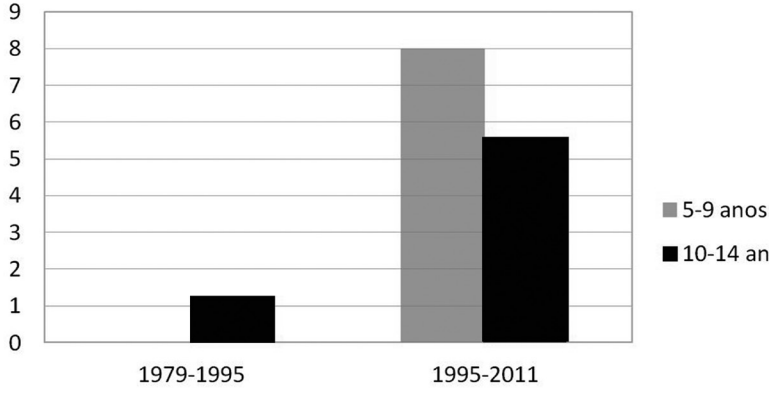
Gráfico 1 - Percentual das ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas.



Fonte: O autor (2014).

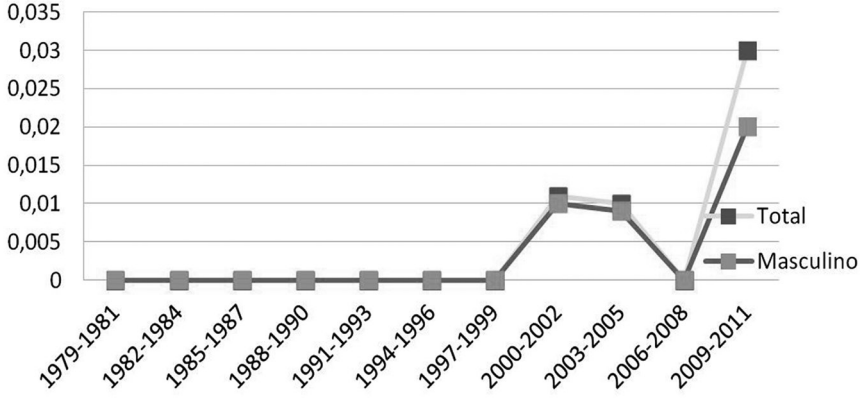
A distribuição das taxas de suicídio em relação à população total do Estado do Amazonas (levado em consideração a diferença proporcional entre homens e mulheres), das ocorrências nas faixas etárias de 5 a 9 anos (tabela 1 e gráfico 1) e 10 a 14 anos (tabela 2 e gráfico 2), por sexo, a cada 100.000 habitantes, por triênio, deu-se da seguinte forma:

Gráfico 2 - Percentual das ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas em relação ao quantitativo Nacional.



Fonte: O autor (2014).

Gráfico 3 - Demonstrativo da distribuição das taxas de suicídio por sexo a cada 100.000 habitantes. Faixa etária: 5 a 9 anos.



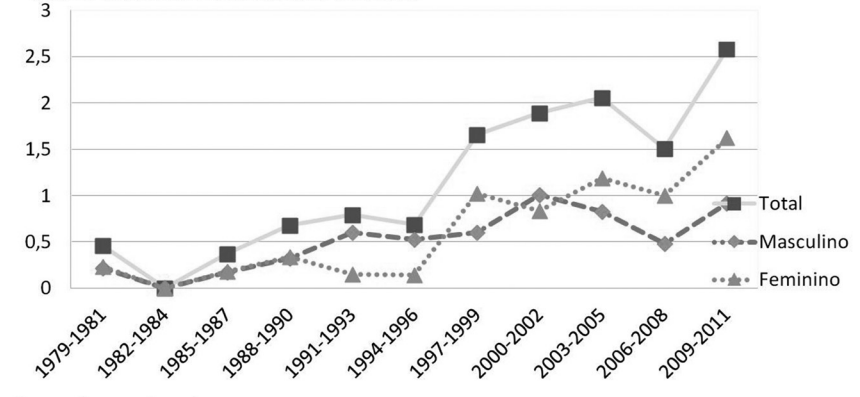
Fonte: O autor (2014).

Tabela 1 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, por sexo. Período de 1979 a 2011.

	1979-1981	1982-1984	1985-1987	1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011
Fem.											
Mas.								0,01	0,01		0,02
Total								0,01	0,01		0,02

Fonte: O autor (2014).

Gráfico 4 - Demonstrativo da distribuição das taxas de suicídio por sexo a cada 100.000 habitantes. Faixa etária: 10 a 14 anos.



Fonte: O autor (2014).

Tabela 1 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, por sexo. Período de 1979 a 2011.

	1979-1981	1982-1984	1985-1987	1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011
Fem.											
Mas.								0,01	0,01		0,02
Total								0,01	0,01		0,02

Fonte: O autor (2014).

No primeiro grupo etário, é possível notar que houve ocorrência apenas entre a população masculina e as taxas são crescentes, havendo uma nulidade de ocorrência entre os anos de 2006 e 2008. No entanto, no triênio seguinte (2009 a 2011), o quantitativo registrado foi o dobro do registrado anteriormente entre os anos de 2000 a 2005. Ao contrário do que se pôde ver até o ano de 2011, nos anos seguintes (2012, 2013 e 2014) observou-se a ocorrência de suicídio também entre meninas, representando um terço do quantitativo total.

Quanto ao segundo grupo etário, foi possível perceber que, em valores totais, houve um aumento significativo. No primeiro triênio registrou-se 0,46, saltando no último triênio para 2,58 por 100.000 habitantes. Com pequenas osciladas, o quantitativo segue a mesma tendência quando observamos os valores relacionados ao sexo feminino. Os dados demonstram que houve uma queda entre 1988 e 1996, mas, a partir de 1997 até 2001, há indicação de uma elevação abrupta das ocorrências. Quanto ao último triênio analisado, percebe-se que houve uma inversão nos valores: antes as ocorrências eram majoritárias entre as meninas (na faixa etária de 10 a 14 anos), porém, entre 2012 e 2014, as ocorrências entre meninos representaram 56% dos casos registrados.

É interessante destacar que, como pontuado anteriormente, os registros de suicídio entre crianças com idades entre 5 e 9 anos indicam ocorrências predominante na população masculina, enquanto que na segunda faixa etária a prevalência deu-se entre o sexo feminino. Há, todavia, um levantamento realizado por Lovisi et al (2009) que apresenta a prevalência dos casos de suicídio no sexo masculino no contexto nacional. O que se pode afirmar em relação ao grande número de suicídio na população feminina é o

pontuado a seguir: "[…] os meninos e as meninas se distinguem não só por diferenças de órgãos, capacidades e funções, mas também pela singularidade de sua experiência." (ERIKSON, 1976, p. 237).

A vivência da puberdade e a tempestade vivida no período da transição da infância para a adolescência, conforme citado anteriormente, traz inúmeros conflitos e angústias para o indivíduo que almeja situar-se em sua nova fase, mas se depara com sua imaturidade. Seus papéis aprendidos na fase anterior não são os adequados ao momento vivido.

Analisou-se também a distribuição das ocorrências a cada 100.000 habitantes por município, levando-se em consideração o número de habitantes das cidades. Na Tabela 3, pôde-se observar que, proporcionalmente, as ocorrências no grupo etário de 5 a 9 anos foi maior nos interiores do Amazonas (mesma tendência que segue no último triênio 2012 - 2014, quando as ocorrências se dão exclusivamente no interior). Enquanto que, no grupo etário de 10 a 14 (TABELA 4) anos, há uma constância na capital do Estado, mas alarmantes ocorrências no interior (fenômeno que também permanece nos anos seguintes 2012, 2013 e 2014). Nos demais municípios, houve grande ocorrência entre os anos de 2000 e 2005. Também se pode notar que as cidades de Amaturá, São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga sobressaíram

Tabela 3 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, por município. Período de 1979 a 2011.

	1979 1981	1982 1984	1985 1987	1988 1990	1991 1993	1994 1996	1997 1999	2000 2002	2003 2005	2006 2008	2009 2011
Manaus								0,02			0,03
Barcelos									0,22		
Tabatinga											0,57

Fonte: O autor (2014).

Tabela 4 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, por município. Período de 1979 a 2011.

	1979 1981	1982 1984	1985 1987	19881 990	1991 1993	1994 1996	1997 1999	2000 2002	2003 2005	2006 2008	2009 2011
Manaus	0,04		0,03	0,23	0,16	0,14	0,29	0,20	0,27	0,16	0,18
Alvarães										0,19	
Amaturá											0,19
Apuí							0,67				
Atalaia do Norte									0,94		
Barcelos								0,22	0,22		
Benjamin Constant											0,77
Boa Vista do Ramos										0,98	
Careiro da Várzea							0,24				0,24
Coari				0,40						0,40	
Itacoatiara			0,35					0,35			
Manacapuru								0,36			0,36
Parintins								0,30	0,30		
Presidente Figueiredo									0,07		
Rio Preto da Eva								0,15			0,15
Santa Isabel do Rio Negro								0,59			
São Gabriel da Cachoeira									0,20		0,80
São Paulo de Olivença										0,95	0,91
Tabatinga								0,57	0,57	0,71	0,43
Tapauá											0,81

Fonte: O autor (2014).

no quantitativo e na frequência dos casos (assim como constatamos nas buscas realizadas no triênio 2012 - 2014).

Em função das altas taxas de suicídio nas cidades interioranas, realizou-se a distribuição a fim de observar onde há a ocorrências, se houve maior registro na capital ou interior, conforme tabelas a seguir:

Tabela 5 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos entre capital e interior. Período de 1979 a 2011.

	1979 1981	1982 1984	1985 1987	1988 1990	1991 1993	1994 1996	1997 1999	2000 2002	2003 2005	2006 2008	2009 2011
Capital								0,02			0,03
Interior									0,04		0,04
Total								0,011	0,010		0,03

Fonte: O autor (2014).

Tabela 6 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos entre capital e interior. Período de 1979 a 2011.

	1979 1981	1982 1984	1985 1987	1988 1990	1991 1993	1994 1996	1997 1999	2000 2002	2003 2005	2006 2008	2009 2011
Capital	0,04	-	0,03	0,23	0,16	0,14	0,29	0,2	0,27	0,16	0,18
Interior	0,04	-	0,04	0,04	-	-	0,08	0,33	0,32	0,28	0,7
Total	0,46	0	0,37	0,68	0,79	0,69	1,66	1,89	2,06	1,51	2,58

Fonte: O autor (2014).

As tabelas indicam que na capital as taxas se mantêm constantes. Contudo, o interior inspira especial atenção, pois houve um aumento de 0,04 nos casos a cada 100.000 habitantes, para 0,7. Nota-se que houve uma nulidade de ocorrências entre 1991 e 1996 e, posteriormente, entre 2000 e 2006, uma queda discreta. Contudo, no triênio seguinte houve o maior registro desse marco histórico.

Quando procuramos observar o meio para autoinfligir as lesões, no primeiro grupo etário todas as ocorrências foram de sufocação/enforcamento. O segundo grupo apresentou uma prevalência de enforcamento/sufocação de 81% dos casos.

No triênio seguinte houve uma mudança sutil nos meios utilizados. Nota-se o aumento da ocorrência na utilização de armas de fogo e o desaparecimento das ocorrências por envenenamento. Este fato chama atenção, pois nota-se o fácil acesso de crianças a instrumentos tão danosos. Na primeira faixa etária (5 - 9 anos), percebe-se que 67% dos óbitos foram em virtude de sufocação/estrangulamento, enquanto que os 33% restantes foram por lesão causada por arma de fogo. O segundo grupo etário (10 - 14 anos) permaneceu com a maioria dos óbitos causados por sufocação/estrangulamento (91%) enquanto que os 9% restantes foram igualmente distribuídos entre lesão por arma de fogo, queda de locais altos e outros meios não especificados.

Em relação ao local da ocorrência, é possível notar que as crianças com idades entre 5 e 9 anos que faleceram em hospitais ou em outro estabelecimento de saúde representaram 60% do total. Já as que faleceram em domicílios ou em outras localidades representaram 20% cada. No segundo grupo etário houve maior registro de óbitos em domicílio (70% do todo registrado), seguido de 27% dos registros em hospitais ou em outros estabelecimentos de saúde. O restante (3%) foi dividido entre vias públicas. Ao contrário dos resultados constatados inicialmente entre as crianças com idades entre 5 e 9 anos, os óbitos se deram mais em hospitais ou em serviços de saúde. Porém, no período de 2012 a 2014, 67% das ocorrências foram em domicílio, enquanto que os 33% restantes ocorreram em via pública.

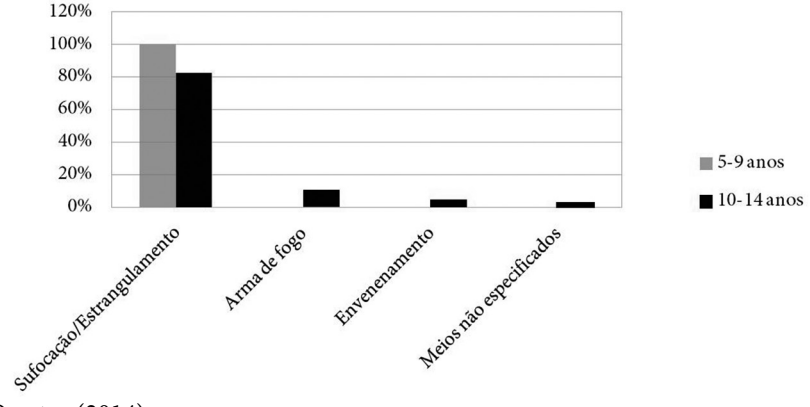
No segundo grupo etário (10 a 14 anos) a tendência dos locais de ocorrência permaneceu semelhante no último triênio analisado. O maior quantitativo de casos foi no domicílio (50%) enquanto que em hospitais ou outro

serviço de saúde registrou-se cerca de 20% das ocorrências. Em vias públicas foram apenas 3% e o restante, aproximadamente 27%, deram-se em locais outros (não especificados no sistema).

Souza e Orellana (2013) fazem uma importante análise ao correlacionar o meio utilizado para cometer o suicídio com o local de registro do óbito. Os autores pontuam que a opção de enforcamento é um meio doméstico e de grande letalidade. A menor ocorrência em hospital, principalmente na faixa etária de 10 - 14 anos, indica maior habilidade ao aplicar o método e possível dificuldade de acesso à assistência hospitalar, enquanto que as faixas etárias mais baixas não tiveram tanto sucesso ao praticar o ato, conseguindo chegar até um estabelecimento de saúde.

O gráfico traz a informação acerca da escolaridade (não do nível), isto é, se o indivíduo estava inserido ou não no contexto escolar. Nota-se que 73% dos adolescentes entre 10 e 14 anos e 60% das crianças entre 5 e 9 anos frequentavam a escola. Em consulta aos dados disponíveis dos anos seguintes (2012, 2013 e 2014) entre as crianças com idades de 5 e 9 anos, todas haviam ou estavam frequentando a escola, enquanto que no segundo grupo etário (10 a 14 anos) foi declarado que 87,5% das crianças havia frequentado ou estavam inseridas no contexto escolar. O restante não estava ou foi ignorado.

Gráfico 5 - Percentual dos meios utilizados para consumar o ato suicida.
Entre os anos 1979 e 2011



Fonte: O autor (2014).

Percebe-se que a maior parcela das crianças/adolescentes estava frequentando o ambiente escolar, sinalizando que a escola não tem sido um fator de proteção ou prevenção como previsto nas políticas contra o suicídio. Erikson alerta que, se não for um ambiente bem estruturado, este convívio social pode trazer mais prejuízos e riscos do que benefícios e proteção:

> Apontamos na última seção o perigo que ameaça o indivíduo e a sociedade quando o escolar começa a sentir que a cor da sua pele, os antecedentes de seus pais, a qualidade de suas roupas decidirá, mais do que o seu desejo e a sua vontade de aprender, de seu valor como aprendiz e, assim, de seu sentimento de identidade. (ERIKSON, 1976, p. 240).

A última categoria analisada, a qual só foi possível colher dados no segundo intervalo temporal (1995 – 2011) apresenta o percentual da raça/cor dos indivíduos que cometeram suicídio. Percebe-se que predomina entre os pardos 60% das crianças entre 5 e 9 anos e 65% dos adolescentes entre 10 - 14 anos. No último triênio investigado, nota-se a constância dos dados que apareceram no cálculo dos anos anteriores. Nota-se que entre as crianças de 5 e 9 anos mortas por suicídio, 67% foram declaradas como pardas e as 33% restantes como indígenas. No segundo recorte de idade (10 a 14 anos), 50% das crianças/adolescentes foram declaradas pardas, 44% indígenas e os 6% restantes como brancas, conforme ilustra a figura.

Souza e Orellana (2013) correlacionaram a alta ocorrência de suicídio em determinados municípios com o percentual indígena. Apontam os municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira os de maior concentração de declarados indígenas (mais de 25%) da população total. Os autores acrescentam que as faixas de terras indígenas estão localizadas em áreas de fronteiras internacionais bastante conflituosas em função do tráfico internacional de drogas ilícitas, por exemplo. Tais fatores, os autores apresentam como risco para a população.

Por fim, Lovisi et al (2009) chamam a atenção para uma importante ques-

tão quando da análise das taxas, visto que há uma correlação entre os dados fornecidos pelo DATASUS e os dados do IBGE. As informações que dizem respeito ao quantitativo que o IBGE apresenta, são autodeclarados, enquanto que as informações do DATASUS são preenchidas por médicos ou profissionais da saúde. Assim, a falta de capacitação desses profissionais finda por comprometer a fidedignidade dos dados.

Considerações finais

Os parcos registros de ocorrências, levantamentos e publicações abordando a temática do suicídio na infância podem ser vistos como uma forma de confirmação das suspeitas do início da pesquisa, as quais apontavam para uma subnotificação e negação dos casos de suicídio entre crianças. A proposta inicial dessa pesquisa consistia na análise das ocorrências no período da infância. Contudo, viu-se que os casos registrados estão distribuídos majoritariamente na fase da primeira adolescência, período que coincide com intensas transformações, sobretudo biológicas e reorganizações nos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos. Sustenta-se os resultados de outros estudos que apontam o período da adolescência como um momento de muitas ocorrências e, por isso, maior atenção no que diz respeito às políticas de prevenção.

É importante retomar a problemática da metodologia dos registros pois, conforme alertado por outros autores há, por vezes, pouca acuidade no que diz respeito às informações dos bancos de dados, apontando para a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde para enfrentar o desafio de tornar a informação a mais fidedigna possível.

Quanto às possíveis intervenções, há carência, não apenas na temática do suicídio, mas especialmente acerca deste tema, de uma maior comunicação entre atenção básica de saúde e as escolas. Mesmo compreendendo que o suicídio é resultante de diversos fatores, uma vertente de prevenção possível pode ser no trabalho no âmbito escolar visando à busca de melhores con-

dições dentro da esfera institucional, assim como a utilização desse espaço para aproximação junto às famílias.

Vale, por fim, destacar uma particularidade: a grande ocorrência entre indígenas. É, portanto, imperativo o desenvolvimento de estudos para abarcar esta população, buscar auxílio junto à antropologia, à sociologia e tantas outras ciências que almejam a aproximação e compreensão das diferenças culturais não apenas em relação ao dito "homem branco", mas as variações entre etnias.

Percebe-se, portanto, a vastidão que o tema apresenta para o desenvolvimento de novos estudos, além da simples análise das ocorrências, a utilização de "autópsias psicológicas", investigação direta dos serviços voltados para a atenção de crianças e adolescentes, assim como a escuta de profissionais da área de saúde que vivenciam e debruçam-se sobre os cuidados dos infantes.

Referências

ALBERTO, M. de F. P.; SANTOS, D. P. dos. Trabalho infantil e desenvolvimento: reflexões à luz de Vygotsky. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 16, n. 2, p. 209-218, abr./jun. 2011.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) O *atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial.* 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BARBOSA, M. A. *Desigualdades sociais e sistema de saúde no Amazonas*: o caso de Manaus. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Manaus, AM, 2004.

BIAGGIO, Â. M. B. *Psicologia do desenvolvimento*. 18. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BORTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. *Revista Psicologia*, Porto Ale-

gre, RS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para prevenção do suicídio. *Portaria n. 1.876*, de 14 de agosto de 2006. Brasília, 2006.

_____. _____. *Temático*: prevenção de violência e cultura da paz. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. v. II. (Painel de indicadores do SUS; 5).

_____. _____. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas. 2. ed. Brasília, DF, 1996.

CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. *"Do suicídio"*. Campinas, SP: Papirus, 1998.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CORREA, H.; ROCHA, F. F. da. Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los? *Revista Psiquiatria*, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 1, 2011.

DURKHEIM, D. É. *O suicídio*: estudo de sociologia. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ERIKSON, E. H. *Infância e sociedade*. Tradução de Gildáisio Amado. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Suicídio na infância: será a perda da inocência? *Revista Psicologia Argumento*, Curitiba, PR, v. 21 n. 35, p. 39-46, out. 2003.

HESLER, L. Z. Suicídio em um município do Sul do Brasil: um enfoque de gênero. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2013.

LOVISI, G. M. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, n. 2, out. 2009.

LUCCI, M. A. A Proposta de Vygotsky: a psicologia sócio-histórica. *Revista de currículum y formación del profesorado*, Granada, Espanha. v. 10, n. 2, p. 1-11, dez. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

SEMINOTTI, E. P. Suicídio Infantil: reflexões sobre o cuidado médico. *Revista Psicologia.pt*, Porto Alegre, RS, v. 2, n. 1, p. 1-14, ago. 2011.

SOUZA, M. L. P. de; ORELLANA, J. D. Y. Desigualdade na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 245-52, 2013.

VIEIRA, K. F. L. Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. 2008, 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: 2008.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Violência sexual contra crianças e adolescentes: ideação suicida, tentativa de suicídio, automutilação e intervenção cognitivo-comportamental

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro[1]
Adriane Andrade Costa[2]
Lorenzo de Souza Paião[3]
Nathaly Marculino Morais[4]
Alan Araújo da Costa[5]

Introdução

Na atualidade, a violência sexual é considerada um grave problema de saúde pública devido ao alto índice de prevalência na população e aos inúmeros prejuízos causados ao desenvolvimento cognitivo, afetivo, social e comportamental do indivíduo (HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) compreende o abuso sexual como todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adianta-

1 Serviço de Atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luísa Habigzang) - Pós-Graduação da Faculdade Salesiana D. Bosco – Manaus
2 Serviço de Atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luísa Habigzang) - Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS - Sul)
3 Acadêmico de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM)
4 Acadêmica de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM)
5 Acadêmico de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM)

do que a vítima, tendo por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter proveito sexual. Essas práticas eróticas e sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. O abuso sexual pode prescindir de contato físico, como assédio sexual, abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, voyerismo, exibicionismo e pornografia ou, ainda, pode ocorrer com contato físico através de manipulação da genitália, mama, ânus e ato sexual com ou sem penetração oral, vaginal ou anal. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2009) define a exploração sexual infanto-juvenil como uma relação de exploração e poder, em que o corpo da criança ou adolescente é usado e ofertado a fim de se obter proveito bem como satisfazer a demanda de consumidores do mercado do sexo.

Dados do Disque Direitos Humanos (Disque 100) alertam que no primeiro semestre de 2015 foram registradas 66.518 denúncias, das quais 63,2% estão relacionadas às violações de direitos humanos de crianças e adolescentes (42.114). Dessas, 21,90% são referentes à violência sexual. O perfil das vítimas por gênero revela que meninas (45%) são as maiores vítimas em registro de denúncias, seguida pelos meninos (39%), sendo que 16% das denúncias não tiveram o gênero da vítima informado. A faixa etária mais atingida é a de 08 a 11 anos, somando 20% dos casos, seguida das faixas etárias de 04 a 07 e de 12 a 14 anos, representando cada uma 19%, respectivamente (BRASIL, 2015).

A partir da promulgação da Lei Federal n. 8.069 de 1990, o Estatudo da criança e do Adolescente (ECA) tornou-se um dispositivo que tirou a criança e o adolescente do lugar de invisibilidade e objeto de tutela, reconhecendo-os como sujeitos de direitos, necessitando, portanto, de cuidados e atendimentos especializados que garantam seu desenvolvimento adequado e sua proteção. O ECA tornou-se o marco legal ordenador da rede de proteção de direitos da população infanto-juvenil. Com a mudança de paradigma sobre o lugar da criança e do adolescente na sociedade brasileira, essa modalidade de violência ganhou visibilidade, causando preocupação do Estado, da sociedade e do poder público (HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

A violência sexual é o tipo de violência mais "democrática" que existe (Furniss, 1993), pois é passível de ocorrer contra qualquer pessoa, indepen-

dente de raça, cultura, *status* socioeconômico, nível de escolaridade e sexo. No entanto, de modo geral, as crianças e adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica estão mais expostos à violência sexual e suas famílias têm maiores dificuldades em superar este tipo de trauma. Não é a pobreza a causa determinante para a exposição de situação de violência. Há outros fatores que indicam uma condição de maior vulnerabilidade das situações da violência sexual, tais como o desemprego, o subemprego, a baixa escolaridade, a presença de álcool ou substâncias psicoativas e histórico de violência na infância, bem como a presença de doença mental (CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008).

Diversas pesquisas têm descrito o impacto psicossocial da experiência de violência sexual no desenvolvimento da criança e do adolescente. As consequências podem aparecer em curto ou a longo prazo, ou podem ficar latentes. Sinais e sintomas físicos, comportamentais, psicológicos e/ou psiquiátricos também podem ocorrer isolada ou associadamente, incluindo ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação (HABIGZANG; CAMINHA, 2004). Sintomas de ansiedade, depressão, estresse infantil e transtornos de estresses pós-traumáticos são também citados pelas referidas autoras.

Habigzang, Damásio e Koller (2013) descrevem os impactos da violência sexual relacionada a três conjuntos de fatores: 1) fatores intrínsecos à criança, tais como vulnerabilidade e resiliência pessoal; 2) fatores extrínsecos, que envolve a rede de apoio social e afetiva da vítima; e 3) fatores relacionados à violência sexual em si, como o tempo de duração da violência, o grau de parentesco entre a vítima e o agressor e a confiança que existia entre o par, reação dos cuidadores no momento da revelação do abuso e se havia associadas outras formas de violência.

Seguindo a mesma linha de reflexão das autoras acima, Pliska (2004), citada por Silva e Gonçalves (2015, p. 15), afirma que eventos traumáticos, como o abuso sexual, podem acarretar efeitos sobre o funcionamento neuro-hormonal atual de uma pessoa e contribuir para o desenvolvimento dos transtornos de humor e ansiedade: "[...] as pessoas que foram abusadas física ou sexualmente durante a infância apresentaram quatro vezes mais probabilidade de desenvolverem depressão severa ou cometerem suicídio". Nesse sentido, surgem as perguntas: quais os tratamentos ou as formas de

intervenção psicológica que podem auxiliar crianças vítimas de abuso sexual quanto à redução de sintomas psicopatológicos, como, por exemplo, a ideação suicida?

A necessidade de comprovação de que os tratamentos psicológicos para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual de fato auxiliam na redução de sintomas psicopatológicos e aumentam o bem-estar geral tem gerado estudos que visam avaliar cientificamente essas intervenções (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em estudos internacionais, mostra-se como a abordagem com os melhores resultados entre as intervenções clínicas para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (COHEN; DEBLINGER, MANNARINO; STERR, 2004; COHEN; MANNARINO; KNUDSEN, 2005; HETZEL-RIGGIN; BRAUSCH; MONTGOMERY, 2007).

No Brasil também há estudos que comprovam a eficácia da TCC para a redução de sintomas em vítimas de violência sexual tanto em meninas quanto em meninos (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014; HABIGZANG; DAMÁSIO; KOLLER, 2013; HABIGZANG et al 2008; HABIGZANG et al, 2009; LUCÂNIA et al, 2009).

Em Manaus, desde 2012, o Serviço de Atendimento Psicológico da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luisa Habigzang) – instituição vinculada à Igreja Católica – vem realizando atendimento em intervenção clínica psicológica para meninas vítimas de abuso sexual (desde 2015 para os meninos) seguindo o modelo terapêutico proposto por Habiganzang e Koller (2011) e Hohendorff, Habigzang e Koller (2014). Os casos são encaminhados por duas instituições da rede de proteção e de enfrentamento da violência sexual, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), todas situadas em Manaus.

O presente trabalho tem como objetivo relatar descritivamente a experiência de um serviço psicológico voltado para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, procurando identificar entre os usuários a presença de ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação, assim como as etapas interventivas do modelo terapêutico.

Abordagem metodológica

O estudo envolveu uma amostra de 55 registros de crianças e adolescentes, com idade entre oito e quatorze anos, que foram atendidos pelo SAPFAM/CÁRITAS. Os registros das meninas corresponderam ao período de 2012 a 2015; já os meninos, somente o período de 2015 (ano inicial dos atendimentos para meninos). A amostra selecionada contou com o registro de 42 meninas e 13 meninos.

No que diz respeito ao atendimento em rede**,** todos os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual foram encaminhados e acompanhados pelos órgãos públicos locais que atuam na garantia e proteção de direitos. Pela área jurídica encaminham Conselho Tutelar e a Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA). Pela área da saúde, encaminham o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS). Pela assistência social encaminham o Centro Especializado de Assistência Social (CREAS). O envolvimento com os órgãos locais de competência quanto à proteção e garantia de direitos, além de ser de fundamental importância, segue as orientações preconizadas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA).

O serviço vem utilizando o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental desenvolvido e avaliado para intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual (HABIGZANG; KOLLER, 2011). O mesmo também foi adaptado e avaliado para o atendimento de meninos (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014).

A intervenção em grupoterapia é organizada em 16 sessões semiestruturadas. São formados três grupos, ou seja, grupo para meninas, grupo para meninos e grupo para cuidadores não abusivos. Cada sessão de cada um dos grupos funciona simultaneamente de modo que criança e cuidadores são cuidados e conta com a presença de psicólogos, assistentes sociais e estagiários de psicologia.

Em síntese, a estrutura geral do grupoterapia pode ser assim descrita:

– as sessões de grupoterapia aconteceram uma vez por semana, com duração de duas horas cada, organizadas ao longo de cinco meses (prevendo os feriados e dias extras);

– as sessões são divididas em três etapas com objetivos específicos: 1) Psicoeducação e reestruturação cognitiva; 2) Treino e inoculação do estresse; e 3) Prevenção à recaída.

– as sessões de grupoterapia priorizaram em seus conteúdos:

- Psicoeducação sobre a violência sexual;
- estratégias para manejo de emoções;
- pensamentos e comportamentos decorrentes da violência, incluindo ideação suicida, tentativa de suicídio e automutilação;
- exposição e processamento de memórias relativas à violência através de narrativas sobre ela;
- medidas de proteção para evitar revitimização.

– antes e após a intervenção psicológica, os participantes foram avaliados individualmente quanto à presença de sintomas tipicamente apresentados por crianças e adolescentes que foram vítimas de violência sexual. Para isso, os seguintes instrumentos foram aplicados pelos psicólogos às crianças e adolescentes:

a) entrevista semiestruturada para a criança/adolescente vítimas de abuso sexual: roteiro para a criança/adolescente e roteiro para o cuidador. Esses roteiros foram baseados no modelo *The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse* (1995), traduzido para o Português e adaptado por Kristensen (1996). Único instrumento aplicado tanto para a criança/adolescente

quanto para o cuidador não abusivo (com diferença entre as questões).

b) Inventário de Depressão Infantil (CDI; CUNHA, 2001 adaptado por GOUVEIA et al 1995) para investigar sintomas depressivos;

c) Escala de Estresse Infantil (ESI; LIPP; LUCARELLI, 1998) para investigar sintomas de estresse;

d) Inventário de Ansiedade e Traço-Estado (IDATE-C), versão brasileira da *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version* (BRASIL, 2003) para investigar sintomas do transtorno desafiador opositivo, de conduta e de estresse pós-traumático, presença de crenças distorcidas sobre a ocorrência da violência sexual sofrida;

e) Escala de Atribuições e Percepções de Crianças (CAPS);

f) Entrevista semiestruturada para as crianças/adolescentes acerca das mudanças quanto à violência sofrida: antes da violência, após a violência, durante e ao término do grupoterapia.

O modelo terapêutico previu visitas domiciliares às famílias das crianças e adolescentes e reuniões periódicas com os órgãos competentes da rede de proteção que encaminharam as crianças e adolescentes ao serviço, sobretudo CREAS e SAVVIS.

Quanto à identificação da presença de ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação, para esse estudo foi utilizado apenas um recorte dos dados obtidos na documentação dos usuários que já passaram pelo serviço, especificamente provenientes de um dos instrumentos de avaliação clínica: a entrevista semiestruturada para a criança/adolescente vítima de

abuso sexual, roteiro para a criança/adolescente e roteiro para o cuidador não abusivo – baseados no modelo *The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse* (1995), traduzido para o português e adaptado por Kristensen (1996). Para completar a obtenção de dados relativos à temática do suicídio, efetuou-se também a consulta ao processo individual de cada criança e adolescente que passou pelo serviço.

Resultados e discussão

Identificação da presença de ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação

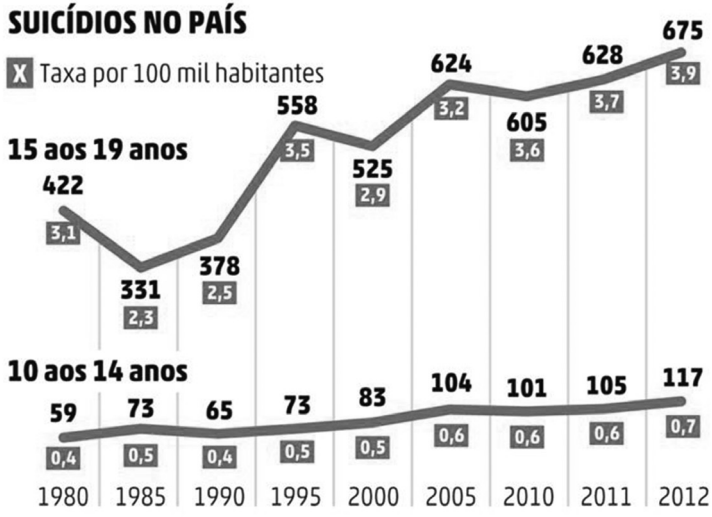
Dos atendimentos realizados pelo SAPFAM/CÁRITAS, obtivemos os seguintes resultados para a amostra selecionada do registro de 42 meninas (período de 2012 a 2015). Dessas, 12 (28,5%) apresentaram ideação suicida e seis (14,2%) tentaram suicídio (uma, dentre as quais, mais de uma vez). No que diz respeito à automutilação, 6 meninas (14,3%) apresentaram esse comportamento (machucados e/ou cortes). Foram ainda identificados no conteúdo das entrevistas iniciais que todas as meninas apresentaram tristeza eminente, choro frequente, isolamento, reações de medo, dificuldade para dormir (incluindo episódios de pesadelos) e irritabilidade.

Em relação aos meninos, como já afirmamos, o SAPFAM/CÁRITAS passou a atendê-los a partir de 2015. Foram atendidos 13 meninos na faixa etária de 8 a 14 anos. Desses, 3 (23%) apresentaram ideação suicida, automutilação com comportamento de machucar-se ou cortar-se. Os mesmos tentaram suicídio mais de uma vez. Igualmente às meninas, eles também apresentaram tristeza eminente, choro frequente, isolamento, reações de medo, dificuldade para dormir (incluindo episódios de pesadelos) e irritabilidade.

Os dados do Mapa da Violência 2012 de crianças e adolescentes, publicado pela FLACSO Brasil (WAISELFIZ, 2012), retratam um triste cenário em

relação à taxa de suicídio de crianças e adolescentes. Até 2012 o Brasil ocupava a 60º posição no ranking internacional entre os 99 países cujos dados foram disponibilizados pelo sistema de estatística da OMS. O suicídio de crianças e adolescentes está crescendo no Brasil. De 2002 a 2012 houve um crescimento de 40% no número de suicídio entre crianças e pré-adolescentes com idade entre 10 e 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o aumento foi de 33,5%.

Figura 1 - Mapa da Violência: suicídio na infância e adolescência no Brasil.



Fonte:

O Estado do Amazonas apresentou uma taxa de crescimento de 113,9% entre 2000 e 2010. Para o mesmo período, Manaus apresentou um crescimento de 8,3%. No entanto, o município de Tabatinga (AM) ocupa a 1ª posição entre os municípios brasileiros com mais de 20 mil crianças e adolescentes, com taxa de suicídio de 19,2%. Na sequência vem o município de Tefé com taxa de suicídio de 6,5% do total de número de óbitos.

Considerar a complexidade de fatores envolvidos na ocorrência do abuso

sexual e em como essa experiência é apreendida pela criança e pelo adolescente é um importante indicativo de possibilidade para o desenvolvimento de psicopatologias. Quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares e dissociativos, enurese, encoprese, hiperatividade, déficit de atenção e transtorno de estresse pós-traumático são algumas das patologias que podem ser desenvolvidas (HABIGZANG; CAMINHA, 2004). Habigzang et al (2009) afirmam que os transtornos mais citados pela literatura, em decorrência do abuso sexual, são: depressão, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático, transtorno de conduta e déficit de atenção e hiperatividade.

Ao falar sobre as consequências a curto e a longo prazo em crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, Azevedo & Guerra (2007) destacam a falta de confiança nos adultos da família, perturbações severas do sono (medos e pesadelos), isolamento social, comportamento regressivo, mudança de humor, isolamento, agressão, comportamento suicida, autoagressão e automutilação, fugas, abusos de substâncias e diminuição do comportamento pró-social.

Seguindo a mesma reflexão, Ferrari e Vecina (2002) afirmam que as consequências mais frequentes do abuso sexual são: distúrbios do sono, medo, culpa, depressão, baixa autoestima, conduta sexual anormal (masturbação compulsiva e exibicionismo), agressividade, angústia, ansiedade, sentimentos de estigmatização, dificuldades escolares, fugas do lar e delinquência. Maniglio (2009), citado por Linehan e Dexter-Mazza (2009), acrescenta como possíveis consequências para as crianças: agitação psicomotora, dificuldade de concentração e de memória, isolamento, agressividade, abuso de substâncias, queda do rendimento escolar, comportamento hipersexualizado, sentimentos de vergonha, medo, tristeza, raiva etc. Como consequências a longo prazo, os autores observam que as vítimas podem apresentar problemas de ajustamento e transtornos de personalidade.

Alterações comportamentais, cognitivas e emocionais também são alterações que as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem apresentar.

No que diz respeito às alterações comportamentais, destacam-se: conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furto, isolamento social, agressividade, mudança nos padrões de sono e alimentação e com-

portamentos autodestrutivos (automutilação e tentativas de suicídio). As alterações cognitivas incluem: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas – tais como percepção de que é o culpado pelo abuso, diferenças em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais referem-se a sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade (HABIGZANG et al 2008, p. 338).

Alterações cognitivas, emocionais e comportamentais são apontadas como consequências da violência sexual contra meninos, destacando-se entre elas: dificuldade de aprendizagem e problemas escolares, jogos sexuais, comportamentos infantilizados, enurese, aumento de peso, preocupação com limpeza, estigmatização, sentimento de vergonha, revitimização ou abuso de pares, dificuldade para dormir, medos específicos (de escuro, de ficar sozinho etc), desantenção, agressividade, comportamentos sexuais de risco, hipersexualidade, problemas interpessoais, ansiedade, pensamentos invasivos, fuga/abandono do lar, problemas legais (ex: pequenos furtos), problemas de autoimagem, transtornos disruptivos, quadro de estresse pós-traumático, somatização, paranóia, bulimia, depressão, tentativa de suicídio, abuso de substâncias, personalidade antissocial e personalidade boderline (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014; HABIGZANG; KOLLER, 2012; PIRES FILHO, 2007; HOLMES; SLAP, 1998; KRISTENSE, 1996; PINTO JUNIOR, 2005).

Em pesquisa realizada por Martin et al (2004) e citada por Teixeira-Filho et al (2013), pôde-se constatar que vítimas de violência sexual do sexo masculino teriam um risco 10 vezes superior de pensarem e/ou cometerem suicídio em comparação com aqueles que não passaram por tal violência. No entanto, ao concluírem sua pesquisa com 2282 estudantes de ensino médio em três cidades do Oeste Paulista (Presidente Prudente, Assis e Ourinhos), dos quais 236 relataram ter sofrido abuso sexual, 39,8% desses salientaram que pensaram em suicídio e 16,5% efetivamente tentaram tirar suas vidas.

Fava e Pacheco (2012), ao elucidarem o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) como um sintoma presente em crianças e adolescentes que sofreram traumas intensos durante seu período de desenvolvimento infantil, fazem uma correlação com base em Lang e Sharma-Patel (2011), afirmando

que as automutilações são um sintoma que podem ocorrer com crianças com TEPT. Para esses autores, as autolesões são tentativas de aliviar a dor emocional através da dor física e elas estariam interligadas "[...] a quadros de traumas com uma forte associação com o abuso sexual." (LANG; SHARMA-PATEL, 2011, p. 95).

Outra pesquisa conduzida por Teixeira-Filho et al (2013, p. 99) mostrou que dos 236 estudantes que relataram ter sofrido abuso sexual, 39,8% deles pensaram em suicídio e 16,5% recorreram efetivamente ao ato (tentativa). Os pesquisadores sustentam que

> [...] muito embora não possamos afirmar que as vítimas de violência doméstica sexual e/ou violência sexual necessariamente pensarão ou tentarão se matar, não podemos desconsiderar, a partir desse estudo, a hipótese de que a violência sofrida não tenha sido um fator agregado às ideações e tentativas de suicídio.

Deve-se enfatizar a importância de não se generalizar ou delimitar os efeitos do abuso sexual nas crianças e adolescentes, uma vez que a gravidade e a extensão das consequências dependem também das particularidades de experiência de cada vítima, dos recursos que ela dispõe, do seu repertório psíquico, da duração e tipo da violência e se elas estão associadas a outros tipos de violência, do vínculo com o autor da violência e sua idade e do amparo recebido por sua família e da rede de proteção (FLORENTINO, 2015). Significa dizer que cada criança e adolescente que sofreu violência sexual é uma potencial vítima para desenvolver alguns dos sintomas/transtornos acima relatados, dentre eles as automutilações, as ideações suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio.

Em estudo realizado por Habigzang et al (2009) foi observado que sem intervenção psicológica adequada os sintomas psicológicos de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e estresse não são reduzidos com o passar do tempo. Essa proposição corrobora com o levantamento bibliográfi-

co feito por essas autoras na literatura especializada de língua inglesa, que também encontrou estudos que confirmam que a passagem do tempo não reduz ou redime sintomas decorrentes de violência sexual: "[...] adultos que passaram por essa experiência na infância permanecem com dificuldades psicológicas durante a vida." (HABIGZANG et al, 2009, p. 77). Significa dizer da essencialidade de intervenção psicológica adequada para a redução de sintomas decorrentes de abuso sexual.

Se por um lado nenhum sintoma psiquiátrico específico pode resultar universalmente de um abuso sexual sofrido (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997), não se pode também deixar de afirmar que crianças e adolescentes que sofreram violência sexual apresentam maior risco de desenvolver problemas interpessoais, psicológicos e psicopatológicos em comparação com os outros da mesma idade que não passaram por esse trauma (DUARTE; ARBOLEDA, 2005).

Identificar quais sintomas as crianças e os adolescentes apresentam em decorrência da violência sexual sofrida não é tarefa simples, pois essas vítimas, muitas vezes, não têm capacidade de descrever as alterações comportamentais e afetivas que sofrem, quanto mais associá-las a traumas sofridos. As testagens psicológicas, protocolos e inventários são um auxílio para se conseguir identificar esses sintomas. Nesse sentido, é muito importante que as intervenções psicológicas passem pelo rigor científico para que os resultados se mostrem eficientes e eficazes. No item abaixo, apresentaremos detalhadamente o procedimento terapêutico realizado no SAPFAM/CÁRITAS para a superação ou controle das alterações comportamentais, cognitivas e emocionais associados ao abuso sexual, incluindo a ideação suicida, tentativa de suicídio e automutilação.

a) Intervenção em grupoterapia cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi criada a partir da teoria descrita por Beck, na década de 1960, e se baseia na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano e, em especial, na psicopatologia (HAT-

ZENBERG; HABIGZANG; KOLLER, 2012). As autoras afirmam ainda que

> [...] um evento comum do cotidiano pode gerar diferentes formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o evento em si que gera as emoções ou os comportamentos, mas sim o que é interpretado sobre o evento. (HATZENBERG; HABIGZANG; KOLLER, 2012, p. 68).

A partir das constatações de Beck (1997), pode-se afirmar que as emoções e os comportamentos são influenciados pelos pensamentos sobre as situações.

Após a acolhida inicial, apresentação do SAPFAM/CÁRITAS e da abordagem terapêutica, foram aplicados individualmente os instrumentos de avaliação já descritos anteriormente. Em seguida, para a intervenção psicológica em grupoterapia (HABIGZANG; KOLLER, 2011; HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014) as seguintes etapas e sessões foram realizadas:

Etapa 1: Psicoeducação

1ª sessão/atividades:

- dinâmica de grupo que favoreça a apresentação das participantes: entrevistas em dupla e apresentação para o grupo;
- dinâmica de grupo para desenvolver a confiança. Dispositivo: técnica da caminhada em duplas com olhos vendados;
- estabelecimento do contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência, duração);
- discussão sobre a identidade do grupo;
- mapeamento das expectativas dos participantes. Dispositivo: construção de um cartaz;

- discussão e estabelecimento dos objetivos do grupo.

- 2ª sessão/atividades:
  - apresentação e discussão do documentário "Canto de Cicatriz" (para as meninas) e "Superar" (para os meninos);
  - relato da experiência de abuso sexual de cada participante;
  - isenção da culpa;
  - abordar terapeuticamente o impacto afetivo da revelação no grupo.

- 3ª sessão/atividades:
  - abordagem das reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação e construir um mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar;
  - reestruturação cognitiva de crenças relacionadas à culpa e à vergonha (construção de cartões com explicações alternativas para o abuso que desculpabilize os participantes).

- 4ª sessão/atividades:
  - psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental – abordagem de estados emocionais;
  - dispositivo: jogo das emoções;
  - abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao abusador. Dispositivo: construção do abusador com massa de modelar e *role-play* entre cada participante com o boneco;

- automonitoramento: registro de situações-problema e sentimentos identificados.

- 5ª sessão/atividades:
  - discussão dos registros de automonitoramento;
  - psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental – abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções;
  - identificação de pensamentos com relação ao abuso (tríade cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais;
  - identificação de diferentes reações fisiológicas;
  - aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração para controle da ansiedade;
  - automonitoramento: registro de situações-problema, pensamentos, reações fisiológicas e sentimentos relacionados.

- 6ª sessão/atividades:
  - discussão dos registros de automonitoramento;
  - psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental – abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas;
  - mapeamento escrito das principais mudanças de comportamento, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências abusivas;

- psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre abuso/trauma com as mudanças identificadas no mapeamento);
- construção de histórias em quadrinhos a partir de situações registradas, com identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações físicas para integrar o modelo cognitivo-comportamental.

Etapa 2: Treino de inoculação de estresse

- 7ª sessão/atividades:
  - cada participante apresenta, de forma gradual, as situações abusivas experienciadas pelo relato oral ou por escrito;
  - reestruturação cognitiva das memórias traumáticas – Treino de autoinstrução.
- 8ª sessão/atividades:
  - relato mais detalhado do abuso sexual;
  - mapeamento da frequência e intensidade das lembranças do abuso sexual e dos eventos desencadeadores destas lembranças;
  - treino de relaxamento muscular e de respiração.
- 9ª sessão/atividades:
  - relato mais detalhado do abuso sexual;
  - técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória).

- 10ª sessão/atividades:
  - relato do pior momento do abuso sexual;
  - construção do "botão de emergência" com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas do abuso.

Etapa 3: Prevenção à recaída

- 11ª sessão - oficina de educação sexual em que são abordadas questões referentes ao autocuidado, mudanças físicas da puberdade e métodos contraceptivos;

- 12ª sessão - oficina de psicomotricidade;
- 13ª sessão - oficina sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;
  - apresentação e discussão do vídeo Estatuto do Futuro;
  - dramatização de audiência (abordar a possibilidade de participação de audiências, esclarecendo dúvidas e preparando as participantes para tal situação).

- 14ª sessão - treino de habilidades sociais focado em medidas protetivas (identificação de situações de risco e ensaio cognitivo e comportamental de estratégias de proteção contra futuras revitimizações);

- escolha de um adulto - referência para pedir ajuda em situações de risco.

- 15ª sessão - retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas no contexto grupal;

  - abordagem das perspectivas com relação ao futuro das participantes e reestruturar possíveis crenças distorcidas.

- 16ª sessão - autoavaliação por meio de registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da grupoterapia em relação a si, como se relaciona com os outros e a visão do futuro. Festa de encerramento da grupoterapia.

Em uma revisão sistemática de estudos (PASSARELA; MENDES; MARI, 2010) que investigou o uso de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento de crianças e adolescentes abusadas sexualmente com TEPT, as seguintes comparações foram encontradas: TCC para tratar a criança e membros da família *versus* não tratamento (lista de espera); TCC para tratar apenas a criança, os pais ou ambos *versus Community Care*; e TCC focada no trauma *versus* terapia centrada na criança (CCT). Os resultados para tratamento de TEPT com TCC foram melhores do que não tratamento (lista de espera), *Community Care* e CCT. A comparação de TCC voltada para a criança e TCC familiar (pais ou cuidadores e crianças) não apresentou diferenças significativas em eficácia e ambos apresentaram melhora significativa de sintomas.

Ainda, no mesmo estudo, uma metanálise foi conduzida para comparar a eficácia de TCC (criança apenas e família) *versus* não tratamento (Lista de Espera e *Community Care*) na remissão de pacientes que completaram o tratamento. As taxas de remissão nos grupos de tratamento e controle foram 60% e 20% e essa diferença em favor da TCC foi estatisticamente significativa (RR = 0,51; 95%CI 0,29-0,88; p = 0,02). Concluiu-se que o tratamento com TCC reduz sintomas de TEPT em crianças e adolescentes abusados sexualmente, não havendo diferença entre terapia com somente a vítima ou com a vítima e um membro da família.

Diversos artigos apresentados, frutos de pesquisas sérias, apontam que as intervenções psicológicas que utilizam a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como forma de tratamento têm apresentado melhores resultados quando comparadas a outras formas de tratamento não focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual (HABIGZANG et al, 2008; HATZENBERG; HABIGZANG; KOLLER, 2012; RAMOS; KOLLER, 2009; HABIGZANG; DAMÁSIO; KOLLER, 2013.; HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014). Eis os principais achados dos estudos dos autores citados:

- a TCC focada no trauma tem apresentado alta eficácia na redução de sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e na reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva;

- a TCC obteve resultados superiores quanto à redução de sintomas de depressão, ansiedade e dissociação, assim como nos comportamentos suicidas tendo como foco da intervenção a reestruturação de atribuições e percepções distorcidas sobre abuso sexual e na reestruturação da memória traumática;

- o formato grupal (sessões de grupoterapia) tem apresentado resultados superiores no tratamento de crianças e adolescentes que experienciaram abuso sexual;

- modificação da percepção de diferença em relação aos pares;

- modificação do sentimento de culpa pela situação do abuso;

- modificações na configuração familiar, sobretudo em relação às crenças distorcidas e culpabilizadoras e nas melhorias das relações interpessoais;

- melhora do desempenho escolar;

- melhora da autoestima das participantes;

- as técnicas empregadas na psicoeducação foram importantes para a reestruturação de crenças disfuncionais;

- a psicoeducação e o treino de inoculação do estresse contribuíram para a redução de sintomas de transtorno do estresse pós-traumático;

- o jogo sobre a memória e o botão de emergência são as estratégias que crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual relataram adotar quando apresentavam sintomas de revivência do trauma em seu cotidiano;

- o uso de vídeos e outros relatos de vítimas de abuso, associado ao jogo das emoções, apresentaram-se como excelentes estratégias.

Na revisão sistemática de Pelisoli e Piccoloto, (2010), transcrevemos os principais meios para a prevenção ao abuso sexual de crianças e adolescentes:

- uso de estratégias de expressão e modulação do afeto, processamento e reestruturação cognitiva, *coping* cognitivo, treino comportamental;

- treinamento com grupos focais de crianças e adolescentes (e também com pais/cuidadores) para a aquisição ou melhoria da habilidade de dizer não, de identificar sinais de abuso, da criança/adolescente contar para um adulto, identificar o tipo de toque, palavra ou gesto do(a) abusador(a), ou seja, treinamento de habilidades sociais, de segurança e de autoproteção;

- uso de técnicas com uso de modelagem (aprendizagem pela observação), resolução de problemas, *role-play*;

- psicoeducação e estratégias de identificação da rede de apoio, assim como uso de entrevista semiestruturada baseada no modelo

The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995), traduzida para o português e adaptada por Kristensen (1996).

Nos achados de Dell'aglio, Moura e Santos (2011) foram encontrados:

- em grupoterapia deve-se trabalhar com os responsáveis de crianças e adolescentes: lembranças e sentimentos relacionados às suas vivências e experiências infantis, identificando possíveis repercussões dessas vivências no estágio atual de vida e desconstruir crenças distorcidas prejudiciais no relacionamento com as crianças e adolescentes que estão sobre sua responsabilidade, construindo novas e diferentes formas de cuidar e ser cuidado;

- trabalhar com os pais e responsáveis (e outros cuidadores) a questão da culpabilização, comportamentos disfuncionais das crianças e adolescentes, superproteção, dificuldades de comunicação na família, superando, acima de tudo, a resistência em falar sobre o abuso.

Considerações finais

Os resultados clínicos encontrados em alguns artigos descritos nessa pesquisa comprovam a efetividade da aplicação dos modelos da TCC, incluindo os sintomas associados ao comportamento suicida. Isso nos faz considerar e concluir que os resultados do processo e o impacto da intervenção cognitivo-comportamental sobre a sintomatologia apresentada por crianças e adolescentes abusados sexualmente mostra a eficácia da TCC e suas intervenções psicológicas.

Assim, a aplicação dos instrumentos psicológicos nas diferentes etapas da intervenção e a organização dessas etapas, conforme objetivos e técnicas empregadas, qualificam o modelo apresentado e utilizado no SAPFAM/CÁ-

RITAS, incluindo os casos onde foram identificadas crianças e adolescentes que apresentaram em suas queixas ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação.

Uma das razões pelas quais a TCC é potencialmente benéfica nesses casos é devido à incorporação, no tratamento, de estratégias que têm como alvo, principalmente, sintomas de TEPT (revivência do evento traumático com pensamentos ou *flashbacks*, esquiva de lembranças e excitação aumentada).

Por mais que não tenha sido objeto desse estudo, vale atentar para as observações de Habigzang et al (2008) que afirmam que, das revisões sistemáticas presentes no Brasil, estudos sobre avaliação de métodos terapêuticos ainda não são abundantes, notando que entre inúmeras dificuldades encontradas, verifica-se, sobretudo, a ausência de instrumentos psicológicos validados e eficazes para a avaliação clínica das vítimas. Essa constatação não é diferente quando se trata da temática do abuso sexual e terapia cognitivo-comportamental nos casos de intervenção psicológica para crianças e adolescentes vitimizados.

Assim, urge a necessidade de esforços para o desenvolvimento de pesquisas que estruturem e avaliem a eficácia de programas de intervenção para crianças e adolescentes abusados sexualmente utilizando a TCC.

Algumas limitações metodológicas foram encontradas durante o desenvolvimento desse estudo, uma vez que contou com o limitado recorte de apenas um dos instrumentos de coleta de dados (entrevista semiestruturada). Por meio de observação de outros instrumentos de procedimento de avaliação psicológica clínica e inúmeras anotações presentes nos registros documentais do SAPFAM/CÁRITAS, foi observado que existe vasto e rico material para futuras investigações. Constatou-se em uma das anotações registradas que as crianças e adolescentes que apresentaram ideação suicida e tentativa de suicídio foram também encaminhadas e atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I). Qualquer análise posterior sobre os dados desse serviço deve contar com um esforço preliminar de um estudo que faça um levantamento minucioso do material disponível para a elaboração de outras pesquisas com variados recortes.

Esse estudo pretendeu contribuir para a prática de profissionais que trabalham com a mesma abordagem em populações clínicas associadas à

temática apresentada ou ainda expostas a fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno, incluindo os estudos sobre o suicídio na infância e adolescência.

Referências

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Orgs.) *Crianças vitimizadas*: a síndrome do pequeno poder. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2007 [1989].

BECK, J. *Terapia cognitiva*: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. *Notificação de violência sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 2 set. 2016.

_____. *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: SDH, 2013.

COHEN, J. A. et al. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatric*, v. 43, n. 4, p. 393-402, 2004.

_____; MANNARINO, A. P.; KNUDSEN, K. Treating sexually abused children: one year follow-up of a ramdomized controlled trial. *Child Abuse & Neglet*, v. 29, p. 135-145, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias*: referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP, 2009.

CUNHA, E. P; SILVA, E. M; GIOVANETTI, A. C. *Enfrentamento à violência sexual infanto-*

juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; MOURA, Andreína; SANTOS, Samara Silva dos. Atendimento a mães de vítimas de abuso sexual e abusadores: considerações teóricas e práticas. *Psicol. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 53-73, 2011.

DUARTE, J. C.; ARBOLEDA, M. R. C. Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. In: CABALLO, V. (Org.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente*: transtornos gerais. São paulo: Santos, 2004. p. 293-321.

FAVA, D. C.; PACHECO, J. T. B. Transtorno de estresse pós-traumático e terapia cognitivo-comportamental na infância. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,* v. 8, n. 2, p. 93-100, 2012.

FERRARI, D. C. A; VECINA, T. C. C. *O fim do silêncio na violência familiar*: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. Fractal: *Revista de Psicologia*, v. 27, n. 2, p.139-144, maio/ago. 2015.

FURNISS, T. *Abuso sexual da criança*: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HABIGZANG, L; CAMINHA, R. M. *Abuxo sexual contra crianças e adolescentes*: conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HABIGZANG, L.; DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H. Impact evaluation of a cognitive behavioral group therapy model for sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, v. 2, p. 173-190, 2013.

_____; KOLLER, S. H. Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: manual de capacitação profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____ et al. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência.

Psicologia: reflexão e crítica, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008.

_____ et al. Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, 2009. Supl., n. 1, p. 70-78.

HATZENBERGER, R.; HABIGZANG, L.; KOLLER, S. H. Análise das percepções que as meninas vítimas de violência sexual têm sobre si, os outros e o futuro. In: HABIGZANG, L.; KOLLER, S. H. *Violência contra crianças e adolescentes*: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HETZEL-RIGGIN, M.; BRAUSCH, A. M.; MONTGOMERY, B. S. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse & Neglet*, v. 3, p. 125-141, 2007.

HOHENDORFF, J.; HABIGZANG, L.; KOLLER, S. H. *Violência sexual contra meninos*: teoria e intervenção. Curitiba: Juruá, 2014.

HOLMES, W. C.; SLAP, G. B. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *Journal of American Medical Association*, v. 280, p. 1855-1862, 1998.

KAPLAN, H. I.; SADOKC, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria*: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LABBÉ, Brigitte. *Liberdade e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Scipione, 2005.

KRISTENSEN, C. H. Abuso sexual em meninos. 1996. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

LANG, C. M.; SHARMA-PATEL, K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma Violence Abuse*, v. 12, n. 1, p. 23-37, 2011.

LINEHAN, M; DEXGDF-MAZZA, E. T. Terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade borderline. In: BARLOW, David H. *Manual clínico dos transtornos psicológicos*: tratamento passo a passo. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LUCÂNIA, E. L. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. *Psicologia em Estudo,* v. 14, n. 4, p. 817-826, 2009.

MANIGLIO, R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychological Review*, v. 29, p. 647-657, 2009.

MELO, Itamar. *Suicídio na infância e na adolescência*: é preciso romper o silêncio. Disponível em: <https://zerohora.atavist.com/suicidioemtenraidade>. Acesso em: 3 set. 2016.

PELISOLI, Cátula; PICCOLOTO, Luciane Benvegnu. Prevenção do abuso sexual infantil: estratégias cognitivo-comportamentais na escola, na família e na comunidade. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jun. 2010.

PINTO JUNIOR, A. A. *Violência sexual doméstica contra meninos*: um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor, 2005.

PIRES FILHO, M. F. *Abuso sexual em meninos*: a violência intrafamiliar através do olhar do psicólogo que atende em instituições. Curitiba: Juruá, 2007.

RAMOS, Michele da Silva; KOLLER, Sílvia Helena. Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, 2009. Supl., n. 1, p. 70-78.

SILVA, R. S.; GONÇALVES, M. A ocorrência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes abusados sexualmente. *UNICIÊNCIAS,* v. 19, n. 1, p. 72-78, 2015.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. Et al. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 1, p. 90-102, 2013.

WAISELFIZ, J. J. *Mapa da violência 2012*: crianças e adolescentes do Brasil. Brasília: FLACSO BRASIL, 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_crianca.php>. Acesso em: 2 set. 2016.

Comportamento suicida. Tentativas e suicídios na adolescência e juventude no Brasil: uma revisão sistemática

Bianka Mélida Bertrand Velásquez[1]
Denise Machado Duran Gutierrez[2]

Introdução

O suicídio como fenômeno social e cultural é cada vez mais frequente em qualquer parte do mundo, tornando-se um problema grave de saúde pública. As taxas de suicídio em nível mundial colocam esta questão como uma prioridade no campo de pesquisa. Falar do tema suicídio pode ser muito complexo, uma vez que ao longo de todo processo histórico no mundo o tema tem sido tratado como tabu, com conotação negativa e recoberto por fortes estigmas sociais que inibem discutir o assunto como um fenômeno de relevância.

De acordo com o primeiro informe mundial da Organização Mundial da Saúde OMS (2014) sobre a prevenção do suicídio, a cada ano mais de oitocentas mil pessoas acabam com a própria vida, o que representa aproximadamente uma morte a cada 40 segundos, sendo que 75% das fatalidades ocorrem em países que apresentam baixa renda econômica. Os suicídios acontecem em qualquer lugar do mundo e vitima pessoas de todas as idades. Os dados apontam ainda que o autoextermínio é

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFAM
2 Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFAM

a segunda causa de morte no grupo etário de 15 a 29 anos em todo o mundo (OMS, 2014).

O número de mortes por suicídio no Brasil está estimado em 4,1 por 100 mil habitantes. Em relação ao sexo masculino, a taxa gira em torno de 6,6 por 100 mil e, para o sexo feminino, 1,8/100 mil habitantes – OMS (2000). Essas taxas são consideradas as mais baixas do mundo em comparação aos países europeus, cujos números atingem mais de 40 mortes por 100 mil habitantes, de acordo Mello-Santo et al (2005). Entretanto, em número absoluto, o Brasil figura entre os dez países com maior número de suicídios, com 9.852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004 - 2010 foi de 5,7 %. Este índice aumentou 20,5 % nas últimas décadas, sendo a frequência mais elevada em homens, idosos e indígenas (BOTEGA, 2014).

Entre os anos 2002 - 2012, a população brasileira se viu afetada de forma preocupante, principalmente na Região Norte, em que os suicídios passaram de 390 para 693 casos, o maior aumento já constatado (77,7%). Os estados do Amazonas, Roraima, Acre e Tocantins praticamente duplicaram seus dados. Entre os jovens, esse aumento foi bem menor (15,3%), saltando de 2.515 para 2.900 casos. Regionalmente, o crescimento foi bem semelhante ao da população total, mas com situações estaduais muito diferenciadas. Os estados do Acre, Amazonas, Tocantins e Paraíba mais que duplicaram o número de jovens suicidas, enquanto Amapá e Rio de Janeiro apresentaram quedas moderadas (WAISELFISZ, 2014).

Os municípios que apresentaram índices elevados de suicídio de jovens são os com assentamentos de comunidades indígenas, como São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tabatinga (Amazonas), e Amambai e Paranhos no Mato Grosso do Sul (WAISELFISZ, 2014), o que denota forte componente sociocultural em sua constituição. Em vista disso, o Amazonas passa a ocupar um lugar importante em relação às taxas de suicídio em âmbito nacional.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) postula a etapa da adolescência como o período compreendido na faixa etária de dez a dezenove anos. Este grupo também tem um aumento considerável de tentativas suicidas e suicídios consumados. Esta situação é preocupante dentro dos centros de assistência porque há ocorrência de muitos casos subnotificados, o que

impede o acesso às cifras reais de ocorrência. Logo, supõe-se que o problema é maior do que se considerava (VIEIRA et al, 2009).

A situação é alarmante quando consideramos que as estatísticas mundiais colocam este problema de saúde pública como uma prioridade, pois nos últimos anos são cada vez maiores os índices ligados ao comportamento suicida (ideações suicidas, tentativas e suicídios consumados). Conforme previsões da OMS (2014), estima-se que até o ano de 2020 mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio no mundo.

Para melhor situar o fenômeno, é importante iniciar a partir da definição do fenômeno. O termo suicídio é de difícil definição por suscitar diferentes discussões teóricas acerca do que pode ser considerado suicídio. Autores de diferentes campos têm adotado uma definição ampla deste fato. Naturalmente, esse campo conceitual está aberto ao debate, porém não iremos aqui nos aprofundar nessa questão.

Ao longo da história, alguns autores clássicos ainda continuam sendo fontes fundamentais para a compreensão do suicídio. Após várias décadas, os estudos de Durkheim (1994), sem dúvida, continuam importantes em nosso tempo. O autor assume uma definição pautada no ponto de vista sociológico sobre o fenômeno.

Para o sociólogo, o suicídio é visto como toda morte realizada pela própria vítima que resulta, mediata ou imediatamente, de um ato positivo ou negativo, tendo clareza e consciência do que vai acontecer (DURKHEIM, 2000). Aparentemente, o suicídio tem todas as características de um ato individual, mas Durkheim (2000) considera e explica que se trata de um fenômeno em que a sociedade tem um papel fundamental. De acordo com seu pensamento, os suicídios são fenômenos individuais que respondem essencialmente às causas sociais: "*Es la constitución moral de la sociedad que fija en cada instante el contingente de las muertes voluntarias.*" (DURKHEIM, 1994, p. 158). Dessa forma, entende que cada grupo social tem seu *quantum* de suicídio determinado socialmente e relativamente estável no tempo.

No atual mundo ocidental, noutra perspectiva, o suicídio é visto como um ato consciente de aniquilação, autoinduzido, entendido como um mal-estar multidimensional e multicausal em um indivíduo, um problema cujo suicídio é a única solução que se encontra no momento (LEENAARS, 1999).

Para Shneidman (1985) o suicídio é essencialmente resultante de uma forte dor emocional que não permite encontrar outra solução a não ser a autoaniquilação. Quando uma pessoa está sofrendo, ela naturalmente quer aliviar e escapar dessa dor. No caso dos suicidas, estas dores insuportáveis são maiores que as possibilidades de livrar-se delas, e a única alternativa para escapar desta situação é acabando com a vida.

Para uma melhor compreensão do suicídio na adolescência e juventude no Brasil, é fundamental partir de uma busca exaustiva da produção científica na área. Para isso, realizamos uma revisão sistemática da literatura científica produzida no Brasil sobre suicídio na adolescência e juventude no período de 2000 a 2016. Para o pleno entendimento da produção científica, é necessário submetê-lo a um processo integrativo de resultados que permita identificar, entre os vários estudos, os resultados similares ou divergentes com o fito de conhecer as lacunas que precisam ser preenchidas nesse campo de investigação.

Abordagem metodológica

A revisão sistemática da literatura é uma metodologia que implica a revisão de estudos e pesquisas por meio de uma abordagem que permita conhecer as contribuições e resultados de diferentes investigações na área. A revisão sistemática é, portanto, uma forma de aprofundar o entendimento das melhores evidências externas sobre um determinado tema (PEREIRA; BACHION, 2006).

O primeiro passo para alcançar as informações é a definição dos parâmetros a serem utilizados para realizar a revisão sistemática. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas: *SciELO, portal de periódicos CAPES, Cochrane Collaboration, MEDLINE*. As palavras-chaves para a busca foram: *suicídio, jovens, adolescentes, tentativa suicida*. Os critérios de inclusão para seleção dos textos foram todos os estudos que tratavam sobre suicídio ou tentativas suicidas entre adolescentes e jovens em todo o território nacional, tendo como período de referência os estudos publicados a partir do ano 2000 até 2016, independentemente da data de realização das

pesquisas. Foram excluídos todos os estudos sobre suicídio que não contemplaram a faixa etária definida e o período de tempo determinado.

Para esta revisão foram analisados todos os estudos apresentados em forma de artigos científicos e dissertações. Todo o material analisado foi submetido à análise minuciosa para assegurar que cumpra com os parâmetros estabelecidos para sua inclusão.

A análise da produção científica selecionada é apresentada através dos chamados "atributos de qualidade", metodologia retomada por Viera (2003) a partir das ideias de Riegelman e Hirsch (1992), revelando um roteiro com alguns aspectos que devem ser inseridos numa análise sistemática. O roteiro foi adaptado, nesse trabalho, para revisão sistemática que incluiu os seguintes itens: identificação (tipo de publicação; número de autores e idioma de publicação; local de realização da pesquisa), desenho do estudo (tipo do estudo, instrumentos utilizados) e resultados.

Resultados e discussão

O resultado da busca nos bancos de informação perfaz um total de 25 artigos. Doze desses artigos exploram o suicídio de jovens (dentre eles, há uma tese de doutorado) e treze refletem acerca do suicídio na adolescência. Desses, só foram analisados sete artigos e uma tese de doutorado sobre comportamento suicida na juventude e oito artigos sobre comportamento suicida na adolescência, perfazendo um total de 16 textos. Os estudos que foram excluídos desta análise não cumpriram com alguns dos critérios definidos na metodologia.

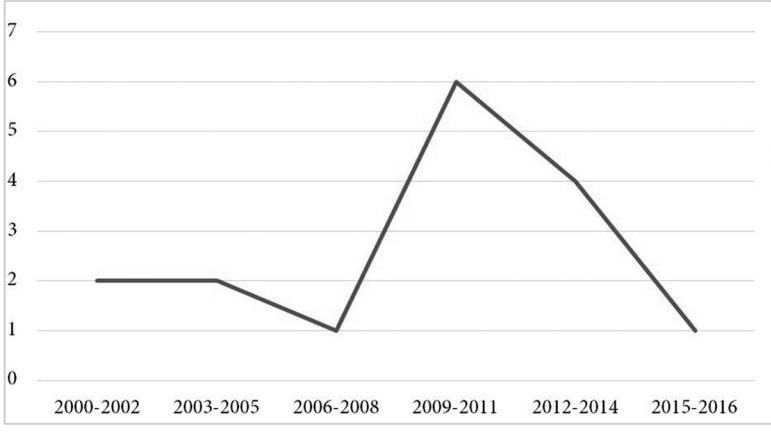
Identificação das pesquisas

Ano de publicação

Entre os anos 2000 e 2002 duas publicações foram localizadas – um arti-

go e uma tese. De 2003 a 2005, foram publicados mais dois artigos. O menor número de publicação foi constatado no período de 2006 a 2008, com apenas um artigo. Posteriormente, nos anos 2009 – 2011 encontramos 6 artigos. Esse foi o período com maior número de publicações. Entre os anos 2012 e 2014 localizamos um total de quatro publicações. Por fim, de 2015 a 2016 houve duas publicações (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Distribuição de artigos por ano de publicação



Fonte: As autoras (2016).

Número de autores e idioma de publicação

De todos os artigos encontrados, a maioria foi publicado em revistas brasileiras e só dois em revista internacional, em língua inglesa. O número menor de autores por estudo publicado foi de um e o maior sete (QUADRO 1).

Local de realização das pesquisas

Das pesquisas localizadas, duas foram realizadas com amostra de todas

as capitais do Brasil e as demais se concentraram nas regiões do sul do País (QUADRO 1). É possível verificar que em muitas cidades não foi constatado nenhum estudo relacionado ao tema. No Estado de Amazonas é possível verificar a existência de teses e artigos relacionados ao tema, mas as análises não atendiam aos critérios que adotamos nessa pesquisa.

Desenho de estudo

Tipo de estudo

Dos 16 estudos encontrados, quatro foram transversais, dois exploratórios, três epidemiológicos e dois qualitativos. As demais pesquisas não especificam a abordagem metodológica adotada. Vários dos estudos utilizaram como abordagem a fenomenologia, um deles o paradigma da complexidade e alguns, ainda, detiveram-se em análises de vários estudos que já foram feitos na área e que permitem a unificação de resultados (QUADRO 2).

Instrumentos

Todas as pesquisas utilizaram questionários autoaplicáveis como instrumento de coleta de dados e duas pesquisas fizeram uso da observação participante. A maioria delas não especificaram o sexo dos participantes, tão somente fizeram referência ao número total dos participantes e à idade deles (QUADRO 2).

Quadro 1 - Síntese de identificação dos estudos.

Nome do estudo	Tipo da publicação	Ano da publicação	Número de autores	Idioma de publicação	Nome da revista ou periódico de publicação
1. Preferência musical e risco de suicídio entre jovens	Artigo	2009	5	Português	Jornal Brasileiro de psiquiatria
2. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo	Artigo	2012	7	Português	Caderno de saúde pública
3. Suicídios de Jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil	Artigo	2011	3	Português	Psicologia ciência e profissão
4. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade	Artigo	2012	1	Portugês	Estudos e pesquisas em psicologia
5. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva	Artigo	2009	2	Português	Revista de enfermagem de centro de oeste minero
6. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil	Artigo	2002	3	Inglês	Caderno de saúde publica
7. Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa	Dissertação	2000	1	Português	Não especificado
8. Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001)	Artigo	1991-2001	5	Português	Revista Brasileira de medicina y comunidade Nacional
9. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil	Artigo	2009	4	Português	Ciência e saúde coletiva

10. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados	Artigo	2009	3	Português	Cadernos de saúde pública
11. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas	Artigo	2012	3	Português	Saúde e sociedade
12. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio	Artigo	2009	5	Português	Ciências da saúde coletiva
13. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência	Artigo	2005	3	Português	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn
14. Comportamentos suicidas em adolescentes do sul do Brasil: prevalência e características correlatas	Artigo	2016	4	Português	Journal of Human Growth and Development
15.Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil	Artigo	2011	2	Inglês	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn
16. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre as dificuldades de realização diagnóstica e abordagem de profissionais de enfermagem	Artigo	2005	3	Português	Revista eletrônica, saúde mental álcool e drogas

Fonte: As autoras (2016).

Quadro 2 - Síntese do desenho dos estudos

Nome do Estudo	Tipo de estudo	Instrumentos utilizados	Quantidade de partiipantes	Cidade e local da pesquisa
1. Preferência musical e risco de suicídio entre jovens	Quantitativo	Escala de Likert	Participaram 200 estudantes universitários, com idade média de 22 anos	Universidade Pública; João Pessoa
2. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo	Estudo transversal	Questionários	Jovens de 18 a 24 anos de idade	Zona Urbana da Cidade de Pelotas
3. Suicídios de Jovens Guarani/ Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil	Não definido	Resultado de pesquisas realizadas nesta zona.	Baseado em 410 indígenas guaranis que se suicidaram.	Mato Grosso Sul do Brasil
4. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade	Fenomenológico-hermenêutico	Coleta de informação de vários estúdos	Não definido	Região Nordeste do Brasil
5. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva	Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica	Entrevistas abertas	4 adolescentes	Minas gerais
6. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil	Estudo epidemiológico	Não especificado	Adolescente na faixa etária de 15 a 24 anos	Capitais das nove regiões metropolitanas brasileiras
7. Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa	Abordagem fenomenológica	Narrativas de vida	Seis jovens adolescentes, entre 15 e 20 anos	Capitais do Nordeste brasileiro

8. Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001)	Abordagem do paradigma da complexidade Epidemiológico descritivo.	Dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde	Não definido	Cinco regiões brasileiras: Sul, Centro-Oeste, Norte, Sudeste e Nordeste
9. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil	Estúdio descritivo e análises epidemiológicas	Não especificado	Não definido	Minas gerais
10. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados	Estudo transversal	Dois questionários autoaplicáveis. Situação socioeconômica. Problemas sociais e familiares	Total: 1170 estudantes 614 femininos 555 masculinos 12 a 18 anos	Rede pública municipal de ensino Fundamental em Gravataí, Porto Alegre, Rio Grande do Sul
11. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas Revista nacional	Estudo transversal	Questionário autoaplicável	Adolescentes com idade entre 12 e 20 anos	Municípios do interior paulista (Presidente Prudente, Assis e Ourinhos).
12. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio Revista nacional	Abordagem qualitativa e etnográfica antropológica	Entrevista semiestruturada, Observação participante	12 adolescentes 10 mulheres dois homens.	Fortaleza
13. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência	Não especificado	Epidemiológico	72 adolescentes. 56 (77,8%) do sexo feminino; 16 (22,2%) do sexo masculino.	Bairro de moradia para pacientes de Ribeirão Preto

14. Comportamentos suicidas em adolescentes do Sul do Brasil: Prevalência e características correlatas	Estudo transversal	Questionário	Não definido	São José, Santa Catarina, Brasil
15. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil	Explorátorio	Questionário	21 adolescentes de sexo feminino 13 a 19 anos	Pernambuco
16. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre as dificuldades de realização diagnóstica e abordagem de profissionais de enfermagem	Não definido	Baseado em um estudo epidemiológico	Não definido	Unidade de emergência Ribeirão Preto

Fonte: As autoras (2016).

Discussão de resultados

Tipos de metodologias empregadas

A metodologia predominante empregada nos textos analisados privilegiou estudos de cunho epidemiológicos e transversais. Porém, a maioria delas não detalha as teorias que foram utilizadas para a análise de dados. Todas as pesquisas utilizaram como método de coleta de dados questionários autoaplicáveis e, em alguns poucos casos, a observação participante. A maioria dos estudos centrou-se na epidemiologia do comportamento sui-

cida, delimitando aspectos relacionados ao sexo, à idade, a condições familiares, socioeconômicas etc. Muitas informações foram extraídas de informes do Ministério da Saúde. Analisando as metodologias e tipos de estudos realizados, é possível perceber que grande maioria está voltada a construir perfis de adolescentes e jovens que apresentaram tentativa suicida ou que efetivamente cometeram o suicídio. Poucos estudos buscam aprofundar o conhecimento sobre as vivências socioafetivas de jovens que apresentam comportamento de risco, bem como as de suas famílias. Só alguns estudos fazem referência à quantidade de homens e mulheres entrevistados. Em geral, apresentam apenas o número total de participantes.

Ainda, vários estudos que trabalham com adolescentes definem a idade com base em critérios estabelecidos pela OPAS. Dos estudos que apresentam a distribuição dos participantes por sexo, pôde-se verificar que as tentativas de suicídio afetam um número maior de mulheres. Por outro lado, em relação ao suicídio consumado, os resultados indicam um maior número de homens.

Perspectiva de redes de apoio social

Vários estudos analisados falam da importância da família como apoio para as pessoas que passaram pelo trauma da tentativa suicida. Também fazem referência ao apoio do ambiente social como meios de ajuda na reconstrução da perspectiva de vida de jovens que passaram pela mesma situação. Porém, não se constatou nenhum estudo que verse sobre o apoio das redes sociais para a família que perdeu um membro devido ao suicídio. De todos os estudos analisados, poucos falam sobre a importância que tem a organização de redes locais, estaduais ou nacionais de apoio social como meio de ajuda para fortalecer o entorno familiar.

Programas de prevenção e trabalho interdisciplinar em saúde

Algumas das pesquisas refletem acerca da importância de inclusão de

programas de prevenção ao suicídio no âmbito das políticas públicas. Na pesquisa sobre mulheres intoxicadas, por exemplo, Veras e Katz (2011) fazem referência à criação/implantação de programas de prevenção e tratamento sobre suicídio para populações vulneráveis, como são os adolescentes.

Não foi catalogado nenhum trabalho referente às experiências de intervenção em programas preventivos. Da mesma forma, não chegou ao nosso conhecimento pesquisas relacionadas à avaliação e resultados de programas que estejam sendo executados. Neste caso, considera-se que haja uma grave lacuna em relação a pesquisas voltadas à prevenção, dado bastante preocupante.

Algumas pesquisas falam ainda sobre a importância que tem o trabalho de equipe nas salas de emergência e que muitas vezes os profissionais da área de saúde e outros profissionais não se encontram preparados para lidar com este tipo de situação. A exemplo, o trabalho intitulado "*Amor não correspondido, discurso de adolescentes que tentaram suicídio*" (VIEIRA et al, 2009) discute sobre o que acorre nas salas de emergência com os profissionais da saúde que não se encontram preparados para a abordagem dessas pessoas e de suas famílias. Esse estudo destaca, por fim, a grande importância dos programas de prevenção e da conscientização de toda a equipe de saúde.

Influência de fatores sociais, econômicos e familiares no comportamento suicida

Várias pesquisas apontam a importância de fatores sociais, familiares e econômicos no comportamento suicida. Aproximadamente, a metade das pesquisas analisadas relaciona algum destes fatores como influente no comportamento de adolescentes e jovens. O estudo sobre o perfil de adolescentes que tentaram suicídio explica que a maioria desses adolescentes pertence à classe socioeconômica baixa, de acordo com Avanci et al (2005). Outras também reconhecem a influência de aspectos socioeconômicos em casos de suicídio consumado. Este mesmo estudo, por exemplo, concebe que existe

uma forte influência histórico-cultural desses fatores (principalmente em famílias de classe média-alta) em que os casos de tentativas ou mesmo os casos consumados de suicídio tendem a ser omitidos e encobertos. Estes casos costumam não ser notificados como suicídio, pois implicam uma conotação social fortemente negativa para a família.

Ainda na atualidade o suicídio de um membro da família continua como um tabu e as pessoas preferem não falar do fato. Alguns estudos relatam sobre as dificuldades que as unidades de saúde têm para diagnosticar os casos de tentativas suicidas e suicídios consumados. Na pesquisa "*Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre as dificuldades de realização diagnóstica e abordagem de profissionais de enfermagem*", Avanci et al (2005) denunciam o preconceito presente também entre muitos profissionais de saúde, situação que dificulta uma aproximação dos sujeitos e familiares.

Considerações finais

O levantamento de material que realizamos nessa revisão nos permitiu visualizar que a produção científica sobre o tema do suicídio no Brasil registrou um avanço importante nos últimos anos. Essa assertiva decorre da quantidade de estudos realizados na área. Por outro lado, também consideramos que foram catalogadas poucas publicações referentes ao comportamento (tentativa e suicídios consumados) na fase da adolescência e da juventude. No período de tempo estabelecido (16 anos), pudemos encontrar uma relativa pequena quantidade de estudos. Um aspecto importante é que das pesquisas analisadas, apenas duas tiveram abrangência nacional ao envolver todas as capitais dos estados brasileiros. Todavia, também verificamos que, na maioria das cidades, não foi localizado nenhum estudo relacionado ao tema desta pesquisa.

Outros estudos não foram incluídos nesta revisão por não cumprirem com os critérios estabelecidos, mas que tratavam de ideações suicidas na juventude e na adolescência, abordagem que faz parte do comportamento suicida. É importante também considerar que existe uma carência de pesquisas que se voltem para a investigação do tema levando-se em consideração as

famílias do jovens e adolescentes afetados pelo comportamento suicida.

As políticas em saúde apontam que o suicídio é um problema que poderia ser evitado. Para isso, é necessária a articulação de diversas estratégias de prevenção. Porém, para que haja programas eficientes, é preciso que existam investigações que aprofundem o tema do trabalho interdisciplinar em contextos de comportamento suicida de adolescentes e jovens de forma a fundamentar a conexão de todos os setores direta e indiretamente envolvidos, como equipe de saúde, ambiente escolar, ambiente familiar e na sociedade em geral. Logo, é imperativo a conscientização de toda a sociedade sobre esta problemática que afeta um número considerável de pessoas no Brasil e no mundo.

Referências

ABASSE, F. M. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais. *Brasil*, v. 14 n. 2, p. 407-416, mar./abr. 2009.

ALVES JUNIOR, S. A. C. et al. Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence. *Journal of Human Growth and Development*, v. 26, n. 1, p. 88-94, 2016. Disponivel em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822016000100013>. Acceso em: 15 fev. 2017.

AVANCI, C. R.; PEDRÃO, J. L.; JÚNIOR, C. L. M. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, v. 58, n. 5, p. 535-539. set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672005000500007&lng=e>. Acesso em: 29 jan. 2017.

_____. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificultade de realização diagnóstica e a abordagem profisional de enfermagem. *Revista electrônica saúde mental álcool e droga*, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 2-8, fev. 2005. Disponivel em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100007>. Acesso em: 4 fev. 2017.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L.; AERTS, G. R. D. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saude Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BOTEGA, N. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, Departamento de Psicologia médica e psiquiátrica da Facultade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, set./dez. 2014.

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e pesquisa em psicologia*, v. 12, n. 3, p. 924-937, dez. 2012.

DURKHEIM, E. El suicídio. México: Ediciones Coyoacán, 2000.

_____. El suicídio como fenómeno social. Mexico: Coyoacàn, 1994.

GRUBITS, S.; FREIRE, G. B. H.; NORIEGA, V. A. J. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Psicologia*: ciência e profissão, Brasília, v. 31, n. 3, p. 504-517, 2011.

HERNANDEZ, C.; LEENAARS, A. Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, México, v. 33, **n.** 4, p. 355-360, **jul./ago. 2010.** Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008>. Acceso em: jan. 2017.

LEENAARS, A. *Lives and deaths*: selections from the works of Edwin S. Sheidman. Philadelfia: Bruner/Mazel, 1999.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, M. J.; WANG, P.Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005. Disponivel em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462005000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: fev. 2017.

ORES, L. C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 305-312, fev. 2012.
PEREIRA, L. A.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev.Gaucha Enferm.*, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, 2006.

PIMENTEL, E. C. et al. Preferência musical e risco de suicídio entre jovens. *J Bras Psiquiatr.*, v. 58, n. 1, p. 26-33, 2009.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 673-683, jun. 2002.

RODRIGUES, R. et al. Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001). *Revista Brasileira de medicina e comunidade*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 177-188, out./dez. 2006.

SOCORRO, D. E. Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa. 2000.Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TEIXEIRA FILHO, F.; RONDINI, C. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012. Disponivel em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: jan. 2017.

TEIXEIRA SILVA, T. L.; MADEIRA, F. A. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. *Revista de enfermagem do centro oeste minero*, v. 4, n. 3, p. 1281-1289, set./dez. 2014.

VERAS, A. L. J.; KATZ, T. R. C. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, **n.** 5, p. 833-838, sept./oct. 2011.

VIEIRA, O. G. *Enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil*: uma revisão sistemática da produção científica. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) –Fundaç*ão* Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

VIEIRA, S. J. L. et al. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciência e saúde coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1825-1834, 2009.

WAISELFISZ, J. *Mapa da violência 2014*: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Garamond, Unesco, Instituto Ayrton Senna, 2014.

Fatores de risco para o suicídio: revisão integrativa da literatura

Dayanne de Souza Dantas [1]
Selma Barboza Perdomo[2]
Sibila Lilian Osis[3]

Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo e em evidência nos dias atuais. Para Abdalla et al (2010), o termo não se define pelo sentido estrito da palavra, mas abrange outros processos como os comportamentos, a ideação, as intenções suicidas e outros. Abrange também os atos suicidas – as tentativas e os suicídios propriamente consumados. Segundo Wenzel et al (2010), ideação suicida é a denominação dada aos pensamentos, cognições e imagens relatadas pelo paciente sobre a possibilidade de provocar a própria morte, ao passo que a tentativa de suicídio denota o comportamento não fatal autoinfligido intencionalmente capaz de produzir lesões (WENZEL; BROUWN, 2010).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) em seu Manual de Prevenção ao Suicídio (intitulado *Informando para Prevenir)* assevera que o suicídio é uma maneira de morrer distinta de outros tipos de morte, pois resulta da execução de um plano suicida

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas
2 Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas
3 Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas

elaborado consciente, voluntária e intencionalmente com o intuito de pôr fim à própria vida, utilizando-se de meios considerados fatais. Além disso, considera o fenômeno um processo multifacetado e complexamente desencadeado por uma soma de fatores.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) estima que cerca de 800 mil suicídios ocorrem anualmente em todo o mundo, cifra que significa quase um suicídio a cada 40 segundos. O relatório da OMS aponta o Brasil como o 8º país do mundo com maior número de suicídio, com taxa de 4,8 mortes/100.000 habitantes. Botega (2014) afirma que estes casos se distribuem de forma desigual nos territórios e entre as populações. De acordo com Orellana et al (2013), o Amazonas e sua capital Manaus revelam taxas de mortalidade por suicídio de 4,2/100.000 e 4,8/100.000, respectivamente. Entretanto, alguns municípios como Tabatinga (25,2/100.000), São Gabriel da Cachoeira (27,6/100.000) e Santa Izabel do Rio Negro (36,4/100.000) apresentam taxas elevadíssimas, cujos casos se distribuem principalmente entre as populações jovem e indígena (ORELLANA, 2013).

De acordo com especialistas da Associação Amazonense de Psiquiatria (AAP, 2016) há uma tendência crescente para o aumento da taxa de mortalidade por suicídio entre os jovens. Tendo em vista a relevância estatística associada ao suicídio, a OMS (2014) declara tratar-se de um problema de saúde pública e também uma tragédia silenciosa, resultante de deficiências no sistema de saúde, a exemplo das dificuldades dos profissionais da área (principalmente da saúde) em detectar os fatores de risco presentes nos pacientes assistidos. Acrescente-se também a dificuldade encontrada quanto ao tema, considerado um verdadeiro tabu na sociedade.

Surge, portanto, a necessidade dos profissionais das mais diversas áreas discutirem esse assunto no campo da prevenção e detecção precoce dos fatores de risco associados ao ato. Nesse sentido, a ABP (2014) é assertiva ao afirmar que os eventos suicidas são passíveis de prevenção, contanto que os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer os fatores de risco e a conduzir a pessoa nessa situação a um tratamento apropriado e eficaz.

Diante das evidências de que a falha na detecção dos fatores de risco dá forças ao suicídio, este estudo visa identificar os principais fatores de risco para o suicídio descritos na literatura. Os resultados desta revisão integra-

tiva servirão de subsídio teórico elucidativo às equipes de saúde atuante, favorecendo a detecção precoce dos sinais indicativos de risco de suicídio implícitos e ou explícitos nos indivíduos abordados no âmbito assistencial em qualquer nível de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Abordagem metodológica

A revisão integrativa da literatura sobre fatores de risco para o suicídio tem por objetivo sintetizar e esclarecer os resultados de publicações sobre o tema delimitado. Sua construção abrange as seguintes etapas: identificação do tema, elaboração da questão de pesquisa e objetivo, estabelecimento dos critérios de inclusão e não inclusão, levantamento da literatura disponível, elaboração do instrumento para coleta de dados dos artigos pertinentes à pesquisa, avaliação dos artigos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A pesquisa foi realizada com base em artigos científicos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME - (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line (Medline); National Library of Medicine (Pubmed); Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LiLACS); Scientific Eletronic Library Online (SciELO); e BDENF (Base de dados de enfermagem).

A busca por referências ocorreu após consulta do assunto proposto, incluindo publicações no idioma português. Os descritores utilizados foram: suicídio, comportamento suicida, tentativa de suicídio, ideação suicida e risco de suicídio. Foram utilizados os limites 'humano e adulto'. Para associação entre descritores foram utilizados os operadores booleanos AND, OR e AND NOT.

Critérios de inclusão e de não inclusão dos artigos na amostra

Critérios de inclusão:

- Indexação nas bases de dados especificada previamente;
- Artigos científicos publicados em revistas no período de 2011 a 2016;
- Texto completo disponível sem custo;
- Temáticas principais: suicídio e/ou comportamento suicida, tentativa de suicídio, ideação suicida e risco de suicídio;
- Textos em português; estudos aplicados em humanos adultos.

Critérios de não inclusão

- Teses, cartas e capítulos de livros que tratavam de comportamentos preditores do risco de suicídio;
- Artigos que tratassem os descritores como variáveis principais pesquisadas;
- Aspectos éticos.

Por se tratar de uma pesquisa em base de dados, não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, como preconizam as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Protocolo do estudo

A pesquisa nas bases de dados foi realizada pelos pesquisadores conforme estratégia apresentada na Tabela 1. Assim, na primeira fase: artigos avaliados de acordo com a leitura do título concomitantemente à aplicação dos critérios de inclusão. Caso houvesse alguma dúvida quanto ao conteúdo do artigo, era realizada a leitura dos resumos. Nos artigos selecionados que passavam à segunda fase, procedia-se com leitura integral do texto como forma de averiguar a abordagem do assunto (TABELA 1).

Tabela 1 - Estratégia de busca e resultados nas bases de dados – Manaus, 2016

Base	Descritores booleanos	Artigos identificados	Exclusões pelo título e resumo	Resultado final
BVS	Comportamento suicida	15	5	10
	tw: (comportamento suicida) AND (instance:"regional") AND (fulltext: ("1") AND db: ("MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND limit: ("humans" OR "adult") AND la: ("pt") AND ear_cluster: ("2015" OR "2014" OR "2013" OR "2012" OR "2011") AND type: ("article")		2 Repetidos 3 Não corresponderam ao objetivo da pesquisa.	
	Suicídio	162	145	17

	tw: (suicídio) AND (instance:"regional") AND (fulltext: ("1") AND db: ("MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND limit: ("humans" OR "adult") AND la: ("pt") AND ear_cluster: ("2014" OR "2013" OR "2012" OR "2015" OR "2011") AND type: ("article")		43 Repetidos 90 Não corresponderam ao objetivo da pesquisa 10 Fatores demográficos isolados 2 Revisão de literatura	
	Ideação suicida	20	20	0
	tw: (ideação suicida) AND instance: "regional") AND (fulltext: ("1") AND db: ("MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND limit: ("humans" OR "adult") AND la: ("pt") AND year_cluster: ("2014" OR "2013" OR "2012" OR "2015" OR "2011") AND type: ("article")		Repetidos	
BVS	Tentativa de suicídio	53	53	0

	tw: (tentativa de suicídio) AND (instance: "regional") AND (fulltext: ("1") AND db: ("MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND limit: ("humans" OR "adult") AND la: ("pt") AND year_cluster: ("2014" OR "2013" OR "2012" OR "2015" OR "2011") AND type:("article")		Repetidos	
	Risco de suicídio	47	47	0
	tw: (risco de suicídio) AND (instance: "regional") AND (fulltext: ("1") AND db: ("MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND limit: ("humans" OR "adult") AND la:("pt") AND year_cluster: ("2014" OR "2013" OR "2012" OR "2015" OR "2011") AND type:("article")		Repetidos	
Scielo	Suicídio	81	78	3
	suicídio AND la: ("pt") AND year_cluster: ("2012" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2011") AND type: ("research-article")		Repetidos	
Total		378		29

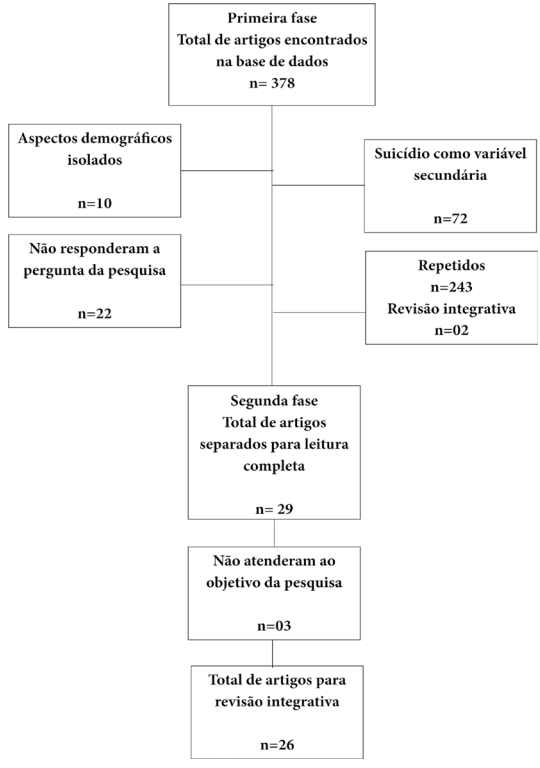
Fonte: As autoras (2016).

Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados dos artigos foi realizada por um instrumento desenvolvido pelos autores por meio de processo de anotação de informações extraídas dos estudos, tais como: ano da publicação, revista, autores, local de desenvolvimento da pesquisa, objetivo, tipo de desenho do estudo, período, amostra, resultados, limitações, conclusão e principais fatores de risco de suicídio.

Resultados

Figura 1 - Diagrama de fluxo dos artigos selecionados para a revisão integrativa – Manaus, 2016



Fonte: As autoras (2016).

Tabela 2 - Estudos analisados segundo o número do artigo, autor, qualificação da revista, método, amostra, objetivos e principais resultados - Manaus, 2016

Nº	Autor/ Qualis da Revista	Tipo de Estudo e Amostra	Objetivos	Resultados
1	Teixeira e Rondine (2012). Qualis: B1	Estudo transversal. Amostra: 2.282 Estudantes do ensino médio (57,8% F)	Conhecer as associações entre orientação sexual e ideações e tentativas de suicídio	Homossexuais e entre os homossexuais não assumidos com opiniões e valores homofóbicos e heterocentrados têm maior risco que os assumidos.
2	Pinto et al (2012). Qualis: B1	Prevalência. Amostra: 225 Mulheres entre 18 e 78 anos.	Examinar a prevalência de 10 categorias de experiências adversas na infância autorrelatadas em mulheres adultas e sua relação com o risco de depressão e tentativa de suicídio.	Depressão, história de abuso emocional, físico e sexual e/ou negligência física e emocional. Transtorno mental e/ou tentativa de suicídio familiar, perdas de familiares, violência doméstica, divórcio dos pais.

3	Rodrigues et al (2012). Qualis: A2	Transversal de base populacional. Amostra: 1.621 jovens entre 18 e 24 anos.	Verificar a relação entre a presença de transtornos de ansiedade e risco de suicídio em jovens.	A presença de algum transtorno de ansiedade esteve significativamente associada ao risco de suicídio.
4	Silva e Madeira (2014). Qualis: B2	Abordagem fenomenológica. Amostra: 7 adolescentes e jovens que tentaram suicídio.	Compreender o significado da tentativa de autoextermínio na vida de jovens e adolescentes que atentaram contra a própria vida.	Falta de habilidades na resolução de problema, nos conflitos familiares e sociais (isolamento social).
5	Cavalcante e Minayo (2012). Qualis: B1	Estudo qualitativo com abordagem	O objetivo foi realizar no mínimo cinquenta autopsias psicossociais com familiares de idosos que haviam falecido por suicídio.	Doenças graves, deficiências e transtornos mentais juntos formam as principais causas de suicídio, seguidas de depressão, falta de habilidade na resolução de conflitos familiares e conjugais.
6	Minayo et al (2012). Qualis: B1	Estudo qualitativo com abordagem	Analisar 8 autópsias psicológicas e contextualizar problemas e fatores que levaram algumas pessoas idosas a acabar com a própria vida	Em idosos a depressão associada a enfermidades físicas e mentais graves e aos fatores socioculturais como decadência profissional e socioeconômica

7	Sousa GS et al/BR (2014). Qualis: B1	Qualitativo com abordagem retrospectiva por meio de autópsias psicossociais. Amostra: 42 familiares (16 autópsias psicossociais).	Analisar experiências e relações familiares que antecederam o suicídio de 16 idosos.	Sintomas depressivos, desesperança, inabilidade na resolução de conflitos familiares, dificuldades financeiras, uso abusivo de álcool e ideação suicida por anunciação do desejo de antecipar seu fim.
8	Ores et al (2012). Qualis: A2	Transversal de base populacional. Amostra: 1.560 jovens entre 18 e 24 anos.	Avaliar a relação entre comportamentos de risco à saúde e risco de suicídio em jovens de 18 a 24 anos, da zona urbana de Pelotas e buscar estratégias de prevenção de mortes.	Adoção de comportamentos de risco: entrar em briga com agressão física, ter carregado arma branca e arma de fogo. Abuso/dependência de substâncias, não ter parceiro fixo.
9	Cantão e Botti (2016). Qualis: A2	Exploratório, retrospectivo e descritivo baseado em abordagem quantitativa. Amostra: 144 prontuários.	Descrever o perfil de dependentes químicos atendidos em um serviço de saúde mental, a frequência de comportamento suicida entre os participantes e as associações entre essas duas problemáticas.	Dependente químico do sexo masculino, entre 15 e 45 anos, solteiro, com baixa escolaridade, desempregado, transtornos de humor e psiquiátricos, depressão, falta de habilidade na resolução de conflitos familiares.
10	Brito et al (2013). Qualis: B3	Descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa-analítica. Amostra: 102 pacientes.	Avaliar a ideação suicida e desesperança em pessoas que tentaram suicídio por queimadura, assistidas por um CTQ em Fortaleza - CE.	Desesperança, ideação suicida e tentativa prévia de suicídio, sendo a tentativa de suicídio o fator de risco mais relevante para as novas tentativas.

11	Minayo e Cavalcante (2013). Qualis: A2	Compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. Amostra: Familiares	Busca compreender empiricamente os casos e as múltiplas razões de 11 mulheres que faleceram por suicídio.	Violência de gênero e intrafamiliar, sofrimento por perdas de pessoas referenciais e da função tradicional como esposa e mãe e depressão.
12	Cavalcante et al (2013). Qualis: A2	Qualitativo com abordagem retrospectiva por meio de autópsias psicossociais. Amostra: Oito parentes próximos.	Analisar diferentes faces da depressão associadas ao suicídio em idosos a partir de autópsias psicológicas.	A associação entre depressão e comorbidades múltiplas agrava o prognóstico do caso e amplia cumulativamente o risco de suicídio. A depressão e as ideações suicidas são grandes fatores de risco. Impulsividade.
13	Ferreira et al (2014). Qualis: A2	Qualitativo com abordagem retrospectiva por meio de autópsias psicossociais. Amostra: 43 Pessoas próximas.	Analisar e descrever os fatores de risco e seus determinantes, associados a 24 casos de suicídios ocorridos na cidade de Palmas (TO) no período de 2006 a 2009.	Ser do sexo masculino, solteiro, de cor parda, entre 20 e 40 anos, com baixa escolaridade. Possuir transtornos mentais, fazer abuso de álcool e outras drogas, inabilidade de resolução de conflitos e históricos de tentativas anteriores.
14	Pinto et al (2012). Qualis: B1	Ecológico. Amostra: 205 óbitos por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais.	Realizar análise ecológica sobre suicídio de pessoas com 60 anos, ou mais, nos municípios brasileiros no triênio 2005-2007, investigando-se fatores associados ao evento.	Transtornos de humor

15	Machado et al (2015). Qualis: B1	Observacional e transversal desenvolvido. Amostra: 358 gestantes entre 15 e 49 anos.	Identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e indicativo de ideação suicida durante a atual gestação	Gestantes vítimas de violência doméstica.
16	Marquetti e Milek (2014). Qualis: B3	Exploratório. Amostra: 8 sujeitos que tentaram suicídio.	Conhecer as transformações do cotidiano no mês anterior à tentativa de suicídio dos sujeitos.	Falta de habilidade na resolução de problemas relacionados a conflitos familiares, perda de ente querido, divórcio, perda financeira, ansiedade, depressão, vontade de ficar sozinho, pensamentos sobre problemas; pensamentos sobre a morte e pensamentos sobre como terminar com a vida; impulsividade. Bilhetes em papel e mensagens no computador no dia da tentativa de suicídio.
17	Azedo e Dutra (2012) Qualis: B3	Perspectiva humanista-existencial, Narrativa. Amostra: 4 jovens (3F e 1M).	Compreender como adolescentes que tentaram suicídio por questões amorosas vivenciaram essa experiência.	Impulsividade, jovens de famílias que vivenciaram a perda de uma das figuras parentais ou separação dos pais. Baixa autoestima com visões distorcidas de si, (des)amor a si.
18	Sérvio e Cavalcante (2013). Qualis: A2	Qualitativo com abordagem retrospectiva por meio de autópsias psicossociais. Amostra: Cinco casos de suicídio.	Analisar os fatores psicossociais que perpassaram o suicídio de idosos em Teresina.	Depressão, transtornos mentais graves, estigma referente ao envelhecimento, alcoolismo, automutilações, impulsividade, relações afetivas fragilizadas e história de vida marcada por eventos trágicos.

19	Benute et al (2011). Qualis: B3	Exploratório - descritivo. Amostra: 268 gestantes de alto risco	Identificar o risco para comportamento suicida em gestantes de alto risco em um hospital público de São Paulo	Depressão maior e relacionados à insônia ou hipersônia, diminuição ou aumento do apetite, menor interesse nas atividades diárias, sentimento de inutilidade ou culpa, diminuição da concentração, agitação ou retardo psicomotor.
20	Meneghel et al (2012). Qualis: B1	Qualitativo com abordagem retrospectiva por meio de autópsias psicossociais. Amostra: 13 autópsias psicossociais.	Estudar a relação entre suicídio e envelhecimento na perspectiva de gênero nas demarcações socialmente impostas na vida de idosos que cometeram suicídio.	Sobre feminilidades, não poder mais cuidar e trabalhar. Crises nas masculinidades hegemônicas, mudanças nos papeis de provedores, ocasionadas pela aposentadoria ou doença.
21	Minayo et al (2012). Qualis: B1	Mesmo do artigo 20. Amostra: 40 autópsias psicossociais de suicídios em homens.	Problematizar o padrão de masculinidade socialmente dominante como fator de vulnerabilidade para o suicídio de homens idosos.	Sentimento de inutilidade associado ao desemprego, aposentadoria, inatividade, abandono involuntário do trabalho, solidão, viuvez, dívidas, isolamento social, perdas de bens, status ou enfermidades que os tornaram impotentes.
22	Macedo et al (2011). Qualis: B2	Exploratório - descritivo. Amostra: 278 pacientes.	nalisar a incidência, características, conduta e taxa de mortalidade de pacientes com autolesão por queimaduras internados no CTQ.	Mulher, casada, provedoras do lar e pobres. O maior motivo foi a falta de habilidade na resolução de problemas relacionados a conflitos conjugais.

23	Oliveira et al (2014). Qualis: B1	Descritivo quantitativo, transversal. Amostra: 360 vítimas de tentativa de suicídio.	Descrever as principais características de vítimas de tentativa de suicídio atendidas em instituições públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil.	Sexo masculino, sentimento de rejeição, internamento em hospital psiquiátrico, acreditar decepcionar alguém, depressão.
24	Trevisan et al (2013). Qualis: B2	Descritivo e retrospectivo. Amostra: 308 casos de tentativa de suicídio.	Estabelecer o perfil de mulheres que tentaram suicídio por uso de substâncias no Paraná – ano de 2008.	Sexo feminino, entre 20 e 59, depressão, transtorno de humor. Tentativas prévias de suicídio.
25	Cavalcante e Minayo (2015). Qualis: A2	Qualitativo de abordagem hermenêutica e dialética. Amostra: 60 idosos em risco de suicídio.	Conhecer, a partir de suas falas, as razões e as interpretações para atentarem contra sua vida.	Doenças físicas, mentais, perdas funcionais, sociais, familiares, falta de habilidade na resolução de conflito e violências são elementos predisponentes.
26	Pires et al (2015). Qualis: B1	220 indivíduos, distribuídos em dois grupos de 110 pacientes – grupos sobreviventes de tentativa de suicídio por envenenamento – e os controles sem história de intoxicação/ envenenamento nem tentativa de suicídio, pareados por gênero e idade.	Considerando o envenenamento como o método mais utilizado para a tentativa de suicídio e a escassez de evidências nacionais sobre o tema, investigamos alguns possíveis indicadores de risco nesse tipo de tentativa.	Dependência financeira, chance de 2,25 vezes maior para tentar suicídio entre os casos. História pessoal e familiar de transtornos psiquiátricos; ideação suicida; episódio depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada; ter sofrido fatos traumáticos e abuso sexual na infância, revelando diferença significativa.

Fonte: As autoras (2016).

Tabela 3 - Fatores de risco que emergiram da análise dos dados encontrados a respeito dos fatores de risco de suicídio – Manaus, 2016.

Fatores psicológicos	Artigos	Quantidade	Percentual
Depressão	2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13,16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 26.	17	65,4%
Desesperança	4, 7, 10, 12,16, 18, 19, 20, 21.	9	34,6%
História pessoal de tentativas e/ou ideações suicidas prévias	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13,16, 18, 19, 20, 21, 22, 23.	16	61,5%
História pessoal de transtorno mental	3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 22, 24, 25, 26.	16	61,5%
Impulsividade	4, 12, 16, 17, 18	5	19,2%
Fatores sociais			
Perdas relacionadas ao trabalho, à família, ao status etc.	2, 3, 5, 6, 7, 9, 11,12, 13, 15,16, 17, 18, 20, 21, 25, 26.	17	65,4%
Vítimas de violência (física, emocional, negligência física emocional, sexual)	1, 2, 5, 9, 11, 13,15, 25, 26	9	34,6%
Uso ou abuso de álcool e outras drogas	2, 7, 8, 9, 12, 13, 18	8	30,7%
Falta de habilidade na resolução de conflitos familiares e sociais.	4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25.	17	65,4%
Portador de doenças crônicas ou outras doenças	3, 5, 6, 7,11, 12,18, 20, 21, 25.	10	38,5%

Fonte: As autoras (2016).

Discussão

A amostra selecionada englobou estudos de várias metodologias e duas grandes categorias de dados, a saber: fatores de risco associado à pós-tentativa de suicídio, reunindo 15 artigos (equivalente a 57, 7% da amostra); fatores de risco associado ao momento antes do cometimento do suicídio, com 11 artigos (equivalente a 42,3% da amostra total). Observou-se ainda que, dentro da hierarquia de método científico, apenas o artigo 26 utilizou o método caso-controle. Os demais estudos utilizaram métodos transversais descritivos.

Esses dados reforçam as pesquisas de Brito et al (2013) a respeito da necessidade de novos estudos sobres as temáticas prevenção e fatores de risco. Benute et al (2011) e Minayo e Cavalcante (2013) também alegam haver escassez de literaturas que fazem referência a autópsias psicológicas ou psicossociais como forma de elucidar os suicídios e as tentativas de acordo com as especificidades de gênero, grupo etário, etnia e religião. Dentre as análises realizadas, essa pesquisa constatou que apenas cinco artigos fizeram referência à autópsia psicossocial do suicídio.

Houve apenas um artigo abordando os fatores de risco em mulheres que cometeram suicídio, o que nos impossibilita fazer qualquer inferência em relação ao gênero como fator de risco ou suscetibilidade para tentativa ou suicídio.

Wenzel et al (2010) dividiram as variáveis que podem tornar o sujeito suscetível ao suicídio em quatro grandes categorias, que são: demográficas, diagnósticas, histórico- psiquiátricas e psicológica. Os autores enfatizam a complexidade do evento ao afirmarem que a presença de apenas uma destas características não determina quem irá ou não se engajar em um ato de autoextermínio, pois é necessário que haja acúmulo e interação entre elas para desencadear uma tentativa ou até um suicídio consumado. Foi justamente essa constatação que se observou na leitura dos artigos selecionados.

Os resultados encontrados nos artigos desta revisão corroboram com os descritos por Wenzel et al (2010) quando afirmam que os principais fatores de risco para o suicídio são a depressão, a desesperança e o histórico pessoal de outros transtornos mentais. Nesse sentido, observou-se que, ape-

sar desses construtos serem frequentes, outros dados precisam ser considerados, pois essas variáveis aparecem associadas intrinsecamente com outros fatores, como: falta de habilidade na resolução de conflitos, perdas (luto), histórico de violência ao longo da vida, histórico pessoal de transtornos psicológicos, uso abusivo de álcool e outras drogas.

Essa pesquisa constata, ainda, que o comportamento suicida assume uma perspectiva abrangente, multifatorial e precisa ser estudado de forma complexa. Pires et al (2015), ao realizarem estudo de caso-controle (referente ao artigo 26) afirmam que, além da depressão, desesperança e tentativas prévias de suicídio como comportamentos preditores de risco, faz-se necessária a análise das experiências adversas em diferentes fases da vida assim como a exploração de diversos fatores da vida como apoio social e estilos de vinculação e relacionamento.

A depressão aparece nessa revisão como um importante fator de risco para o suicídio. Ou seja, o estado depressivo é um dos condicionantes mais relevantes para o aumento das chances de tentativas de suicídio, um transtorno psicológico de alta prevalência no Brasil, como aborda Silva et al (2015) e Souza et al (2014). Esse fator pode ser percebido nos indivíduos após experiências adversas (ou da soma dessas experiências) quando assumem atitudes diferenciadas em relação à vida.

Para Wenzel et al (2010), a depressão é tida como a principal afecção preditiva de risco de suicídio por aumentar em até 20 vezes o risco de autoextermínio voluntário. Ela também está associada ao suicídio em pacientes com outras afecções.

Pires et al (2015) relatam que a depressão, frequentemente, está aliada à desesperança, a questões de sofrimento físico crônico, à finitude da vida ou, ainda, a casos relacionados a problemas de ordem social e cultural. Sérvio e Cavalcante (2013) mencionam, por meio de retrato de autópsia psicossocial de idosos mortos por suicídio, que muitos refletiram em vida sofrimentos e motivações decorrentes de insatisfações pessoais, infelicidade, inconstância emocional, não aceitação da senilidade, doenças e dores crônicas, relacionamentos conflituosos etc. Por fim, inclui-se uma dinâmica familiar conturbada e a busca contínua de um sentido para a própria existência.

Muito embora a depressão seja apontada como principal transtorno

preditor do comportamento suicida, os pesquisadores ressaltam o valor da história pessoal de transtornos psiquiátricos na prevalência dos atos suicidas, sendo estes potencializadores da vulnerabilidade desses indivíduos – Minayo e Cavalcante (2013), Cavalcante et al (2013) e Ferreira et al (2014).

Rodrigues et al (2012), em estudo transversal de base populacional com jovens entre 18 e 24 anos, verificaram que a presença de algum transtorno de ansiedade esteve significativamente associada ao risco de suicídio. Ademais, uma pessoa com histórico de abusos físicos e sexuais na infância (bem como dependentes de drogas lícitas e ilícitas na adolescência ou juventude) estão em situação de vulnerabilidade, situação associada à presença de perturbações psiquiátricas e ocorrências de engajamento em atos suicidas. Defende igualmente que o histórico familiar de transtornos psiquiátricos aumenta o risco de engajamento em atos suicidas (RODRIGUES et al, 2012).

Teixeira, Rondine (2012), Cavalcante e Minayo (2012), Trevisan et al (2013), Silva e Madeira (2014) e Cavalcante e Minayo (2015) afirmam haver relação positiva entre tentativas prévias de autoextermínio e o risco para novas tentativas de suicídio, alertando para esse fator como sendo o mais relevante preditor de risco de suicídio e que esse risco aumenta proporcionalmente ao número de tentativas.

O isolamento social, o sentimento de menos valia, de abandono, o sentir-se só em meio à família ou a grupos sociais, a percepção de rejeição pelo outro, de não se sentir importante ou amado e a falta de comunicação eficaz foram apontados por Minayo e Meneghel (2012), Azedo e Dutra (2012) e Marquette (2014) como fatores que tornam as pessoas vulneráveis à ideação suicida e a outros eventos suicidas. Embora se entenda que os conflitos são inerentes à vida e aos relacionamentos, as pessoas predisponentes ao suicídio revelaram falta de habilidade para resolução de problemas e vinculação afetiva frágil, conforme consta na Tabela 3.

Grande parte dos artigos fizeram referência ao luto relatando situações que poderiam gerar sentimentos de inutilidade ou inadequação no convívio familiar e social, como dificuldade financeira, perda de *status* social etc. Esses sentimentos tomam dimensões mais abrangentes quando somados a motivos de doença que levam à perda de autonomia funcional por insistência familiar e a perda de entes queridos, características essas fre-

quentes em idosos (MINAYO; MENEGHEL, 2012).

Além desses fatores, a ABP aponta para a existência de três sinais de alerta que demandam intervenção imediata: ameaçar ferir a si mesmo; procurar informações sobre formas de matar-se; falar ou escrever sobre morte, morrer ou sobre suicídio. Marquetti e Milek (2014) corroboram com essa afirmação ao constatarem que os sujeitos com ideação, intenção e ou plano suicida que expressam vocalmente ou escrevem sobre esse desejo de pôr fim à vida evidenciaram aumento significativo de risco para cometer um autoextermínio.

Ressalta-se a relevância apresentada nos estudos aos fatores de proteção às pessoas em situação de vulnerabilidade, tais como a importância da vinculação afetiva, da formação de apoio social e familiar, da busca de razões específicas para viver, da prática da espiritualidade como fatores determinantes para prevenir o desfecho negativo no comportamento suicida.

Esta pesquisa apresenta como limitações a impossibilidade de análise por meio de revisão sistemática de literatura dada a variedade de metodologias apresentadas nos artigos estudados e a inclusão de artigos publicados em língua portuguesa.

Considerações finais

A partir do estudo dos artigos que compuseram esta revisão, constata-se que os principais preditores de risco de suicídio estão relacionados a:

a) fatores psicológicos: depressão, desesperança, história pessoal de transtorno mental, impulsividade e história pessoal de tentativas e/ou ideação suicidas prévias;

b) fatores sociais: perdas relacionadas ao trabalho, à família, *status* e ou vítimas de violências (física, emocional, sexual e outras);

c) fatores diagnósticos: transtornos psiquiátricos e doenças crônicas.

A depressão, a falta de habilidade para resolução de problemas e lidar com perdas aparecem com mais frequência como comportamentos

preditores de risco para o suicídio. Seria relevante a atuação profissional direcionada ao tratamento e ao desenvolvimento dessas habilidades como ações fundamentais na prevenção ao suicídio.

Além disso, uma vez identificadas as características de vulnerabilidade ao suicídio, os profissionais envolvidos no processo de prevenção poderão fomentar ações para a prevenção e tratamento da depressão, atuar na vinculação por meio de rede social e familiar de apoio, buscar junto a essas pessoas razões específicas para viver, considerando sua subjetividade e história de vida, uma vez que essas ações são apontadas na literatura como geradoras de esperança para um desfecho favorável.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Suicídio*: informando para prevenir. Brasília, CFM/ABP, 2014.

AZEDO, A. K. S; DUTRA, E. M. S. *Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência*: uma questão de (des)amor. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. XVIII, n. 1, p. 20-29, 2012.

BENUTE, G. R. G. et al. *Risco de suicídio em gestantes de alto risco*: um estudo exploratório. *Rev. Assoc. Med. Bras*., v. 57, n. 5, p. 583-587, 2011.

BOTEGA, J. N. *Comportamento suicida:* epidemiologia. *Rev. Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BRITO, M. E. M et al. *Tentativa de suicídio por queimadura:* ideação suicida e desesperança. *Rev. Bras. Queimaduras*, v. 12, n. 1, p. 30-36, 2013.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. Ver. Bras. Enferm., v. 69, n. 2, p. 389-396, 2016.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciên. Saúde Colet*., v. 17, n. 8, p. 1943-1954, 2012.

_____; _____. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciên. Saúde Colet*., v. 20, n. 6, p. 1655-1666, 2015.

_____ et al. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciên. Saúde Colet*., v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013.

MACEDO, J. L. S; ROSA, S. C.; SILVA, M. G. *Queimaduras autoinfligidas*: tentativa de suicídio. *Rev. Col. Bras. Cir*., v. 38, n. 6, p. 387-391, 2011.

MACHADO, M. O. F. et al. *Sob a sombra da maternidade:* gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. *Rev. Panam Salud Pública,* v. 37, n. 9, p. 258-264, 2015.

MARQUETTI, F. C; MILEK, G. *Percurso suicida:* observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 25, n. 1, p. 18-26, 2014.

MENEGHEL, S.N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciên. Saúde Colet*., v. 17, n. 8, p. 1983-1992, 2012.

OLIVEIRA, M. V.; BEZERRA-FILHO, J. G.; GONÇALVES-FEITOSA, R. F. Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev. salud Pública*, v, 16, n. 5, p. 683-696, 2014.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P. C. *Mortalidade por suicídio*: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 658-669, 2013.

ORES, L. C. et al. *Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos*: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, 2, p. 305-312, 2012.

PINTO, L.W. et al. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005 - 2007. *Ciên. Saúde Colet*., v. 17, n. 8, p. 2003-2009, 2012.

PINTO, V. C. P.; ALVES, J. F. C.; MAIA, A. C. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 32, n. 4, p. 617-625, 2015.

PIRES, M. C. C. et al. *Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento*: um estudo caso-controle. *J Bras Psiquiatr*., v. 64, n. 3, p. 193-199, 2015.

RODRIGUES, M. E. S. et al. *Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade*: estudo de base populacional. *Psico-USF*, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2012.

SENA-FERREIRA, N. et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 115-126, 2014.

SÉRVIO, S. M. T.; CAVALCANTE, A. C. S. Retratos de autópsias psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. *Psicologia*: Ciência e Profissão, v. 33, p. 164-175, 2013. Especial.

SILVA, L. L. T; MADEIRA, A. M. F. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. *R. Enferm. Cent. O. Min*., v. 3, n. 4, p. 1281-1289, 2014.

SOUSA G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface Comun Saúde Educ*., v. 8, n. 50, p. 1-14, 2014.

TEIXEIRA-FILHO, F. S; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Soc*., São Paulo, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012.

TREVISAN, E. P. T; SANTOS, J. A. T; OLIVEIRA, M. L. F. *Tentativa de suicídio de mulheres:* dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. *Rev. Min. Enferm.*, v. 36, n. 2, p. 412-417.

WENZEL, A; BROUWN, G. K; BECK, A. T. *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 304 p.

SOBRE OS AUTORES

Adriane Andrade Costa

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2005). Especializanda em Psicologia clínica - Psicoterapia infantil. Atualmente é mestranda do Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Servidora pública da Prefeitura Municipal de Manaus, da Secretaria Municipal da Mulher, Direitos Humanos e Assistência Social, lotada no CREAS Centro-Sul. Trabalha no Serviço de Atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luisa Habigzang) com crianças e adolescentes, e seus familiares, em situação de violação de direitos. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia FAPSI/UFAM.

Alan Araújo da Costa

Acadêmico do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM). Atualmente atua como Estagiário no Serviço de atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luisa Habigzang).

Anderson Aires Lopes

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2013). Tem interesse na área de Psicologia social e clínica. Participou do estágio em Psicologia Jurídica do Polo Avançado do Núcleo de Conciliação das Varas de Família e do projeto de extensão: "*En-canta a vida: canto-coral e promoção de fatores protetivos a adolescentes em medida socioeducativa*". Foi bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). É mestrando do programa de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, vinculado à linha de pesquisa de Processos Psicossociais.

Bianka Mélida Bertrand Velásquez

Possui graduação e Licenciatura em psicologia pela Universidade Nacional Autônoma de Nicarágua (2010). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia social. Atualmente é mestranda do Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, vinculada à linha de pesquisa de Processos Psicológicos e Saúde, onde dá continuidade à sua investigação sobre o suicídio entre Adolescentes e Jovens.

Clóvis Castro Coelho

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas e Pós-graduado em Psicologia Hospitalar. Atua como Residente na área Neurofuncional do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV/UFAM). Tem interesse na área de Psicologia da saúde e clínica. Atuou como professor Titular da Escola Superior Batista do Amazonas, ministrando as disciplinas de Psicologia da Saúde e Saúde Mental, Psicologia e Saúde Pública. Atuou como Psicólogo Voluntario do Centro de Atenção Integral a melhor Idade Ada Rodrigues Viana. Foi bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo em Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

Dayanne de Souza Dantas

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Denise Machado Duran Gutierrez

Possui Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1983), Mestrado em Psicologia da Saúde pela katholieke Universiteit van Brabant na Holanda (1993) e Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, R.J. (2009). Atualmente é professora efetiva da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica,

atuando principalmente nos seguintes temas: Cuidados da saúde na família, Intervenções com famílias e crianças nas instituições. Exerce o cargo de Coordenadora de Tecnologia Social no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA/Manaus) onde atua desenvolvendo projetos de inclusão social através da socialização do conhecimento científico. É autora de dois livros na área da interface família-saúde e de educação, bem como de diversos artigos nos tópicos: suicídio entre idosos, relações de gênero e saúde, relações familiares e saúde, cuidados da saúde na família. Coordenou diversos projetos na temática da saúde da mulher, saúde da família e cuidados.

Eliza do Amaral Ferreira Guimarães
Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2014). Durante a graduação participou do Programa de Iniciação Científica quando iniciou os estudos acerca do suicídio na infância. Atualmente é aluna de Mestrado em Psicologia, também pela Universidade Federal do Amazonas, vinculada à linha de pesquisa de Processos Psicológicos e Saúde, onde dá continuidade à sua investigação sobre o suicídio entre crianças.

Ewerton Helder Bentes de Castro

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Doutor em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (USP) - 2009. Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas - 1999. Graduação em Psicologia pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas - 2006. Graduação em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Universidade do Amazonas - 1983. Membro da Câmara de Ensino de Graduação - CEG/PROEG/UFAM. Pesquisador na área de Psicologia Fenomenológico-Existencial nas áreas de Psico-oncologia, Relações Interpessoais e Processos Grupais, Práticas de Cuidado em Saúde, Sistema Único de Saúde na concepção de gestores, usuários e familiares, HUMANIZASUS, Promoção de Saúde. Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde.

Jesem Douglas Yamall Orellana
Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Rondônia (2003) e mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2005). Atualmente é pesquisador da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisador - Lancaster University e pesquisador assistente da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Mortalidade por causas violentas, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, índios sul-americanos, morbidade hospitalar, saúde da criança indígena e saúde indígena.

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro

Doutor em Ciências (Área Geografia Humana - USP, 2011). Mestre em Cooperação Internacional/Educação - Università Cattolica del Sacro Cuore (UNICATT-ITÁLIA, 2006). Possui as seguintes Especializações: Principles & Techiniques of Fund Raising (Indiana University, USA); Psicologia Clínica (Terapia Sistêmica Milan Aproach/CPTF-AIMS/ITÁLIA); Mediação Familiar Sistêmica (CPTF-AIMS/ITÁLIA) e Psicologia Clínica/Terapia Cognitivo - Comportamental (UNIARA, 2015). Graduação em Psicologia (UNINORTE); Licenciatura em Filosofia (UECE) e Curso Superior em Teologia (CENESCH). Como pesquisador atua com as temáticas: Filosofia; Ética; Educação em Saúde; Psicologia da Saúde - cuidado e promoção da saúde; Psicologia Social Comunitária - programas de intervenção para populações e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade social; Psicologia Familiar/Terapia Familiar e Mediação de Conflitos - violência intrafamiliar. Coordena o Serviço de Atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus e o Núcleo Luisa Habigzang de Intervenção Psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Atualmente é professor da faculdade Salesiana Dom Bosco.

John Elton Costa dos Santos

Psicólogo pelo Centro Universitário Luterano de Manaus/CEULM/ULBRA (2003). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas/UFAM (2014). Especialista em: Psicologia Clínica (UFAM/2005); Gerontologia Social e Saúde do Idoso (UEA/2008). Possui experiência como pro-

fessor universitário, pesquisador e supervisor de estágio. Atualmente leciona na Universidade Federal do Amazonas/UFAM e preside a Associação Amazonense em Saúde Mental. Áreas de atuação e interesse: Saúde Mental e Políticas Públicas, Saúde Coletiva, Violência e Saúde, Psicologia Clínica, Psicologia Social e Identidade, Gerontologia, Suicídio de Idosos, Psicologia Familiar e Relação entre Gêneros.

Lorenzo de Souza Paião

Acadêmico do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM). Atualmente atua como Estagiário no Serviço de atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luisa Habigzang).

Marluce Mineiro Pereira

Possui mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - UFAM/FIOCRUZ/UFPA, especialização em História da Saúde na Amazônia pela Casa de Oswaldo Cruz (COC) em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane ILMD/FIOCRUZ e formação em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Atua principalmente nos seguintes temas: Formação Profissional no Serviço Social, Estágio Supervisionado em Serviço Social, Serviço Social na área Sociojurídica, Representações Sociais, Suicídio Indígena, Álcool e/ou outras Drogas, Populações Indígenas, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental e Tecnologia Social.

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1998), residência médica em Psiquiatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (2000), mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2004) e doutorado em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz (2009). Atualmente é pesquisador do Instituto

Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde indígena, antropologia da saúde e saúde mental.

Miguel Simões Neponuceno Júnior

Possui graduação em Licenciatura em Filosofia pela Faculdade Salesiana Dom Bosco (2016).

Nathaly Marculino Morais

Acadêmica de Psicologia da UFAM, bolsista de Iniciação Científica (CNPq) no projeto "Escutando o cuidador: A interferência ao bem-estar e estabilidade emocional de profissionais de saúde relacionada ao ambiente hospitalar na cidade de Manaus-AM". Atualmente atua como Estagiária no Serviço de atendimento Psicológico Familiar da Arquidiocese de Manaus (SAPFAM/CÁRITAS/Núcleo Luisa Habigzang).

Odineas Gomes Barbosa da Luz

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas (1996) e graduação em Licenciatura em Ciências pela Universidade Estadual do Maranhão (1983). Atualmente é médica da Cooperativa de Clínica Médica de Manaus, medica - Secretaria Municipal de Saúde (Centro de Referência). Psicóloga pela Universidade Federal do Amazonas (2015).

Rosa Maria Rodrigues Marques

Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas.

Rosenilda Freitas da Silva

Psicóloga formada pela Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (2012). Possui graduação em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Amazonas (2005). Atualmente é Analista Técnico de Controle Externo - TI no Tribunal de Contas do Estado do Amazonas. Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Desenvolvimento de Software.

Selma Barboza Perdomo

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 1997) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM, 2008). Atualmente é professora da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), onde leciona desde 2005. É psicóloga pela Faculdade Martha Falcão/DeVry, Brasil.

Sibila Lilian Osis

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Aluna de mestrado pelo Programa de Pos-Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

creative commons

Seja criativo. É fácil quando você não precisa de intermediários.



Esta obra foi composta em
Minion Pro e Aller
em agosto de 2018

EDUA
Digital



Este livro enfrenta com muita seriedade o tema e os fatos do suicídio no Amazonas. Ao constituir-se em problemática, o suicídio é um fenômeno da vida em sociedade e um processo existencial complexo, interdisciplinar, que envolve hipóteses, variáveis e fatores diversos. Os conceitos e teorias científicas, bem como o manejo de dados e representações dos processos socioculturais que permeiam as diversas tipologias de suicídio, estão sempre sob a vigilância epistêmica e análise rigorosa em vários campos disciplinares. Sublinha-se, de início, que os estudos que dão origem a esta obra abordam o suicídio como fenômeno psicossocial. A apreensão de sentidos e significados se transformam em contextos históricos diversos, articulam dados, fatos e concepções teóricas de abordagens compreensivas e explicativas.

UFAM

EDUA
EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

ISBN 978-857401986-4