



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

SUELY VERAS GURGEL

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

**MOSSORÓ/ RN
2010**

SUELY VERAS GURGEL

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN (FACENE), como Trabalho de Conclusão do Curso para obtenção título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

**MOSSORÓ/ RN
2010**

SUELY VERAS GURGEL

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Orientadora

Profª Ms. Lorryne da Cruz Solano
Examinador (a)

Prof. Esp. Leonardo Carlos Rodrigues de Menezes
Examinador (a)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as famílias que sofreram a dor de perder um ente querido pelo suicídio. Em especial, as famílias do município pesquisado, que me ajudaram com tanta disponibilidade, a levar esse trabalho adiante. Que nosso Deus Onipotente abençoe a cada uma delas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que incessantemente e até milagrosamente me ajudou nessa jornada; primeiramente com o dom da vida a mim concedido e com uma série de incontáveis graças. Agradeço ao nosso Pai Criador, Redentor e Salvador que tornou possível para mim, em minha pequenez; este curso, a experiência, os desafios, o aprendizado, as novas amizades e que, por Sua Divina Misericórdia nunca abandonou-me, especialmente nos momentos tão difíceis que passei ao longo do curso, que por vezes, parecia que eu não ia mais conseguir, mas, o Senhor sempre me fazia lembrar da jaculatória: Eu não estou só, Deus está comigo! E fortalecida por Ti, chego hoje aqui.

Agradeço ao meu pai, Francisco, que me ensinou desde cedo que: "O gosto da luta é a vitória". Obrigada, pelo esforço incomensurável feito por mim; pela força, por sempre acreditar em mim de verdade, em toda e qualquer circunstância, pelo incentivo, pelos valores transmitidos, pela formação e educação que me deu, por sua admiração e seu amor.

À minha mãe, Ivone, pelo exemplo de bondade, caráter e perseverança. Por ter sempre apoiado todos os meus sonhos, por se preocupar tanto com o meu bem estar e principalmente por seu incentivo, sua fé e seu amor incondicional.

À minha irmã Luciana, por me amar tanto, me proteger, por ser uma pessoa com quem sempre posso contar; por sempre me ajudar nos percalços da vida e pela incansável torcida.

A minha sobrinha, Beatriz, que com apenas um aninho, me transmite tanta paz, tanta alegria e motivação, mesmo quando estou sentindo o fardo pesar. Por ser uma pessoa que só preciso olhar e já me remete a lembrança da presença, do poder e da misericórdia de Deus em nossas vidas.

Ao meu tio/avô Dinho, in memórian, por seu exemplo de fé, humildade, caridade, doação. Por ter me amado e me ajudado tanto e por continuar intercedendo por nós a Deus.

Ao Pe. Theodoro que me ouviu e ajudou quando eu precisei;

A Dr. Glaucio Gurgel, que me aconselhou e me orientou de forma tão generosa e eficaz.

Aos amigos da “nação” que contribuíram para que eu redescobrisse o brilho e o gosto da vida;

A Janaína e Pereirinha que oraram sem cessar por mim;

A Rosilda, que em momentos difíceis, me deu força e me ajudou a ultrapassar barreiras, trazendo uma luz divina à minha vida.

A todos os colegas da turma com quem vivi essa maravilhosa experiência, e que nunca vou esquecer.

A Amanda Morais – Amandinha – pessoa que tive a felicidade de conhecer e com quem aprendi lições que não se aprendem nos bancos acadêmicos; por ter inclusive, se dedicado tanto para que nossa formatura acontecesse; um ser, de quem é bom estar perto, que faz o mundo parecer melhor e que traz uma luz de Deus no coração.

A Eilza, Juraci – uma pessoa exemplar; Aninha, Ana Laressa e Hosana, pessoas encantadoras; por a compreensão, a solidariedade e companheirismo que vocês me dedicaram quando eu precisava.

A Samara, com quem partilhei alegrias e dificuldades; por quem minha amizade e meu amor fraternal vão muito além do tempo em que passamos juntas; uma colega que tornou-se uma grande amiga e irmã.

A Francisca Patrícia, minha orientadora, por sua competência, compreensão e determinação e por ter me suportado com tanta paciência.

A Facene que me proporcionou uma excelente formação.

A coordenação do Curso de Enfermagem, na pessoa de Josefa Patrícia, que sempre busca melhorar o Curso, que é um braço forte e nem por isso inatingível. Por não me deixar desistir quando tudo pesou por as vezes que atenciosamente, perguntava como eu estava. Temos uma coordenação receptiva, amiga de todos os estudantes, inclusive os da primeira turma de Enfermagem da FACENE – Mossoró; 2010.2, da qual sou oriunda.

A todos os professores que nos encaminharam ao mundo da Saúde, em especial: Tatiana Oliveira, Francisca Patrícia, Patrícia Helena, Fausto, Eumendes, Lorryne Solano, Tiago Engle, Leonardo, Rafael, Lucídio, Joseline.

A todos os preceptores que tão eficientemente nos orientaram nos estágios, em especial: Edson, Amélia, Bianca, Morgana e Francineide.

Aos funcionários que sempre nos atenderam prontamente, nas pessoas de Emanuel, Ritinha, Manuela, Erica, Lígia, Wildson, Wiliana, Egmará, Ester, Tiago, Carlos e a Raimundo – este no 1º período, quando eu ainda não morava em Mossoró, era meu companheiro fiel na espera do ônibus ou carro no qual eu voltava pra Felipe Guerra. Obrigada pela amizade, pela companhia e cumplicidade.

A Levy, funcionário do ITEP, que sempre me recepcionou tão bem e colaborou com muita prontidão e responsabilidade para esse trabalho.

A Fernanda Daniely e a Mônica que tanto me ajudaram, apresentando-me as famílias que entrevistei, para concluir esse trabalho.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram, torceram por mim, confiaram na minha capacidade e até a alguém que possa ter desacreditado do meu

potencial. A todos que contribuíram de alguma forma para que eu chegasse a este tão sonhado dia; o meu MUITO OBRIGADA!

Se hoje as pessoas se matam mais do que outrora, não é porque para nos manter devamos fazer esforços mais dolorosos nem porque nossas necessidades legítimas sejam menos satisfeitas; é porque já não sabemos até onde vão as necessidades legítimas e não percebemos mais o sentido de nossos esforços.

Émile Durkheim

RESUMO

O suicídio é visto como uma das ações humanas de grande impacto emocional aos familiares daqueles que o cometem. É algo que causa admiração, transtorno, angústia. Os casos de suicídio sempre deixam sequelas emocionais a toda família, pois muitas vezes causam pensamentos duvidosos em relação aos seus fatores de risco. Enfim, a ação suicida é algo que, somente pelo seu caráter, instiga-nos a curiosidade em estudá-la. O nosso interesse em pesquisar sobre esse tema está ligado a aproximação com um dos municípios do Rio Grande do Norte onde ocorrem muitos casos de suicídio. Empiricamente falando, este município apresentou muitos casos de suicídio durante uma determinada época, mais precisamente entre janeiro de 2007 e dezembro de 2009, tempo este que inserimos no nosso estudo. Sendo uma cidade pequena, os casos tiveram muita repercussão. O objetivo deste estudo é caracterizar os casos de suicídio, focalizando a verificação da frequência dos casos de suicídios pelas variáveis; idade, sexo, profissão, estado civil, grau de escolaridade e método utilizado e avaliar a relação entre os casos de suicídio e algum transtorno mental. Para isso, utilizamos dois momentos para a realização da coleta de dados: observação nos livros de registro do ITEP, onde estão registrados os dados sobre frequência dos casos de suicídios considerando as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão, estado civil, grau de escolaridade e método utilizado e visitas às residências dos familiares das vítimas de suicídios previamente selecionadas no Instituto de acordo com os critérios pré-estabelecidos, conforme agendamento. Os resultados nos indicam vários tipos de suicídio ocorridos no município nos quais os fatores de risco mais comuns são os transtornos mentais, destacando-se a depressão. Constatou-se ainda que: os homens são quem mais cometem suicídios; os casados cometeram mais suicídios do que os solteiros; um índice muito elevado de pessoas que tinham filhos e que demonstram ter sido capazes de nutrir e consumir a ação suicida; o índice mais elevado de suicídios está entre os comerciantes; há um equilíbrio na distribuição de suicídios por grau de instrução; em conformidade com a classificação de Durkheim (2004) a maioria dos suicídios que ocorrem no município da pesquisa são egoístas e o método mais utilizado é o enforcamento. Estes resultados apontam que há a necessidade de se investir em políticas públicas de saúde mental naquele município, especialmente em ações que se voltem para a prevenção do fenômeno estudado.

Palavras-chave: suicídio; morte; saúde mental, depressão.

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	58
Tabela 02	58
Tabela 03	59
Tabela 04	69
Tabela 05	60
Tabela 06	60
Tabela 07	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	2 O SUICÍDIO: DEFINIÇÃO, CARÁTER E FATORES INFLUENTES	15
2.1	CONCEITUANDO O SUICÍDIO	15
2.1.1	Fatores de risco do suicídio	18
2.1.2	Os diferentes tipos de suicídios e suas formas individuais	21
3	O SUICÍDIO E SEUS FATORES DE RISCO COMO CASOS DE SAÚDE PÚBLICA	26
3.1	SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL	27
3.2	OS TRANSTORNOS MENTAIS COMO FATORES DE RISCO DO SUICÍDIO E COMO CASOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	29
4	METODOLOGIA	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	35
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	35
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
4.4	INSTRUMENTO.....	37
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.8	FINANCIAMENTO.....	38
5	5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	39
5.1	REGISTRO, HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO DOS SUICÍDIOS QUANTO AO TIPO.....	39
	História e tipo de suicídio de Flor Jade.....	39
5.1.1	História e tipo de suicídio de Flor Lírio.....	42
5.1.2	História e tipo de suicídio de Flor Orquídea.....	45
5.1.3	História e tipo de suicídio de Flor Bromélia.....	47
5.1.4	História e tipo de suicídio de Flor de Laranjeira.....	49
5.1.5	História e tipo de suicídio de Flor Jasmim.....	52
5.1.6	História e tipo de suicídio de Flor Azaléia.....	54
5.1.7	História e tipo de suicídio de Flor de Lis.....	56
5.1.8	História e tipo de suicídio de Flor de Maracujá.....	57
5.1.9	História e tipo de suicídio de Flor Tulipa.....	58
5.1.10	CARACTERIZAÇÃO DE ESTADO CIVIL, ETNIA E SÓCIO-PROFISSIONAL DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO	61
5.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	71

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um dos atos humanos que, emocionalmente é visto como algo estarrecedor, pois se configura com a consumação do fim da vida ocasionado pela ação da própria pessoa. É, portanto, um ato que por muitas vezes causa admiração, transtorno, angústia aos familiares e pessoas que preservam sentimentos interiores. Casos de suicídio sempre deixam sequelas emocionais à toda família, pois muitas vezes causam pensamentos duvidosos em relação aos seus fatores de risco.

É sabido que os casos de suicídio em uma casa afetam toda a dinâmica familiar interferindo no processo saúde/doença destes. A morte não é bem aceita na sociedade moderna, quanto mais a morte violenta, ainda mais a morte infligida por um ser humano a ele próprio.

A verdade é que para a consumação de um ato de suicídio há sempre um fator relacionado com o autocontrole pessoal inserido no contexto. Uma pessoa, quando ataca a sua vida e chega ao óbito por esse motivo, certamente encontra-se em estado anormal, isso é o que teoricamente é explicado pela literatura psicológica. Essa peculiaridade do indivíduo praticar a morte da sua própria vida já se torna motivo que nos intriga, pois é impossível a explicação por parte de quem praticou. Angerami-Calmon *et al* (2006) faz uma afirmação de que o suicídio nada mais é do que a última percepção do indivíduo de que não pode mais viver.

Isso indica que algo falhou, que talvez um projeto alavancado pela pessoa não tenha se concretizado em uma determinada área que era importante e, certamente o indivíduo despenca na dor, mas não a suporta, atacando a si próprio como forma de aliviá-la. Ao ver o ato suicida como a forma de cessar o sofrimento, vale buscar entendê-lo de forma a caracterizá-lo em suas diversas dimensões: as suas causas, tipos de manifestação e fatores que influenciam na tentativa e consumação deste ato, condenável pelo fato de ser cometido pelo indivíduo contra si próprio.

Os fatores que justificam o nosso interesse em pesquisar sobre esse tema são: a proximidade com o município da pesquisa que é vizinho ao da minha residência atual, este é um pólo de comércio para as cidades menores ao seu redor. Como moro numa cidade vizinha, estou sempre em contato, pois lá é o pólo comercial da região; depois pela percepção de que este mesmo município, empiricamente falando, apresentou muitos casos de suicídio durante uma

determinada época, justamente a que é proposta na pesquisa. Sendo uma cidade pequena, os casos tiveram muita repercussão, o que também desperta o espírito empírico-investigativo.

Outro fator que nos determinou a essa investigação foi ter percebido, durante o estágio supervisionado em um hospital psiquiátrico as informações repassadas após indagação sobre os casos que davam entrada neste de que a maioria dos pacientes internos procede da cidade palco deste estudo. Este fato aguçou a curiosidade em saber o motivo, nos dispomos então a pesquisar se estes fatos têm relação com patologias psiquiátricas, em especial a depressão.

Acreditamos que pela sua singularidade este estudo é de grande importância, não somente pela ampliação dos conhecimentos acerca do assunto, bem como pelo crescimento intelectual acadêmico assimilado por meio das ações que tivemos de realizar para poder investigar e analisar os dados obtidos.

Há também uma relevância especial que se relaciona com a Atenção Básica em Saúde. Com a Reforma Psiquiátrica ocorre a desinstitucionalização e com esta o atendimento de pacientes com transtornos mentais não deixou de fazer parte da atenção básica, porém foi criado um sistema que direciona o atendimento unicamente aos casos de transtornos mentais que são diagnosticados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Trata-se da criação dos Centros de Atenção Psicossocial que oferecem os serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos com transtornos mentais. Têm como maior objetivo tratar a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários, sendo, portanto de grande valia para a prevenção do suicídio.

No entanto, mesmo admitindo a importância desses centros, há de se convir que não houve a preocupação de subsidiar os profissionais da ESF (Estratégia de Saúde da Família) no atendimento desta demanda. Esta pesquisa acaba por trazer à tona a discussão para os profissionais de saúde que atuam na área, em especial para a enfermagem.

O problema abordado focaliza o tema a partir das seguintes questões:

Qual o perfil de gênero, idade e grau de escolaridade dos casos de suicídio; em que contexto ocorrem os casos de suicídio; quais os possíveis fatores que

podem estar envolvidos? São fatores psicológicos, sociais, culturais? Qual a frequência em que esses casos acontecem? Qual o método de suicídio mais comum? Porém a questão principal da nossa pesquisa é: Que relação existe entre os casos de suicídio ocorridos nesse município e a sua causa *mortis*?

Nesse enfoque, o objetivo geral é caracterizar os casos de suicídio de um município do Rio Grande do Norte nos anos de 2007 a 2009. De forma específica queremos verificar a frequência dos casos de suicídios pelas variáveis; idade, sexo, profissão, estado civil, grau de escolaridade e método utilizado e avaliar a relação entre os casos de suicídio e a causa *mortis* de suicídio.

2 O SUICÍDIO: DEFINIÇÃO, CARÁTER E FATORES INFLUENTES

Estudar sobre os casos de suicídio e relacioná-los a problemas vivenciados pelas pessoas que o cometem requer a compreensão de diversos termos que estão ligados à saúde das pessoas, especialmente as questões que se voltam para a mente. É por isso que a construção de um referencial teórico que dê conta de tais conceitos deve trazer em seu corpo análises importantes acerca do suicídio e sua relação com os aspectos que caracterizam esses casos.

É possível perceber na literatura sobre o tema, várias análises e apresentações de fatores que estão associados aos casos de suicídio. O fato é que, não admite-se a ideia de que o suicídio ocorra sem que haja motivos. Há muitas patologias que atingem a mente e que podem ser associadas aos casos de suicídio. A definição da causa pode estar justamente associada ao tipo de suicídio, isto é, à caracterização dos fatos que ocorrem antes e depois da pessoa violar a sua própria vida.

O objetivo desta parte é definir o suicídio em seu próprio, caracterizá-lo a partir da ideia de que ele não ocorre por acaso, trata-se de algo pré-meditado pela pessoa que comete a ação contra a sua própria vida. De uma forma geral, pode-se compreender que esse desejo de morte está presente na mente e afeta o comportamento imaginário do indivíduo, imagina-se ser uma ação causada por pensamentos insanos, provavelmente ocasionados por conta de um problema mental no indivíduo.

A fim de destacar o termo e de compreender a sua complexidade discutindo e levantando questões respeito, nos empenhamos em estudá-lo tentando contribuir com os estudos realizados inserindo-os no contexto que envolve os estudos sobre a saúde da mente humana.

2.1 CONCEITUANDO O SUICÍDIO

Se analisarmos de forma breve e voltada para compreensão sentimental sobre as emoções causadas pelas ações suicidas, a proporção do nosso entendimento é compreendê-las como a trágica e intempestiva perda de vida humana.

O mais devastador e perplexo de tudo é que é representado por um ato da vontade da própria pessoa. Esta deseja morrer e quem fica, certamente tem em mente o pensamento de que naquele momento o suicida não pensou nas pessoas que o amavam, que o queriam vivo para usufruir de longanimidade vital por mais tempo. (SADOCK e SADOCK, 2007)

Durkheim (2004) coloca que para definir o suicídio, não devemos nos voltar apenas para o sentido literal da palavra, ou de acordo com as suas definições lingüísticas mais aceitas, é preciso compreendê-la a partir de caracterização investigativa, pois o mais importante não é defini-la com precisão, mas construir uma categoria de objetos fundamentada que levem em conta aspectos específicos dos casos que podem ser diagnosticados como suicídio.

Como um termo lingüístico, a palavra suicídio deriva do latim e significa: *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar, isto é, a morte de si mesmo. Os atos suicidas são definidos como comportamentos potencialmente autolesivos com evidência de que a pessoa pretendia se matar. (MELEIRO, 2004)

É um termo que segundo Sadock e Sadock (2007, p. 972) está intimamente ligado à palavra latina “autoassassino”. Esses autores conceituam o suicídio da seguinte forma: “é um ato fatal que representa o desejo de morrer”. Segundo a definição clássica de Durkheim (2004, p. 15), é “[...] chama-se suicídio toda morte que resulta, mediata ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima”. Porém, o mesmo Durkheim na mesma obra coloca que essa definição não deve ser considerada completa, pois há atos de morte que são cometidos dessa forma sem que sejam propriamente realizados na lucidez mental. Como exemplo disso o autor citado apresenta o seguinte exemplo:

O soldado que corre ao encontro de uma morte certa para salvar seu regimento não quer morrer, no entanto não é ele o autor de sua própria morte da mesma maneira que o industrial ou o comerciante que se matam para escapar da vergonha da falência? O mesmo se pode dizer do mártir que morre por sua fé, da mãe que se sacrifica pelo filho, etc. (DURKHEIM, 2004, p. 15).

Isso indica que há variedades de comportamentos suicidas, assim como pode haver diferentes caracterizações para o ato suicida.

O comportamento do suicida é classificado em três categorias: a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. Dizem os autores que apesar

de haver poucos dados disponíveis, alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre estas diferentes categorias. Assim, num dos extremos tem-se a ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre estes (MARIS, BERMAN E SILVERMAN, apud WERLANG, BORGES e FENSTERSEIFER, 2005)

Sadock e Sadock (2007, p. 972) confirmam essa separação das categorias dizendo que pensar em suicídio varia da ação da expressão acional de se matar, ou seja, há distinções entre pensar em suicídio e cometê-lo de verdade. Afirmam os autores que: “Algumas pessoas têm ideias de suicídio que nunca levaram adiante; outras planejam durante dias, semanas ou mesmo anos antes de agir; e outras ainda tiram a própria vida em um impulso, sem premeditação”.

Observa-se que há pessoas que são muito mais tendenciosas ao suicídio do que outras. Parece existir um grau de insanidade mental mais acentuado nas diversas categorias tratadas pelos autores. Pode-se até imaginar que aquela pessoa que planeja o suicídio durante muito tempo não tenha a mesma determinação para morrer que aquela que pratica a ação de forma momentânea. É possível que haja motivos mentais que diferem essas três categorias.

Além disso, também pode-se pensar nos casos de muitas pessoas que se entregam ao vício: drogas, alcoolismo que passam anos e anos no sofrimento até chegarem o dia de morrer, mesmo tendo consciência de que a causa do definho mortal é o vício. De certa forma, essas pessoas estão cometendo o suicídio. Ação esta que Sadock e Sadock (2007) a denominam de suicídio crônico.

O que se pode compreender é que o suicídio tem uma causa, que muitas vezes varia de pessoa para pessoa, de situação para situação. O que não se pode é retirá-lo do contexto de uma ação auto-provocada, um ato contra a vida que resulta em morte. Garcia Falconi (2003) o compreende como um fenômeno complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais e idades, e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais, psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais

Minayo e Souza (1998) enfatizam que o entendimento sobre o suicídio dentro da perspectiva dos comportamentos violentos é possível, desde que seja definido como a ação de um indivíduo, que ocasiona a sua própria morte ou afeta sua integridade física, moral, mental ou espiritual.

Qualquer que seja o resultado, se morte ou lesão, o que pode denotar é que o pensamento suicida é, em primeira instância, ocasionado por um sofrimento interior, quem sabe devido a fatores externos à vida ou também fatores internos. Sadock e Sadock (2007) ao analisarem os motivos de uma pessoa por fim ou tentar contra a sua própria vida afirma que os motivos variam.

Muitas vezes, pode ser visto para aquela pessoa como uma saída para um problema que está causando intenso sofrimento. Os autores citados anteriormente complementam esse pensamento com uma citação de Kay Redifield:

O sofrimento do suicida é privado e inexpremível, deixando membros da família, amigos e colegas para lidar com um tipo de perda quase insondável, assim como com a culpa. O suicídio traz como consequência um nível de confusão e devastação que está, na maioria dos casos, além da descrição (KAY REDIFIELD, apud KAPLAN e SADOCK, 2007, p. 972).

O que se pode constatar é que a ação suicida é algo ocasionada por sofrimento interno. Mesmo sendo apenas um pensamento que não se concretiza na ação, certamente há fatores que estão ligados para que haja esse pensamento. A especificação desses fatores. Estes podem estar associados à vida, à saúde. Por isso merecem ser compreendidos em sua dimensão mais específica para podermos chegar a um denominador comum sobre relação que existe entre a depressão e o suicídio. (MELEIRO, 2004)

Com base em tudo o que já foi exposto e fundamentando-se em Silva (1986), observa-se que a ação suicida afeta todos os aspectos da vida humana. É por isso que deve ser estudada, uma vez que leva-se em conta os componentes físicos, sociais, mentais que influem no desejo da pessoa por fim à sua própria vida. Ao defini-lo de uma forma geral, pode-se dizer que é uma ação pela qual alguém põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas.

2.1.1 Fatores de risco do suicídio

Como citamos anteriormente, a compreensão sobre os motivos que podem levar uma pessoa a cometer suicídio são muitos. Sistemáticamente pode-se falar em fatores psicossociais, biológicos, de personalidade, psiquiátricos, genéticos e de saúde. Cassorla (1998) nos auxilia nessa compreensão dizendo que não se pode

determinar com precisão a existência de uma causa para o suicídio. Trata-se de um fenômeno que é a culminância de uma série de fatores de ordem ambiental, cultural, biológica, psicológica, política, tudo isto acumulado na biografia de um sujeito. O estudo dos fatores acima elencados de forma unilateral levará, fatalmente, a resultados também unilaterais, que não conseguem compreender o ser humano, e mais especificamente o suicídio, em toda sua complexidade.

Sadock e Sadock (2007) ao introduzirem uma análise acerca dos fatores de risco do suicídio mencionam a importância de se observar o sexo, a idade, o estado civil, a ocupação, a raça, a região onde mora, enfim, diversos aspectos que se relacionam com outros elementos como a saúde física e mental da pessoa. Entre os indivíduos destacados como predispostos ao suicídio estão: os pacientes psiquiátricos com transtornos depressivos, esquizofrenia e outros. Porém, esses autores não descartam a influência dos fatores sociológicos, biológicos e genéticos, bem como os casos de pessoas que têm dependência química.

Mundialmente esses fatores são reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Manual de Prevenção do Suicídio (2006) como fatores e situações de risco. Segundo este manual os comportamentos suicidas ocorrem de forma comum em determinadas circunstâncias justamente devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Segundo a OMS, (2006, p. 4), geralmente esses fatores incluem:

- Estatuto sócio-económico e nível de educação baixos; perda de emprego;
- Stress social;
- Problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio;
- Trauma, tal como abuso físico e sexual;
- Perdas pessoais;
- Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias;
- Sentimentos de baixa auto-estima ou de desesperança;
- Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade);
- Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);
- Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos auto-destrutivos;
- Poucas competências para enfrentar problemas;
- Doença física e dor crônica;
- Exposição ao suicídio de outras pessoas;
- Acesso a meios para conseguir fazer-se mal;
- Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos).

Observa-se diversos fatores que se ligam a situações cotidianas e que podem ser classificadas, talvez, como motivos fúteis para a ação suicida. Porém, é preciso observar a relação entre essas situações e o estado psicológico da pessoa. Esses fatores são colocados numa ordem mundial, isto é, estabelece situações que podem ser compreendidas em uma ordem geral. Algumas delas talvez não estejam inseridas dentro do contexto dos suicídios que ocorrem no nosso país, assim como nos casos que ocorrem na cidade de Apodí. Porém, podemos perceber que muitas das situações se associam justamente à insalubridade mental, na qual se envolve a depressão e outros diversos transtornos que podem gerar o comportamento suicida.

No caso do Brasil, de acordo com texto do Manual de Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS, 2006) do Ministério da Saúde brasileiro os fatores de risco do suicídio se incluem em quatro grupos: transtornos mentais; sociodemográficos; psicológicos; e condições clínicas incapacitantes (BRASIL, 2006, p. 15).

No grupo dos transtornos mentais está inserida a questão da Depressão, que inclui também os transtornos de humor e ainda: nos quais se incluem a Depressão e outros como (BRASIL, 2006, p. 4):

- transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo);
- transtornos de personalidade (principalmente *borderline*, narcisista e anti-social);
- esquizofrenia;
- transtornos de ansiedade;
- comorbidade potencializa riscos, como a junção de alcoolismo e depressão (BRASIL, 2006, p. 4).

Há, portanto, uma gama de determinantes que se manifestam nas perturbações mentais, depressões graves, melancolias, desequilíbrios emocionais, obsessões, delírios crônicos, dentre outros quadros patológicos que se manifestam no ser humano. Considerando-se essa diversidade de transtornos, entende-se que o diagnóstico prévio, o cuidado e a atenção do profissional de saúde em observar e trabalhar a caracterização do comportamento daqueles que apresentam esses transtornos é essencial, pois é a ação prévia que pode determinar a prevenção do ato suicida. O estudo dos transtornos e a caracterização do comportamento contribuem para a desmistificação dos atos de prevenção que devem ser

preparados, tanto pela família como pelas organizações de saúde para diminuir as ações suicidas numa sociedade.

Apesar do Brasil, situar-se no grupo de países onde as taxas de suicídio são baixas, o município da pesquisa, por determinadas épocas tem se destacado como um lugar onde ocorrem muitos suicídios. É isto que nos leva a desenvolver tal referencial para relacioná-lo aos nossos objetivos de estudo, caracterizando esses suicídios e os destacando dentro de suas especificidades como possíveis fatos a serem trabalhados desde a atenção básica em saúde, especialmente pelo profissional de enfermagem.

2.1.2 Os diferentes tipos de suicídios e suas formas individuais

Por se apresentar como um fenômeno complexo, que inclui uma diversidade de causas para se consumir no fim da vida de uma pessoa e pela diversidade de fatores que o envolvem, o suicídio se torna também diverso em sua tipologia. São diversas as formas pelas quais o autor do ato utiliza para se auto-destruir. Na verdade, o comportamento auto-destrutivo é o último a ser manifestado pelos suicidas.

Para se chegar a uma tipologia do suicídio, novamente é preciso voltar à questão dos fatores e, considerar três teorias que são abordadas por diferentes estudiosos que se dedicaram a estudá-lo. O suicídio, por ser um ato de violência contra a própria pessoa, despertou o espírito de investigação de estudiosos ao longo dos anos. Segundo Frazão (2007, p. 28):

Ao longo da história da humanidade o suicídio sempre se apresentou como uma questão inquietante, fato que se deve a uma postura de perplexidade perante os mistérios da morte, mas sobretudo e de forma indissociável ao questionamento do sentido da própria vida. Estas questões surgem de forma manifesta nos discursos religiosos, filosóficos, legais e, mais tarde, científicos que atravessam a história da civilização humana.

Shikida, Gazzi e Araújo Jr (2006) enfatizam que algumas pesquisas indicam que o comportamento suicida acontece em famílias, sugerindo que fatores biológicos e genéticos desempenham papel de risco. Isso indica que existem pessoas que nascem com certas desordens psiquiátricas tal como a esquizofrenia e

o alcoolismo, o que aumenta o risco de suicídio. Esse pensamento se associa à teoria do suicídio numa perspectiva biológica. Mas também há o pensamento, como já vimos nos fatores de risco, que o suicídio pode ser causa de fatores psicológicos, isto é, ligado aos transtornos patológicos da mente, como a neurose: a depressão, a psicopatia e outros. Maia (2003), diz que na situação de imensa dor psíquica, a possível saída para a vida seria a autodestruição, na medida que põe fim à angústia avassaladora.

Émile Durkheim dedicou-se a estudar sobre o tema e em sua obra “O Suicídio” evidencia que o ato individual de um suicida pode ser assunto, tanto para a psicologia como para a sociologia. De acordo com Durkheim (2004) temos que fazer a passagem do fato singular para o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade. E, só assim, estará concluída a construção de seu “objeto *sui generis*”. Diz Durkheim (2004, p. 8) que:

Com efeito, se em lugar de apenas vermos os suicídios como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que demandam ser examinados cada um separadamente, nós considerássemos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, durante uma unidade de tempo dada, constata-se que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que ele constitui por si só um fato novo e *sui generis*, que possui sua unidade e sua individualidade, conseqüentemente sua natureza própria, e que, ademais, é uma natureza eminentemente social.

É desse pensamento do estudioso supracitado que deriva a teoria do sentido sociológico do suicídio. Para Durkheim (2004), socialmente o suicídio é um ato que se produz no marco de situações desorganizadas na mente, no ser, interiormente (anômicas), nas quais os indivíduos se vêem forçados a tirar a própria vida para evitar conflitos ou tensões inter-humanas. Nesse momento perturbado as situações são, para esses indivíduos, insuportáveis. Nesse sentido, a causa do suicídio só pode ser sociológica e se caracteriza por três tipos.

Segundo pesquisamos em Durkheim (2004) o primeiro tipo é o *suicídio egoísta*. Este tipo ocorre quando o indivíduo se encontra em um estado onde os laços entre ele e os outros na sociedade são fracos. Dessa forma, seu pensamento é que terminar sua vida terá pouco impacto para o resto da sociedade. A explicação mais clara dessa afirmação é que existem poucos laços sociais para impedir que o indivíduo se mate. Segundo o autor de “O Suicídio” os divorciados que se matam

estão entre estes que são egoístas, uma vez que o indivíduo se mata para deixar de sofrer. Entre estes estão também aqueles que dão fim à sua vida e colocam como motivo o fim de um relacionamento. O estado de egoísmo consiste em uma falha na integração, uma individualização excessiva com o meio social: o que há de social em nós fica desprovido de qualquer fundamento objetivo. Para o homem que se encontra nessa situação nada mais resta para justificar seus esforços e pouco importa o fim de sua vida, já que ele está pouco integrado com seu meio social.

O estudo de Durkheim sobre o suicídio egoísta debruça-se sobre estatísticas a respeito da sociedade religiosa, política e doméstica. Ele nota que esses três grupos possuem uma característica em comum: uma forte integração. A investigação do estudioso chega à compreensão de que o suicídio varia inversamente a essa integração dentro dos grupos e que quando a sociedade se desintegra, o indivíduo se isola da vida social e seus fins próprios se tornam preponderantes aos fins sociais. Dessa forma, o vínculo que nos liga à causa comum também nos liga à vida, não como necessidade de uma imortalidade ilusória, mas como uma razão de ser.

O segundo tipo definido por Durkheim (2004) é o *suicídio altruísta*. Este tipo se opõe ao egoísta. Nele o indivíduo está extremamente ligado à sociedade, tanto que não tem vida própria. Indivíduos que cometem suicídio baseado no altruísmo morrem porque acreditam que sua morte pode trazer uma espécie de benefício para a sociedade. Em outras palavras, quando um indivíduo está tão fortemente ligado à sociedade, ele cometerá suicídio independentemente de sua própria hesitação se as normas da sociedade o levarem a tal. Para explicar com mais clareza e comparar as situações do primeiro tipo com as do segundo, Durkheim (2004, p. 269) diz o seguinte:

Se, como acabamos de ver, uma individuação excessiva leva ao suicídio, uma individuação insuficiente produz os mesmos efeitos. Quando é desligado da sociedade, o indivíduo se mata facilmente, e também se mata quando é integrado nela demasiado fortemente.

É possível ainda perceber que o estudo de Durkheim registra a frequência desse tipo de suicídio nas sociedades denominadas por ele mesmo de primitivas. São sociedades em que os indivíduos encontram-se tão fortemente integrados que são sobrepostos pelo coletivo e por vezes sentem que têm o dever de se matar.

Para o indivíduo que se sente coagido a tomar tal atitude, há certo heroísmo que a sociedade espera dele (por exemplo, sociedades em que morrer de velhice é desonroso).

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

Há também a possibilidade dos indivíduos se virem sem importância ou oprimidos pela sociedade e preferem cometer suicídio. São atos que ocorrem também em regimentos militares muito tradicionais, como guardas imperiais ou de elite, por isto também pode ocorrer na sociedade contemporânea. Há casos ainda em que os indivíduos vêem o mundo social sem importância e sacrificariam a si próprios por um grande ideal. Baseados na ideia de Durkheim, alguns sociólogos contemporâneos têm usado esta análise para explicar os casos de kamikazes e dos homens-bomba.

Por fim, o terceiro tipo que é denominado de *suicídio anômico*. Durkheim (2004, p. 301) introduz a caracterização deste tipo de suicídio enfatizando que “É fato conhecido que as crises econômicas têm uma influência agravante sobre a propensão ao suicídio”. Depois, percebe-se que, o estado suicida propenso ao tipo é aquele em que existe uma fraca regulação social entre as normas da sociedade e o indivíduo, mais frequentemente trazidas por mudanças dramáticas nas circunstâncias econômicas e/ou sociais. Este tipo de suicídio acontece quando as normas sociais e leis que governam a sociedade não correspondem com os objetivos de vida do suicida. Este não se identifica com as normas da sociedade e a ação suicida passa a ser uma “válvula d escape”. Cita Durkheim (2004, p. 311) que:

Qualquer ser vivo só pode ser feliz ou até só pode viver se suas necessidades têm uma relação suficiente com seus meios. Caso contrário, se elas exigem mais do que lhes pode ser oferecido ou simplesmente algo diferente, estarão constantemente em atrito e não poderão funcionar sem dor.

As situações suicidas ocorrem justamente no sentimento de dor que se torna insuportável, tão fortemente insuportável que viver já não adianta. O autor supracitado também constata o tipo anômico nos suicídios entre divorciados por

representar um afrouxamento na regulamentação matrimonial. Outro fato que pode ocorrer nas situações anômicas é a divisão do trabalho social. Para ele há uma ligação forte nisso porque, neste caso, também existe a ausência de uma força reguladora por parte da sociedade. O trabalho deve gerar uma solidariedade e cooperação entre os indivíduos, mas às vezes, por alguma razão, a regulação deixa de existir ou é prejudicada, fazendo com que a solidariedade fique comprometida e que a sociedade mergulhe em um estado de anomia.

No entanto, é preciso compreender que cada suicida dá ao ato um cunho pessoal e a forma escolhida para se matar não pode ser explicada pelas causas sociais do fenômeno. Os indivíduos também podem apresentar dois dos tipos associados como causa determinante para o suicídio.

Durkheim (2004) indica que há formas individuais para cada tipo de suicídio, mas que também estas podem se associar no ato da consumação do fato. Assim, os tipos sociais expostos correspondem aproximadamente a tipos psicológicos: ao suicídio egoísta corresponde apatia e secundariamente melancolia; ao altruísta, energia passional ou voluntária e sentimento do dever; ao anômico, corresponde irritação, desgosto e como variedade secundária, queixas contra a vida etc. Há, ainda, a possibilidade de tipos mistos combinando os três tipos elementares.

Os estudos relacionados ao suicídio são atualmente de grande relevância. Isto porque além deste fenômeno ser considerado caso de saúde pública, segundo autores como Gideens (1971) poucos são os estudos realizados depois de Durkheim. É por isso que a caracterização de casos de suicídio tratada neste trabalho pode ser considerada como um fato que focaliza a evolução contínua dos estudos que podem identificar especificidades relevantes acerca do suicídio.

3 O SUICÍDIO E SEUS FATORES DE RISCO COMO CASOS DE SAÚDE PÚBLICA

Tratar da saúde das pessoas que se constituem como povo de uma nação é um ato imprescindível por parte das administrações públicas. É por isso que existem em cada país, as especificidades de patologias que podem ser tratadas como casos de saúde pública.

O suicídio, considerando seu caráter endêmico frisado por Durkheim (2004), pode ser considerado uma patologia pública. Aliás, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) como outras fontes teóricas como Botega *et al* (2006) e o Manual Dirigido a Profissionais da Saúde em Centros de Atenção Psicossocial (2006) consideram o suicídio, como um problema de saúde pública. Segundo Abreu *et al* (2010) essa consideração é viável por causa dos elevados índices e por causa das ações preventivas que são necessárias.

Por ser um fenômeno que pode estar associado a uma diversidade de elementos e contextos é algo complexo, que não envolve somente o ato suicida, mas também todo o conteúdo patológico que pode se associar a este fenômeno como fator de risco.

Podemos analisar que são muitos os fatores de risco, e quando se trata daqueles que estão ligados à saúde mental, há outras patologias que devem ser consideradas também como casos de saúde pública, justamente para que haja como prevenir a tentativa e consumação dos atos suicidas em uma dada sociedade.

Os fatores de ordem psíquica, isto é, os transtornos mentais são colocados pelos diversos autores como fatores de risco do suicídio. Considerando esse caráter de ligação entre o suicídio e os transtornos de ordem psíquica que se constituem como casos patológicos, nesta parte do trabalho destacamos questões referentes à atuação da saúde pública nas ações de prevenção do suicídio, justamente porque este é um dos caminhos a serem seguidos após a realização deste estudo.

Não nos dispomos a estudar as causas sociológicas, pois estas apesar de se relacionarem com o suicídio são dispensadas no trabalho, pois são tão amplas que tornam-se inviáveis de serem apresentadas. Aqui nos dispomos a caracterizar os transtornos psíquicos, em especial a Depressão, que é a enfermidade psiquiátrica com maior risco para o suicídio.

3.1 SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL

O suicídio vem sendo considerado como um sério problema de Saúde Pública, despertando interesse de pesquisadores no campo das mais diferentes ciências. Fenômeno complexo, o suicídio representa um assassinato, em que a vítima e o assassino são a mesma pessoa. (VIEIRA, 2008) É assim que podemos refletir quando imaginamos a cena de um corpo suicida.

É devido a essa caracterização do suicídio que a enfermagem não pode, portanto, ficar à parte do estudo destes fenômenos, já que os mesmos fazem parte do processo saúde/doença da população brasileira e de forma específica a do município envolvido nesta pesquisa.

Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidos e como se pode observar que o campo de nossa pesquisa tem altos índices de morte suicida, vale cada vez mais o interesse acadêmico para o estudo desses casos, visto ser esta uma possibilidade de entendimento maior sobre o assunto, o que pode gerar ações de diagnósticos cada vez mais precoces da Depressão que pode ser a causa relacionada a esses suicídios. (ANEGERAMICAMON, 2006)

No que concerne à inclusão do suicídio como um caso de saúde pública segundo BRASIL (2006) esta inclusão e o cuidado em se orientar a prevenção dos atos suicidas se dá justamente pelo fato do comportamento suicida ter ganhado impulso em termos numéricos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que em termos mundiais o número de mortes por suicídios, somente no ano de 2003 foi em torno de 900 mil. A maioria das pessoas que cometeram tais ações geralmente têm idade de 15 a 35 anos, o que indica que são jovens as pessoas mais suscetíveis ao cometimento de tais procedimentos (ABASSE *et al*, 2009).

Outro fato constatado pela OMS, segundo o Ministério da Saúde é que em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação. Os indicadores são de que, para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas. Estas, devido a tais situações podem desenvolver estados depressivos que também as levem à mesma ação suicida (BRASIL, 2006, p. 7).

Quando a ação suicida não se completa, há que se considerar que doenças podem surgir por meio disso, o que levou a OMS a constatar que 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020. (ABASSE, 2009)

Tudo isso implica em motivos fortes para que se inclua o suicídio no rol dos casos de saúde pública. O que significa também que o enfermeiro esteja atento às questões relacionadas entre depressão e suicídio, para no caso de necessidade, o mesmo saber estabelecer um diagnóstico prévio.

Outro fato interessante que torna relevante estudar e apresentar dados acerca do suicídio como um caso de saúde pública, é que com a reforma psiquiátrica e sua proposta de desinstitucionalização, as patologias mentais, entre elas a Depressão, passaram a ser tratadas de forma distinta. Criaram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecem os serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos com transtornos psicológicos e psiquiátricos. Na verdade, o diagnóstico pode ser estabelecido durante uma consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), espaço este onde o enfermeiro é o principal personagem para acolher, agir e organizar as ações de saúde, bem como até diagnosticar, uma vez que qualquer abordagem prévia ao consultório médico é feita pelos profissionais de enfermagem. Mas, depois do diagnóstico, as patologias mentais passam a ser tratadas nas unidades dos CAPS.

A grande preocupação é que muitos destes profissionais que atuam neste setor não foram capacitados e nem sequer tiveram aproximação com esta temática, assim, não têm o cuidado de trabalhar de forma adequada com os pacientes e nem fazer um trabalho que possa ser preventivo. Talvez, se houvesse essa prevenção, muitos casos de suicídio poderiam ser evitados. A realidade, porém, mostra que a única ação efetuada é a entrega pura e simples de medicamentos sem o cuidado de uma assistência integral ao doente mental.

Essa atitude assistencialista, que não se especializa em desvendar os fatores que contribuem para o comportamento depressivo ou mesmo para a investigação sobre os pacientes que são atendidos em UBS não prepara o profissional da saúde para enfrentar os problemas relacionados com a Depressão, que sendo um transtorno mental leva a cometer o suicídio, ato considerado extremo. Estas, sobretudo, são ações que, por causa das especificidades da insanidade mental devem ser planejadas, elaboradas e executadas de forma singular à cada caso.

Para Foucault (1997) a loucura é uma doença estritamente ligada ao desatino, apesar da Psicologia não colocá-la neste contexto. O referido autor diz ainda que quando a Psicologia nasce não é pelo movimento que deseja a verdade da loucura, que é o desatino, mas por um “movimento que dissocia a unidade tão característica ao Classicismo entre a loucura e o desatino” (FOUCAULT, 1997, p. 337).

Quanto ao tratamento dado ao louco, a partir dessa concepção do que seja a loucura e as ações por ela desferidas, estão sempre associadas a uma visão de moralizá-lo, interná-lo e nunca ouvi-lo ou acolhê-lo para poder melhor lhe compreender. Para Foucault (1997) somente com o tratamento e o estudo da cura das doenças nervosas é que a medicina se tornará em uma técnica privilegiada e que, enfim, estabelecerá uma ligação com a loucura, tão recusada pelo domínio do internamento. Serão com essas curas que nascerá a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico.

Como falamos de suicídio e neste estão inseridos também os fatores de risco, sua relação com o trabalho do enfermeiro, essa mesma relação dialógica, talvez seja o caminho para se estabelecer diagnósticos prévios de que o depressivo tem em mente o ato insano de suicidar-se, e assim, haver possibilidades de se ajudar, preparar a família ou o próprio doente evitar transtornos e traumas futuros para a sua família.

3.2 OS TRANSTORNOS MENTAIS COMO FATORES DE RISCO DO SUICÍDIO E COMO CASOS DE SAÚDE PÚBLICA

O suicídio é um problema com várias causas. É uma ação que está ligada a fatores biológicos e psicológicos associados ao contexto socioeconômico (MINAYO, 2006). É possível comprovar isso quando nos detemos em enumerar os diversos fatores de risco, são diversos os transtornos mentais que podem ser incluídos nesse contexto. Podemos até perceber que existem aqueles que mais se destacam.

Abreu (2010) ao destacar o suicídio, seus fatores de risco e a intervenção, faz menção de citar que estudos revelam taxas de tentativas de suicídio muito mais altas do que as de consumação do ato. A base dos estudos da autora revela que, elas são aproximadamente, dez vezes maiores do que o suicídio consumado. Isso indica que os fatores de risco do suicídio se manifestam, mas as intervenções

podem ocorrer de forma a fazer com que o ato não se consuma. Mesmo sabendo que o suicídio não é um gesto com mecanismos bem esclarecidos, são diversos os fatores de risco que requerem compreensão num complexo paradigma social e comportamental.

Souza, Minayo e Malaquias (2002) o comportamento suicida é visto como sendo o resultado final de um transtorno psiquiátrico e analisa o suicídio como resultado de uma doença/injúria, com enfoque fisiopatológico. Mas, os mesmos autores indicam que é necessário ter o conhecimento de quanto o biológico, a história de vida, as circunstâncias se relacionam e contribuem para que o comportamento suicida se desenvolva. Segundo Abreu (2010, p. 197):

Os fatores de risco mais importantes para comportamento suicida são: transtornos mentais os quais estão presentes em mais de 90% daqueles que cometem suicídio, antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias, problemas físicos, principalmente aqueles que causam invalidez e/ou dor crônica e situação social desfavorável, como pobreza e desemprego.

Abreu (2010) baseando-se em Morett, existem ainda, além dos fatores de risco mencionados anteriormente, outros problemas que podem influir no comportamento suicida. É o caso da ansiedade, impulsividade, transtornos de humor, transtornos afetivos, baixa auto-estima, sentimentos de desesperança e solidão, sofrimento intenso, frustrações, estresse, esquizofrenia, e psicopatologias em geral, que agravam a situação. Nesse nível destaca-se a depressão, que é fator de alto risco para suicídio, e que está cada vez mais presente na vida dos seres humanos, podendo encontrar-se desde etapas precoces da vida, como a lactância. É por isso que a Depressão merece atenção especial, quando se trata teoricamente dos comportamentos suicidas.

Muitos podem não acreditar que a Depressão influencia no suicídio, justamente pelo fato de nem todos os depressivos serem suicidas. Porém, é preciso considerar que existem os diversos casos de transtornos que podem ser entendidos como transtornos depressivos. Como a Depressão é uma doença que se associa ao estado psicológico da pessoa, não se pode descartar que haja uma relação estreita entre esta e o ato suicida. (MELEIRO, 2004)

Sadock e Sadock, (2007) destaca de forma clara a influência da depressão sobre o ato suicida, isto porque são diversos os tipos suicidas que se inserem dentro

de estados psicopáticos que também são diversos. Para diversos autores que discutem sobre o tema em questão os dois fenômenos: depressão e suicídio estão intimamente ligados.

Solomon (2002) mesmo reconhecendo que nem todos suicidas são depressivos e que nem todos os depressivos cometem suicídio, faz uma análise acerca da relação que existe entre Depressão e suicídio. Para esse teórico o suicídio pode ser um ato que coexiste com a Depressão, uma vez que querer morrer está associado a livrar-se do sofrimento. Quem tem Depressão sofre pela doença ou pelo problema que o levou a ela. Dessa forma, acabar com a vida seria acabar com todo o estado de sofrimento que assola a alma.

O que se pode compreender é que a Depressão, mesmo sendo uma patologia isolada da ação suicida, esta pode ser associada àquela pelo simples fato de que o depressivo sempre perde a vontade de viver por se sentir incapaz para isso. Como é uma doença que pode se tornar crônica, a Depressão acaba por influenciar no planejamento da ação suicida.

O termo “Depressão” deriva do latim “*depressione*”, cujo significado é “ato de deprimir” ou “abaixamento de nível”. Relacionada ao estado de saúde da pessoa, o sentido valorativo mental indica a baixa da auto-estima, tanto que revela-se como uma tristeza profunda. Na linguagem corrente o termo *depressão*, tem sido empregado para designar tanto um estado emocional (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (SOLOMOM, 2002)

Mesmo que a depressão esteja relacionada com uma combinação de fatores internos e externos, muitos especialistas a veem como uma doença de base biológica. Assim, a depressão pode ser causada por um desequilíbrio químico que afeta o cérebro. (MANETTI, 2007).

A patologia pode ter uma tendência familiar. Se algum dos seus parentes próximos tiver tido um tratamento para depressão, você pode ter herdado uma tendência para a doença. Muitos são os fatores indicados para a sua instalação no indivíduo: Dificuldades dentro de uma relação ou num caso de separação, ainda que seja por divórcio, morte de entes queridos, perda do emprego, dentre outros, são motivos que, de forma superficial podem ser contribuintes para o surgimento da depressão. (BAZZARELLA, 2003).

De uma forma mais sistemática e com visão científica, compreendemos que o conceito de Depressão se acentua e, ao mesmo tempo se amplia para um quadro

mental que influencia tendenciosamente no surgimento de várias outras patologias, bem como pode ser fator de risco para várias ações do indivíduo.

Greenberg (*apud Santos et all*, 2006) diz que a Depressão é uma doença frequente, incapacitante, crônica e onerosa. Observa-se que, além de diminuir e até incapacitar totalmente a pessoa, tal patologia ainda se torna crônica, sem cura e que incomoda, se torna um fardo pesado na vida da pessoa que a adquire.

De forma mais ampla, Sadock e Sadock (2007) trazem uma análise sobre a Depressão inserida no grupo dos transtornos mentais. Na verdade, a Depressão é agrupada aos transtornos de humor, sendo entendida como síndrome com um conjunto de sinais e sintomas persistentes. Esses transtornos podem surgir em maior ou menor grau, podem ser chamados também de transtornos bipolares.

Del Porto (1999) destaca que quando se trata de sintomas a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Já enquanto *síndrome*, esta patologia inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite), dentre outras.

Enquanto doença psicológica, o autor supracitado destaca que no decorrer da história a depressão tem sido classificada de várias formas. Isso significa dizer que conforme o ponto de vista adotado pelo autor ela varia de conceito. Porém, observa-se que na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia. (DEL PORTO, 1999). Para Galvão (2001. p. 56): “Depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza”.

Constatam-se, portanto, que há diversos quadros a serem considerados para poder se diagnosticar um caso real de Depressão para poder enquadrá-lo num desses casos de transtornos. O que se pode compreender é que, em se tratando de um transtorno, a Depressão traz mudanças significativas para o comportamento da pessoa, o que indica possibilidades de diversos atos estranhos a virem ser praticados. Incluem-se também nesses atos o suicídio. Entre as evidências

comportamentais que surgem no indivíduo citadas por Del Porto (1999) estão o retraimento social, as crises de choro e os comportamentos suicidas.

A Depressão pode ocorrer por diversos motivos. São fatores de ordem pessoal, biológica, psicológicos dentre outros. Sadock e Sadock (2007) colocam que no caso do transtorno bipolar, que é um dos tipos de depressão não há correlações entre fatores socioeconômicos nem culturais. Isso significa dizer que há casos de Depressão que podem ocorrer com pessoas de qualquer classe ou cultura.

Agora, quanto aos estados de convivência pessoal ou social sim, pode haver uma correlação, incluindo-se os estados conjugais. Dizem Sadock e Sadock (2007, p. 575) que “O Transtorno Depressivo Maior ocorre com mais freqüência em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas”. Fica claro, a relação que existe entre o bem-estar dos relacionamentos interpessoais com surgimento da patologia em uma pessoa.

Isso significa dizer que a pessoa acometida de Depressão pode apresentar comportamentos diversos, desde a tristeza, falta de apetite, de disposição, sonolência e incapacidade para autoavaliar. Como o ser humano pode agir e transformar situações que agradam o seu ego, a doença ataca justamente essa. Tudo isso implica na ação da pessoa com relação ao viver, inclusive pode desenvolver sentimentos melancólicos, apatias que levam ao suicídio.

Ao se destacar os transtornos mentais e em especial a Depressão, verifica-se a necessidade de adentrarmos ao espaço da intervenção, já que também esses transtornos são tidos como casos de saúde pública. Werlang, Borges e Fenterseifer (2005) a falta de conhecimento sobre o suicídio é apontada como uma das maiores dificuldades para que haja um trabalho ideal de intervenção nos comportamentos que podem ser indicados como fatores de risco.

A OMS (2006) alerta que o usuário do sistema de saúde com comportamento suicida apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez. Diante disso, observa-se a necessidade do profissional de saúde encontrar alguma forma de trabalhar essas características e assim aumentar o desejo pela vida, fornecendo, se possível, auxílio no momento do impulso suicida, que pode estar implícito num dos transtornos mentais que são citados como fatores de risco.

Acredita-se que, nesse sentido, a ação do profissional de enfermagem na intervenção é de grande relevância, pois ele está diretamente em contato com o usuário nos postos de atenção à saúde pública de baixa, de média e até de alta

complexidade. Abreu (2010, p. 198) sugere que “a intervenção indicada é a realização de acompanhamento desses indivíduos com risco para suicídio, desmistificando o significado que o ato representa para o usuário”. Dessa forma, acompanhar significa passar por processos diversos de análise, avaliação, orientação e percepção dos comportamentos que se inserem no quadro de fatores de risco.

Entretanto, há um aspecto de importância primeira quando se trata de trabalhar as questões relacionadas ao suicídio diretamente com os usuários. Um dos primórdios a serem utilizados relaciona-se com as questões éticas. Angerami-Camon (2006), ao relatar momentos de sua prática profissional como coordenador do atendimento de pessoas que tentaram se suicidar detecta aspectos negativos acerca do ato suicida, principalmente quando se refere às determinações do Código Penal, do jugo moral que é analisado a partir dos valores pessoais do ato em si.

Diz o autor supracitado que geralmente a caracterização era feita como se essa tentativa de acabar com a própria vida fosse tolerável por instrumentos e meios contundentes. Não se considerava a dor e as implicações emocionais vividas pelos pacientes, esses aspectos nem faziam parte da anamnésia realizada pela instituição. Ninguém nunca analisou a história de vida dessa pessoa, mesmo de forma ética, para saber o porquê esta recorreu a sua própria destrutividade. O autor continua sua fala dizendo que há nos profissionais de saúde um jugo moral que é inadmissível, pois os mesmos não escutam a voz daquele que sofre em uma cama por causa de duas dores: a dor emocional que causou o ato de tentar se suicidar e a dor causada pela forma que foi usada.

Há, nesse discurso de Angerami-Camon (2006) a ideia clara de que o profissional de saúde tem que trabalhar eticamente, mas essa ética não está direcionada a um jugo moral. Vemos que o autor sugere a intervenção, na qual o profissional possa conversar, analisar, registrar a história emocional para que esta possa servir de base para uma proposta válida de intervenção.

Acreditamos que uma das formas mais organizadas de se iniciar essa intervenção é a partir da caracterização dos casos de suicídio que já estão registrados, pois é isto que pode balizar ações mais contundentes no sentido de se prevenir ações suicidas futuras.

4 METODOLOGIA

Toda pesquisa se enquadra numa das qualificações aceitas pelos teóricos quanto à sua classificação específica. Segundo Lakatos e Marconi (2008) essa especificação metodológica, não somente abrange o tipo de pesquisa a ser realizada, mas abrange maior número de itens possíveis de responder questões que se ligam à forma de desenvolvimento, ao que este sendo investigado e à quantidade de indivíduos. Isso corresponde aos métodos de abordagem utilizados, aos procedimentos e técnicas, a qualificação e delimitação do universo da pesquisa e o tipo de amostragem.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Ao analisar a visão de Lakatos e Marconi (2008) chega-se ao entendimento de que, para caracterizarmos a nossa pesquisa, precisamos analisá-la segundo observação desse conjunto de caracteres. Considerando isso, vemos que o nosso estudo se insere numa abordagem descritiva e exploratória de caráter quanti-qualitativa, acrescentando-se ainda elementos da pesquisa documental retrospectiva.

Descritiva e Quantitativa por incluir uma avaliação a ser mensurada por meio de estatística descritiva e por essa avaliação necessitar da mensuração dos dados sobre os casos de suicídio destacando índices estatísticos, documental retrospectiva pelo fato de incluir e verificação de documentos registrados em períodos anteriores. E qualitativa porque pretende avaliar a relação entre os casos de suicídio e o diagnóstico prévio da depressão. Lakatos e Marconi (2008) afirmam que a abordagem da pesquisa quantitativa utiliza-se de ferramentas estatísticas para análise dos dados.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Para a realização desta pesquisa o município selecionado está localizado na Região Oeste do Estado do Rio Grande do Norte, por apresentar um número elevado de casos de suicídio. Tiveram como locais dois cenários. O primeiro cenário

foi o Instituto Técnico e Científico de Polícia (ITEP), já que todos os casos de suicídio são registrados neste Instituto. O segundo cenário de pesquisa foram as residências de familiares de vítimas de suicídio do referido município.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A primeira população da pesquisa foi verificada nos registros de suicídio do Instituto Técnico e Científico de Polícia (ITEP); a segunda população envolvida foram os familiares das vítimas de suicídio, os quais se dispuseram a nos fornecer informações sobre o a história do comportamento da primeira população verificada. A amostra foi realizada com os 10 casos ocorridos entre o mês de janeiro de 2007 e dezembro de 2009.

Ao nos direcionarmos ao ITEP para observarmos os registros de suicídios fomos bem recebidos. Quanto à justificativa para o estudo, foi tratada como positiva pelos próprios profissionais do referido Instituto, pois também ficaram surpresos diante de tantos casos de suicídios no município estudado. O objetivo principal da nossa visita no ITEP foi identificar aspectos referentes ao registro de dados das vítimas de suicídios como causa *mortis*.

No que confere à realização das entrevistas, todas as dez famílias selecionadas aceitaram de bom grado contribuir com a pesquisa. Aliás, antes da seleção, tivemos o cuidado prévio de entrar em contato com todas as famílias dos casos registrados para saber da disponibilidade em colaborar com nosso estudo.

Enquanto isso, algumas famílias, incluindo-se algumas que não havia registro no ITEP, mas apenas no hospital regional, nos procuraram para colaborar com o estudo. No entanto, nem todas foram possíveis de ser incluídas pelo fato de existirem critérios de inclusão previamente definidos no projeto de pesquisa.

Os critérios de inclusão para a seleção desses familiares foram os casos de suicídio ocorridos entre os anos de 2007 e 2009, e entre estes os casos mais antigos, pois a intenção foi trabalhar apenas com aquelas que possivelmente já superaram a perda; familiares maiores de 18 anos e menores de 70 anos; que estivessem de posse plena de suas faculdades mentais; não estivesse hospitalizado, preso ou interno de alguma instituição corretiva ou para tratamento ou de qualquer outro fim; tivesse um grau de parentesco aproximado: pai, mãe, irmão, irmã, tio, tia, sobrinho, sobrinha; disponibilizar-se a participar da pesquisa sem

nenhum constrangimento; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4.4 INSTRUMENTO

Para atingir os objetivos da investigação foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados um do tipo registro de dados, realizado no Instituto Técnico e Científico de Polícia (Apêndice C) e um formulário estruturado com dados de identificação da amostra e questões relacionada à temática a ser aplicado aos familiares das vítimas de suicídio.

Durante as entrevistas, todas as perguntas foram apresentadas, porém, o formulário apresentado pouco ajudou na coleta de dados interessantes. No decorrer da conversa com os entrevistados, os fatos que surgiam nos faziam perceber a necessidade de deixar o familiar entrevistado falar espontaneamente, acrescentando assim fatos de grande relevância para o estudo e o alcance dos objetivos definidos.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A partir da ideia de coletar os registros de suicídio no ITEP, fui sozinha ao referido departamento, onde Levy, funcionário do instituto, me apresentou os livros de registro, afim de que eu observasse esses registros. Neste momento, a seleção dos casos foi feita aleatoriamente, ou seja, observamos muitos casos, depois selecionamos apenas os que foram ocorridos no período designado para a amostra.

Com os casos ocorridos entre os anos de 2007 e 2009, partimos para as visitas às famílias. A cada visita líamos o termo de consentimento, a partir do qual os parentes tinham a liberdade de dizer se aceitavam ou não ser entrevistados. Todas as famílias se dispuseram a realizar a entrevista de forma aberta, uma vez que, comigo existia uma pessoa me acompanhando por questões de demonstrar os endereços corretos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética da Facene/Famene e a coleta e análise de dados foram realizadas após a aprovação do mesmo e

solicitação de autorização ao Diretor do Instituto Técnico e Científico de Polícia – ITEP Mossoró RN (Apêndice A). Protocolo N°: 212/10

Todos os procedimentos foram realizados em conformidade com a legislação vigente acerca da ética em pesquisa com seres humanos. A base foi a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem.

Além da ética lançamos mão de outros atributos pessoais necessários nesta pesquisa, dentre eles o respeito pelo próximo, pela sua dor, a delicadeza e a compreensão que fazem parte do rol da ética das virtudes. Esses atributos foram necessários devido à natureza singular da temática.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Logo após a coleta dos dados, apresentamos a análise dos mesmos confrontando-os com os objetivos propostos. Para isso, utilizamos o método qualitativo e quantitativo. Qualitativamente destacamos a história relatada por cada familiar no ínterim da entrevista, para após fazermos a análise de cada caso, destacando o tipo de suicídio. Os dados qualitativos são representados por gráficos e/ou tabelas e discutido a luz da literatura pertinente, a qual foi exposta no referencial teórico abordado nos capítulos 2 e 3.

4.8 FINANCIAMENTO

A pesquisa aqui apresentada não teve financiamento algum por parte de qualquer órgão ou instituição, sejam estes privados ou públicos. É, portanto, um estudo que tem a completa responsabilidade da pesquisadora participante.

Quanto ao fornecimento de material bibliográfico, a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança não se isentou desta responsabilidade por meio de sua biblioteca, porém houve alternância entre pesquisadora e Universidade no que concerne à junção de referências necessárias.

No que se refere à orientação e avaliação do trabalho a Faculdade também foi responsável pela oferta de orientadora e formação de banca examinadora.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Considerando os dados colhidos no livro de registros do ITEP e por meio das entrevistas realizadas com os familiares da população pesquisada, nos dispomos a construir um histórico de cada caso de suicídio pesquisado, para podermos nos deter nas particularidades apresentadas em cada história e, através disso, caracterizar os tipos de suicídios pertinentes.

Como forma de proceder eticamente, utilizamos uma denominação diferente da real. As vítimas de suicídio terão nomes de flores, justamente para atender ao pedido de algumas famílias que evidenciaram o desejo de não se identificar e também pelo fato de atendermos as normas da instituição acadêmica envolvida no estudo.

Esses procedimentos estão voltados para as diretrizes definidas no projeto de pesquisa apresentado e aprovado pela FACENE, que é a instituição responsável pela nossa formação e obtenção do título de graduação em enfermagem.

5.1 REGISTRO, HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO DOS SUICÍDIOS QUANTO AO TIPO

5.1.1 História e tipo de suicídio de Flor Jade

Segundo os dados do ITEP, Flor de Jade era casada; tinha 49 anos; tinha filhos; era do lar; de cor branca. O método utilizado foi ingestão de substância caustica (ácido muriático).

Seguimos a sequência de perguntas do formulário de entrevista (Anexo ...) e quem respondeu foi uma sobrinha da vítima.

Perguntamos sobre o diagnóstico de transtorno mental e a resposta foi a seguinte: “Depressão, tinha!”. Depois perguntamos se tomava alguma medicação. A resposta foi a seguinte:

Tomava, tomava. Olhe como a gente perdeu o contato com ela, depois eu...ela...voltou novamente pra o esposo e que ele passou a viver com ela nós não sabemos que remédio ela tomava, nem a quantidade, só sabemos que ela fazia isso, agora de quantidade não sabemos.

Sobre ter abandonado o tratamento, a sobrinha de Flor de Jade nos repassou as informações expressas abaixo:

Ela não...agente tem conhecimento que ela não fazia esse tratamento correto. Ia pra médico, mas tomava assim...tomava a medicação, mas não regular, entendeu? Então: um dia tomava, outro dia não tomava, outro dia tomava demais. Esse conhecimento a gente tinha, que não era a medicação é...é...direita. Né?: controlada. Era descontrolada essa medicação. E a gente não tem certeza que ela ia pra nenhum médico não, que ela tinha um médico certo pra ir. Teve um tempo atrás, quando ela ainda estava casada, antes da separação, que ela fez um tratamento com um psicoterapeuta familiar que era... Mas isso depois acabou, não fizeram mais o tratamento. Aí voltou tudo novamente.

Pelo que se pode observar, houve um diagnóstico de transtorno, a depressão. Porém, a vida de Flor de Jade era tão confusa, ou talvez, a relação com a família não fosse próxima a ponto de todos saberem realmente se havia um tratamento adequado e um apoio quando este era alterado e até interrompido. Com isso, fica claro o uso de medicamentos de forma inadequada, o que certamente contribuiu para que a cura não se realizasse, ao contrário, os desequilíbrios evoluíram ainda mais.

Quanto a falar em se matar, a Sobrinha de Flor de Jade diz:

Não... ela nunca comentou não. Ela, quando ele se separou dela a primeira vez que ela estava em Natal, ele foi lá dizer que ia se separar dela, ela na casa do meu tio, ela pra chamar a atenção toda da família, ela tentou enrolar o pescoço no punho de uma rede. Mas num era um momento dela querer se matar. A gente achou que aquilo era mais pra ela chamar a atenção pelo que estava acontecendo naquele momento, porque tava todo mundo presente, num tava só ela. Então ela foi, pra chamar a atenção pra ela, ela foi cometeu isso. Mas assim, falar em...ela só dizia muito que não deixava os dois filhos dela para ele criar. Isso a gente sabia que ela dizia. Mas ter tentado, uma vez, alguma vez não. Tanto que foi uma surpresa, algo que minha mãe só soube realmente o que tinha acontecido depois que ela foi enterrada. Até o momento, para a minha mãe tinha sido uma parada cardíaca por problema de asma, porque ela era asmática, tinha crises muito fortes. Várias vezes foi internada. Então até o momento do velório minha mãe pensava ser uma parada cardíaca.

Sobre outras tentativas de suicídio, a história é:

Não. Só essa lá em Natal, mas a gente achou que não foi uma tentativa de suicídio, porque tava todo mundo lá, tinha muita gente dentro da casa: os

filhos dela, meu tio. A gente achou que foi mais uma “chamada de atenção”, certo? É que ela não se enforcou, ela só inventou de se enforçar.

O depoimento da sobrinha da vítima revela algo interessante: mesmo que tenha sido determinado o suicídio no caso de Flor de Jade, o aviso da primeira tentativa é desconsiderado. É bem verdade que há os casos de tentativas de suicídio que não se consumem. Porém, há de se considerar vários aspectos para este fato. Entre estes está o de que se for alguém com transtorno mental, pode ter passado por tratamento contínuo e desviar a atenção, isto é, se imunizar, como diz Durkheim (2004).

No caso em análise, não se pode desconsiderar a primeira tentativa, mesmo tendo sido realizada na frente de outras pessoas, não foi somente uma ameaça, mas um sinal de que ela estava chegando ao limite, um fator de risco para o suicídio. Além disso, a atitude de tentar se enforçar com os punhos da rede na frente de todos, já indica um desequilíbrio emocional.

No que se refere a alguma comunicação deixada acerca da decisão de por fim à vida, segundo a sobrinha de Flor Jade:

Nada...nada. Até agora não foi...primeiro de tudo, se deixou ninguém sabe porque nós não podemos entrar no apartamento né? Ele trancou, ele não permite a nossa entrada lá. Quem ainda tem contato de poder ir para lá é uma esposa do meu tio, que tinha contato com ela, então ela ainda entra, mas a gente não

Nesta última questão, fica clara a distância entre os familiares da vítima de suicídio e o seu esposo. A conversa da sobrinha é repleta de lacunas que evidenciam esse fato. Também fica evidente que haviam muitos problemas no casamento de Flor de Jade, pois as atitudes do marido, na forma como são descritas pela sobrinha, não condizem com o caráter de um casamento feliz. Ela deixa claro que a relação não era nada boa. Mesmo não deixando nenhuma comunicação, é possível se imaginar que existam ligações entre a vida conjugal e o ato suicida.

Diante de todos os aspectos que qualificam o caso apresentado, concluímos que as características que o identificam levam-nos a concluir que trata-se de um caso de Suicídio Egoísta. Em conformidade com os estudos de Durkheim (2004), o indivíduo que se encontra distante dos outros, com os laços entre ele e a sociedade

quebrados, no seu pensamento a sua morte nada vai causar de impacto aos outros. Este caráter é visível no depoimento da sobrinha da vítima.

Além disso, os estudos de Durkheim (2004) também deixam evidente que o suicídio egoísta ocorre muito entre o público feminino casado, ou seja, as mulheres casadas, mesmo as que têm prole, pela condição cultural de desigualdade entre elas e os homens, parecem não ter tanta imunidade contra esse tipo de vontade de morrer. Às vezes, os divorciados se matam porque se acham sozinhos, eles estão entre o público mais comum do suicídio egoísta. No caso de Flor de Jade, há aproximação dessa tese, pois já tinha ocorrido uma separação conjugal, havia uma reconciliação, mas pelo que parece a infelicidade continuava.

Esses elementos, associados ao transtorno mental que a vítima vivia acabou por ocasionar no principal fator de consumação do ato suicida. Esta é a conclusão mais próxima que conseguimos construir a partir dos dados levantados sobre o caso de Flor Jade.

5.1.2 História e tipo de suicídio de Flor Lírio

Segundo os dados obtidos no ITEP, este senhor era casado, tinha 60 anos; tinha filhos; agricultor; de cor branca. Utilizou como método o enforcamento por corda.

Quanto ao resultado da entrevista, seguimos a mesma sequência do formulário pré-estabelecido. A pessoa entrevistada fazia parte da família, porém não era parente de sangue, por isso muitas vezes se refere ao nome pelo qual o suicida era conhecido. Começamos perguntando sobre o diagnóstico de transtorno mental. A resposta foi a seguinte:

Não, agora assim, quando ele se mudou pra esse bairro a gente sentiu que ele já veio meio depressivo. Por que na verdade a morte de Flor Lírio foi depois que ele perdeu tudo materialmente, ele era um homem muito rico, e eu acho assim, os filhos não souberam administrar a riqueza de [...], gastavam muito, se dessem cheque alto ele cobria. Depois que ele ficou em uma situação financeira muito ruim, a gente sentiu que ele estava mais calado, mas a gente ia lá pensar isso. Hoje sou técnica em enfermagem, mas na época eu não sabia como conversar com ele, ia direto ao assunto, perguntava tá com depressão? E ele disse não, só tou triste, não tenho mais motivo pra sorrir, e a gente só veio saber da depressão depois que ele morreu.

O depoimento indica que apesar de não haver um diagnóstico médico de depressão, as evidências de que realmente Flor Lório estava vivendo sufocado pela depressão existem. Porém, segundo a entrevistada: ele “não tomava remédio”, nem fazia tratamento algum.

Quanto a falar com alguém sobre querer se matar, Flor Lório nunca falou de forma clara, segundo o depoimento colhido a história aconteceu assim:

Só uma vez que ele mandou um homem comprar umas balas. Um dia um homem veio avisar a uma filha dele que ele tinha mandado comprar umas balas, aí a gente reuniu os filhos. Eu era muito assustada, sabe assim, eu era pobre e entrei na família deles que eram bem conceituado e de repente eu via eles pobre. Eu dizia: gente isso daí é porque Flor de Lório tá ficando pobre! Eles achavam que era coisa da minha cabeça. Ai eu disse, gente ele mandou comprar umas balas é bom os filhos ir lá conversar com ele. Aí os filhos foram. Mas aí ele disse: não meus filhos é porque eu abro aqui meu comércio de madrugada eu tenho que tá armado, se um malandro chega aí...E com essa conversinha enrolou todo mundo. Mas só que a gente pediu a esse homem pra ele dizer que não achava essas balas. Mas, as balas já era pra ele se matar. Porque ele queria uma morte rápida.

Como podemos observar, não havia um comentário claro sobre a vontade de se suicidar, porém, o interesse em comprar balas – comportamento incomum na vítima – deixou a família intrigada.

Já quando se trata de tentativas, novamente a entrevistada repete a história das balas, acrescentando que existiram momentos em que Flor Lório até tentou consumir o fato, mas não conseguiu porque se embriagou e dormiu. Vejamos o depoimento:

Teve um dia que ele bebeu pra se matar, só que ele num era acostumado a beber e quando viu só chegando gente lá no comércio e ele bebendo, se embriagou e dormiu. Mas no bilhete que ele deixou pra família, ele deixou claro que ia ser naquele dia que ele dormiu bêbado.

Diante do depoimento exposto, fica claro que já havia, na mente de Flor Lório, uma pré-meditação do suicídio, confirmando assim a ideia já apresentada em partes anteriores deste trabalho de que a maioria dos casos de suicídio são pré-meditados.

Ao perguntar sobre alguma comunicação deixada por Flor de Lório antes de se matar, o depoimento da entrevistada foi longo. É neste depoimento que se revela todo o sentimento guardado por ele antes de morrer. Os detalhes revelados deixam claro o desgosto que Flor Lório vivia. Vejamos:

Ele deixou um bilhete que dizia assim: [...] (o nome da mulher dele), vou morar mais mamãe e meu filho; que era [...] que morreu do acidente. Pensei cento e vinte dias, mas só hoje tive coragem. Aí lá nesse bilhete ele destacou... O que me impressiona é a frieza que Flor de Lírio teve... ele pegou o calendário e tirou o mês de abril, destacou, circulou o dia que ele tava se matando, colocou a hora, grampeou nesse bilhete e tirou...que ele gostava muito de ouro...tirou as pulseiras de ouro, o relógio, o cordão e colocou grampeado com esse mês de abril, com o mês, a data e a hora. E em outro caderno ele deixou tudo que ele devia e todos os nomes das pessoas que deviam a ele...aí...guardou isso na gaveta, fechou o comércio, foi para o outro depósito, pegou uma geladeira e botou no meio da porta, porque se você chegasse na porta da frente você via o final. Então, o que foi que ele fez, ele pegou uma geladeira colocou na frente da porta, que quando você abria a porta não via lá no fundo – que a geladeira impedia – essa geladeira, fechou, botou na frente da porta pra que quando abrisse ninguém visse e foi lá pra dentro e bichinha, tudo, tudo pensado assim nos mínimos detalhes, mediu a corda... É como se ele tivesse descido e voltado pra botar porque viu que não ia ficar pendurado, foi questão de dez minutos porque quando a filha chegou lá pra deixar uma garrafa de café pra ele, o homem disse olhe ele acabou de entrar aí. Então assim foi tudo muito premeditado. Pelo prazo que ele disse que tava pensando, que era os cento e vinte dias. Aí a gente contou com o porre que ele tomou e com os dias que ele mandou o homem comprar as balas... Ele mandou o homem comprar as balas num dia, aí com cinco dias mandou de novo. Do primeiro dia que ele mandou comprar as balas, então assim, do primeiro dia em que o homem veio avisar das balas até o dia que ele se matou dava justamente isso. Ele começou a pensar de janeiro.

É a partir deste depoimento que podemos caracterizar o tipo de suicídio aplicado. Considerando todos os tipos de suicídio apresentados por Durkheim (2004) e verificando que há um tipo no qual os estudos desse autor identificam as crises econômicas como fator que influencia diretamente no ato suicida não há dúvida de que a caracterização dada ao suicídio de Flor Lírio é a anômica. Durkheim (2004) assegura que estes casos de suicídio ocorrem quando a pessoa passa por mudanças dramáticas nas circunstâncias econômicas e/ou sociais. É visível no depoimento da entrevistada, quando cita exatamente essa mudança na vida de Flor de Lírio. Portanto, não há dúvidas de que o tipo cometido por Flor de Lírio foi o suicídio anômico.

5.1.3 História e tipo de suicídio de Flor Orquídea

Segundo dados do ITEP Flor Jade era solteira; tinha 36 anos; não tinha filhos; o grau de instrução era ensino médio incompleto; vendedora. O método utilizado foi enforcamento.

A entrevistada foi uma irmã da vítima. O depoimento desta familiar iniciou-se respondendo a pergunta sobre o diagnóstico de transtorno mental, como constava no formulário. A resposta foi a seguinte:

Não mulher... Assim! Foi descoberto que ela tava com pneumonia. Ela fez seis meses de tratamento, por sinal tava faltando duas semanas para concluir o tratamento no Centro de Saúde. Eu acho que a depressão aconteceu desde quando Flor Orquídea descobriu que tava com a pneumonia. Sobre o tratamento, até eu conversei com as meninas lá e já tava praticamente concluído. Mas eu acho que ela se preocupou... Aquilo até com vergonha das pessoas saberem. Tinha uns colegas meu que trabalham no Centro de Saúde que falaram pra mim que quando ela via eles lá, quando ela ia receber a medicação, ela só fugia, fingia que não estava lá pra pegar. Ela tinha vergonha. A carteira do Centro de Saúde ela me mostrou somente uma vez e disse: olhe [...] tá faltando duas semanas pra Dona [...] concluir o tratamento, mas ela evitava. Então eu acho que surgiu daí.

Novamente observa-se um caso em que a vítima não tinha o diagnóstico médico do suicídio. Porém, fatores associados ao estado de saúde dela e ao pensamento depressivo são evidentes.

No que concerne a tratamento para a depressão, não havia, pois não tinha um diagnóstico médico. A resposta às perguntas 2 e 3, referentes a esse aspecto têm a seguinte resposta:

Na verdade a gente não sabia que ela tava depressiva porque aparentemente tava tudo bem. Ela conversava com você, era uma pessoa muito feliz, viajava muito, só que uma coisa foi juntando com a outra. Ela frequentava uma igreja e quando aconteceu, chegou gente e falou pra mim assim, que ultimamente ela chegava na igreja e só chorava. O pastor pedia oração que ela tava depressiva... Quer dizer, podia ter vindo conversar com a gente. Porque se uma pessoa tivesse vindo conversar com a gente, talvez tivesse sido diferente, não sei, mas talvez tivesse sido.

Há um lamento óbvio na fala da entrevistada em não poder ter ajudado à sua irmã a se tratar da doença, isto é, da depressão que depois da sua morte fica evidente. É até comovente perceber que se os familiares tivessem conhecimento do estado de Flor Orquídea, provavelmente teriam investido num tratamento que viesse a render alguns resultados positivos para evitar o fato. Porém, Flor Orquídea parece ter interiorizado seu sentimento de tal forma que ninguém percebeu seu comportamento desejoso da morte. Tanto que nunca nem mencionou ter vontade de morrer. Ao perguntarmos se já tinha tentado se matar outras vezes a sua irmã foi

enfática ao responder: “Não, não, não... Ela só tinha planos pro futuro. Aí eu acredito que foi um momento de fraqueza que ela não revelou pra ninguém”.

Outro fato foi que ela não deixou nenhuma comunicação explicando o motivo de querer acabar com a sua vida. Quanto a esse fato, sua irmã responde: “Não é do conhecimento da gente. Até a gente procurou no dia, sabe, agente não encontrou nada”.

Mas, o depoimento extra da irmã revela muito do seu comportamento nos últimos dias antes de acontecer o fato. Vejamos:

Ela frequentava a Igreja Universal do Reino de Deus. Eeee...depois...foi aí que a gente soube que o pastor tava dando a mais de uma semana orações... Uma semana de oração pra Flor Orquídea porque estava depressiva. Disse que tinha perdido o gosto de viver, aquela coisa, mas tudo depois do acontecido. Até eu não gostei porque no dia ele esteve aqui e não conversou com a gente. Ela se enforcou com os cordões de rede.

Analisando o depoimento percebemos claramente que havia um problema perturbando a mente de Flor Orquídea. Imagina-se o seu sofrimento, embora envolvido numa camada de orgulho fútil pelo fato de ter vergonha da doença que então lhe acometia. Todo o relato da irmã revela esse inconformismo com sua condição naquele momento. Aliás, de acordo com Angerami-Camon (2006, p. 158) “Ao lado do sofrimento envolto no ato do suicídio e, por assim dizer, de outras formas de violência, sempre está subjacente um nível de inconformismo com os aspectos da própria condição humana”.

No caso de Flor Orquídea, a sua condição era se sentir, talvez sozinha, desesperada pelo fato de estar acometida de uma doença que ela não desejava de forma alguma. Isso foi para ela um momento trágico que o seu interior não suportou. Nesses casos, Durkheim (2004) denomina de estado egoísta por causa de um acontecimento pelo qual a pessoa se desliga da sociedade. É um tipo de suicídio que segundo Durkheim (2004, p. 281) é constituído “por um sentimento de lassidão incurável e de sombrio abatimento [...] exprime um esmorecimento completo da atividade, que, não podendo ser empregada de maneira útil, desmorona”. Dessa forma, a caracterização do suicídio cometido por Flor Orquídea não foge aos elementos que compõem o suicídio egoísta, uma vez que claramente houve um desmoronamento momentâneo no gosto pela vida após ela saber que estava doente.

5.1.4 História e tipo de suicídio de Flor Bromélia

Segundos os dados do ITEP, Flor Bromélia era solteira, tinha 31 anos; tinha filhos; era do lar e se matou por enforcamento, sendo, portanto, a sua causa *mortis* o suicídio. O mais interessante é que o acontecido foi no dia do aniversário dela.

O familiar que se dispôs a nos prestar as informações sobre o caso foi uma irmã. Tendo como base o roteiro do formulário de entrevista, iniciamos perguntando se a vítima tinha algum diagnóstico de transtorno mental, se tomava medicamentos e se tinha abandonado esse tratamento por algum momento. As respostas, respectivamente foram: “Tinha, ela tinha depressão [...] tomava remédio [...] por que assim, porque ela tomava, mas ela bebia, ela não respeitava, sabe.” Esclarecendo o que nos disse a entrevistada, a vítima tinha depressão, se tratava, mas não tinha um controle adequado para o tratamento.

Seguindo o formulário, perguntamos também se ela já tinha falado em se matar ou se já tinha tentado outras vezes. A resposta da irmã foi que: “Ela, ela sempre tentava, ela tomou um monte de remédio aí fez lavagem. Ela já tinha tentado outras vezes [...] Umás três vezes...”.

Este caso, já começa a se distinguir dos demais que já foram analisados pelo fato de existir uma situação clara, pela observação da família e pela forma como a vítima expressava a vontade de por fim à própria vida. Semelhante ao caso dela somente o de Flor Lírio, mas com um detalhe, os fatos, as situações relatadas neste são bem mais precisas. Não há insinuações duvidosas, mas a demonstração de situações que foram realmente concretas, vivenciadas pelos familiares.

Dando sequência às perguntas direcionadas na entrevista, perguntamos se Flor Bromélia havia deixado alguma comunicação antes de cometer o suicídio. Segundo a sua irmã: “Ela deixou aquela carta pedindo perdão a mãe, a pai, os filhos...”; Só não guardam a carta.

É realmente um caso interessante de se analisar, pelo fato de seguir um processo sequencial, como se todas as atitudes da pessoa que pretendia se suicidar caminhasse unicamente para isso e seus familiares pareciam não atentar muito para esses fatos. É bem verdade que, observando comentários sociais embasados no senso comum é possível encontrar um quadro largo de opiniões que enfatizam a descrença no fato de que quem demonstra que quer se suicidar não consuma o fato.

Este caso parece caminhar contrário a essa afirmação, pois as atitudes da vítima demonstram claramente a sua determinação em se matar.

Na verdade, neste caso está claro o transtorno mental vivido por Flor Bromélia quando observamos o relato de sua mãe:

Ela tava diferente alguns dias antes de se suicidar. No dia de sábado, ela passou aqui... Ela passou ao meio dia aqui, ai quando foi a tarde ela disse que ia pra casa fazer a janta do marido dela que trabalhava, aí num conheci, num notei diferença nela... Ela alegre, achando graça, ela foi pra casa, quando foi de manhazinha bem cedinho o menino veio me chamar: disse vovó, mamãe tá chamando, ai quando eu cheguei lá eu digo o que é minha fia? Ela disse mamãe eu tou com uma dor de cabeça, eu tou com uma friviança tão grande no um juízo que parece que tá cheio de tapuru. Ai eu digo daonde mulher... Né isso não, ai ela disse tá mamãe. Ai ela tava deitada na rede por cima da cama, ai eu disse minha fia você se levante, tome banho... Toma café e vá andar, vamos la pra casa. Ai ela disse: não num vou não. Ai eu vim, eu tinha deixado a menina que eu crio dormindo mais o velho. Ai eu digo, olhe, eu vou em casa! Quando a menina acordar eu venho aqui, ai ela disse mamãe, leve pra fazer o almoço, ai eu digo não, eu vou em casa e venho já. Só deu tempo eu chegar aqui em casa, quando eu peguei na vassoura, ai o menino chegou e disse: vovó painho tá chamando que mamãe já morreu enforcada. Eu digo Avé Maria meu fio pelo amor de Deus num diga uma coisa dessa!. Ai eu sai e quando cheguei ali na esquina num vi mais nada.

Quando juntamos algumas informações dadas na entrevista ao relato da mãe, facilmente se percebe o desequilíbrio mental de Flor Bromélia. É isso que nos ajuda a perceber que o ato suicida desta pessoa está intimamente ligado à patologia mental vivida por ela, ou seja, essa jovem passava por um estado que também se relaciona com o ato suicida. Este estado Durkheim (2004) denomina de “estado psicopático”. Apesar do autor citado não incluí-lo dentro dos aspectos que ele confere aos tipos de suicídio por ele mesmo classificados, podemos perceber que o suicídio de Flor Bromélia tem aspectos ligados às influências extra-sociais, ou seja, ela passava por um estado psíquico, que talvez tenha contribuído para o seu ato de querer matar-se.

Poderíamos até concluir que o tipo aqui exposto seria o “suicídio maníaco”, que segundo Durkheim (2004), baseando-se em Jousset e Moreau de Tours assim o denomina pelo fato de incluir alucinações e ideia delirantes em seu contexto. O autor acrescenta que às vezes o doente se mata para fugir de uma vergonha ou de um perigo imaginário, de algo que não existe. É o que acontece com Bromélia, quando observamos no relato da mãe a questão da “friviança” que ela disse estar sentindo momentos antes de se matar.

Porém, voltando-se para os casos de suicidas que têm as influências relacionadas às causas sociais como explica Durkheim (2004), o fato do perdão pedido à mãe, aos pais e aos filhos revela forte tendência a uma das características quando a pessoa se vê sem importância por ser um peso para os demais ao seu redor. A atitude de pedir perdão parece demonstrar que a vítima temia magoar seus pais e os seus filhos, talvez por causa do vício que lhe fazia sofrer tanto. É apenas uma aproximação do suicídio altruísta, mas não completamente voltado para isso. Dessa forma, pela condição psicológica da vítima, é muito mais sensato defini-lo como do tipo maníaco.

5.1.5 História e tipo de suicídio de Flor de Laranjeira

O registro do ITEP informa que esta pessoa era um homem solteiro; tinha 57 anos; não tinha filhos; agricultor; com ensino fundamental incompleto. Enforcou-se com uma corda.

Quanto às informações da entrevista quem nos repassou foi um sobrinho da vítima. À primeira pergunta, a qual se refere ao diagnóstico de transtorno mental, a resposta da entrevistada foi a seguinte: “Ele era calado, toda vida desde jovem, desde adolescência até hoje um homem calado... Um homem calado.” Vemos, portanto, que não há um diagnóstico associado a patologias mentais, porém o comportamento “calado” como frisa também a sua irmã. Já pode ser observado como um fato curioso. Quanto a alguma medicação que Flor de Laranjeira tomava, não há informações: “Não. Nunca fez, toda vida foi alcoólatra... Toda vida desde jovem”. Se nunca fez tratamento, também não tinha medicação para abandonar.

As perguntas referentes a ameaçar de se matar e as possíveis tentativas foram respondidas pela irmã da vítima da seguinte forma:

Se ele falava em se matar:

É o seguinte: ele era aposentado, inválido, então quando ele recebia o aposento, se ele passasse 8 dias bebendo, 15 dias, aí ele ficava muito alvoroçado, sempre ele fazia ameaça, eu vou me matar. Até nos últimos meses antes, sempre ele tinha essa tendência, mas ninguém acreditava que..., o suicida diz uma coisa e se contradiz.

Se ele tentou consumir o suicídio alguma vez:

Não ...não, só falava ai quando, ele ficava debilitado de 15 dias de do álcool... Não comia, aí ficava debilitado nera! Aí é aquela questão: via alma, via vulto... Crise de abstinência. Dava dor, dava suor, baixava hospital, tomava remédio. Ele era um homem sadio, pra os cinquenta e tantos anos de vida e beber e não se alimentava, tomava 1 litro, 2 litros de cana, o que ele fosse beber.

O que podemos perceber no discurso expresso pelo sobrinho em ambas as respostas, apesar dela caracterizar o irmão como um homem “sadio” é que ele não tinha nada de salubridade. Principalmente quando se trata de saúde mental. Uma observação: ele era aposentado como inválido... Por quê? Certamente porque era acometido de alguma doença. Além do mais, outro fato preciso é a questão do alcoolismo, tratada por alguns autores como fato relevante nos fatores que envolvem o suicídio. Sadock e Sadock (2007) frisam bem esse aspecto e destacam que pessoas que se entregam ao vício em drogas e álcool, mesmo que não consumam o fato, têm uma vontade de morrer lentamente, pois o vício nessas substâncias é uma doença crônica que na maioria das vezes o viciado tem consciência de que causa a morte. Os autores citados denominam esta forma de morrer lentamente como suicídio crônico.

Flor de Laranjeira então não fazia tratamento, mas apresentava sintomas de alcoolismo e também de doença mental, pois como o entrevistado mesma descreve, era um homem calado e aposentado por invalidez. Sintoma este que se associa ao caráter descrito por Durkheim (2004) para o suicida egoísta. Desde a observação do comportamento deste indivíduo já dá para percebermos a sua ligação com o tipo de suicídio egoísta.

Depois, as ameaças relatadas pela irmã, semelhante ao que aconteceu em casos já descritos anteriormente, e que não foram vistas como situações de risco. É como já frisamos: as pessoas, com base em afirmações do senso comum, levam em conta que quem diz não quer fazer. É sempre assim. Cientificamente, as questões relacionadas ao suicídio não são vistas dessa forma. Aliás, no final desta análise, pelo que consta nos registros aqui postos, podemos chegar a uma conclusão cientificamente comprovável de que quem ameaça ou apresenta comportamentos estranhos pode ser sinal de que algo está errado e pode levá-lo à consumação de atos suicidas.

No que se refere a alguma comunicação deixada por Flor de Laranjeira, a resposta abaixo indica um relato de situação que confirma a intenção, puramente pré-meditada da vítima em por fim à sua própria vida. Vejamos:

Ele tinha uma mulher onde ele comia lá, fazia as refeições as vezes, uma amiga dele, uma tal de [...]. Lá com o marido dela ele disse que ia se matar, ela ficou tão assim, mas ela não acreditava. Foi até um choque Ele jantou lá, dois dias antes, passou o dia lá se despedindo, só que ela não sabia, né? Achava que era da bebida. Aí quando foi na tarde do suicídio, ele pegou tramou, já vinha tramando antes, uma semana antes. Aí quando foi na tarde do suicídio e no dia tava se arrumando pra viajar pra Fortaleza, ele entra e chama mamãe, eu não sei, mas ele disse: “[...] (o nome da irmã) venha pode eu não vim mais aqui”. Aí a minha tia disse: ai vai o que ele tá dizendo? Eu disse, não mulher ele tá bebendo, isso é a bebida. Ele nunca me deu um abraço, me chamou e me abraçou, minha tia tava sentada aí com um sobrinho e uma filha dela e eles tavam com uma maquina digital e tirando fotos. E tiraram foto dele, ele bêbado, só que ele foi embora. E ele ficava nas ruas, agente tinha pena, que batiam nele e ele não dava em ninguém, morreu com uma corda lá num sítio perto do Posto Santa Cruz. Viveu com a mãe muitos anos, até ela morrer, deu muito trabalho a ela, sempre foi um “beberrão”. Ele não tinha divida, era brusco, não sabia o que era coisa boa. A família sentia porque ele era beberrão, ele era um homem que não sabia fazer amizades, ele era bruto, um homem solitário, morreu de solidão. Ele tinha tramado tudo, tanto que na corda tinha três nós. Foi encontrado pelo pessoal da prefeitura que estavam trabalhando no local. De longe pensavam que era um espantinho, mas quando chegaram perto perceberam que era um suicídio. Entre as pessoas havia um primo dele e quando viu reconheceu e avisou ao resto da família.

A cada depoimento, as descrições e relatos constataam a fragilidade mental de Flor de Laranjeira. Além de deixar claro que o mesmo também era acometido de uma “individualização excessiva” que segundo Durkheim (2004) é caráter do tipo de suicídio egoísta. Confirma-se, portanto, a influência dos fatores psicológicos, como ocorre em todos os casos de suicídio como bem frisa o autor citado, mas que de uma forma específica, quando o comportamento é colocado à luz do que ele teoriza na tipologia dos suicidas, se encaixam no tipo egoísta.

5.1.6 História e tipo de suicídio de Flor Jasmim

Outra vítima de suicídio que pode ser incluída na nossa análise, segundo os dados levantados no ITEP era casado; tinha 54 anos; tinha filhos; de cor branca e o método utilizado foi enforcamento.

Para a análise o denominamos de Flor Jasmim e quem respondeu à nossa entrevista um dos seus filhos. Para a primeira pergunta, sobre diagnóstico de

transtorno mental obtivemos a seguinte resposta: “Tinha, já faziam alguns anos que a gente tratava porque ele tinha problema de depressão”.

Sobre o tratamento com medicamentos a resposta foi: “Tomava, sim, tomava vários medicamentos, ele se tratava com um médico em Mossoró e tudo”.

Se havia abandonado o tratamento: “Não. Continuava o tratamento normal do jeito que desde o início, tava tudo normal”.

Quanto a observação de ter falado ou tentado alguma vez se matar, o filho responde:

Ele já tinha tentado outras vezes. Já tinha tentado... Assim, depois que ele tinha passado por uma situação antes, e tinha sido com veneno. E ele tinha dito assim, que não ia fazer mais, que era uma coisa que tinha feito que tinha se arrependido muito, tínhamos esperança que não ia acontecer, mas... infelizmente quem tem depressão é complicado. Assim que a gente... que foi forte mesmo duas vezes. Porque as outras vezes ele só comentava, mas...

Quanto a ter deixado alguma comunicação, o filho diz que não. Vejamos o depoimento: “Não. Pelo menos com a família, agente nunca soube de nada”. Em todos os casos, o que muito nos ajudou até aqui foi a disponibilidade das famílias em fornecer informações extras sobre os casos. Ao relatar o fato e detalhar alguns fatos, os entrevistados permitiram a apresentação de detalhes importantes. Vejamos o que o filho de Flor Jasmim nos relatou:

Ultimamente ele tava bem calado, sabe, porque assim, a gente sabe que isso era uma coisa que há muito tempo ele era assim, sempre levava como se fosse normal. Ultimamente era bem calado mais que o normal, mas conversava, no dia ele conversou, almoçou com a gente normal e tudo. Ele almoçou e saiu, foi para o trabalho. E quando a gente soube já foi com o pessoal avisando do acontecido.

Os detalhes revelam que houve uma mudança de comportamento da vítima, embora essa mudança não tenha sido considerada, mesmo ele já tendo tentado outras vezes se matar. Não queremos com isso estabelecer uma culpa nos familiares por não vigiar o suicida em questão. A nossa intenção é perceber que a pessoa que coloca em mente o desejo de morrer e põe isso em prática apresenta mudanças de comportamento associadas a aspectos relativos ao próprio comportamento suicida. Muitas vezes a família percebe a mudança e até mesmo

sabendo que o suicídio pode acontecer, não tem como prevenir pela simples vigilância. Isso porque é o tipo de suicídio, ou seja, os motivos enumerados pela própria pessoa quem determina a forma, os passos seguidos e a maneira dela fugir da demonstração às pessoas de que vai se matar.

Ao analisar o caso de Flor Jasmim, mesmo admitindo que ele tinha depressão, fazia tratamento e tudo, a nossa imaginação não pode fugir da ideia de que essa pessoa, talvez, já se sentisse incomodada com a vida que vivia. Muitas pessoas se incomodam de tomar medicamentos anos e anos, além do mais quando se trata de patologias relacionadas com a saúde mental.

Ao reunir aspectos teóricos acerca do assunto, podemos perceber que a depressão é um ator de risco do suicídio. Vários são os autores que demonstram a relação entre depressão e suicídio. Meleiro (2004) Sadock e Sadock (2007), Solomon (2002), entre outros autores que nos fundamentamos analisam que a depressão é uma patologia que causa um sofrimento intenso às suas vítimas, quando elas chegam ao ato do suicídio, o que querer morrer está associado a livrar-se do sofrimento.

No caso de Flor Jasmim, que se tratava frequentemente, poderíamos até pensar que não havia sofrimento, pois tomava remédios e isso combatia os efeitos depressivos. Na verdade, não se sabe o que pode surgir no pensamento de uma pessoa quando vive situação igual ou semelhante. O próprio fato da dependência de medicamentos para manter a calma pode ser motivo de incômodo e de maior sofrimento, justamente pelo fato da pessoa imaginar-se como dependente, inútil, desqualificar-se como ser social.

Não podemos afirmar com absoluta certeza, mas podemos avaliar e concluir, diante dessa possibilidade, que o caso de Flor Jasmim pode ser caracterizado como suicídio altruísta, isto é, ele queria morrer porque achava que não servia como homem, como trabalhador, era doente, sem utilidade para a sociedade ou estava dando trabalho demais às outras pessoas. Segundo Durkheim (2004) essa possibilidade dos homens se veem sem importância os oprime e, é uma das causas que leva ao suicídio, denominado pelo autor de suicídio altruísta.

5.1.7 História e tipo de suicídio de Flor Azaléia

Outra história interessante de suicídio é a de Flor Azaléia. Trata-se de um home casado; tinha 60 anos; tinha filhos; comerciante; ensino fundamental que se matou com um disparo de arma de fogo na cabeça. Este caso não foi levado ao ITEP para a autópsia. Os dados foram fornecidos no hospital, depois de sermos informados sobre o caso pela própria família.

Quanto à entrevista foi respondida por um dos seus filhos. Ao responder à pergunta sobre o estado psicológico, isto é, se havia algum diagnóstico de doença mental a pessoa entrevistada disse que:

Ele estava com depressão. Foi assim, ele teve depressão aí eu levei pra o hospital, ele tomou a medicação sabe, aí ficou como bom, aí ingeriu álcool e cortou o efeito, se tratando ainda, cortou o efeito aí ele passou uns quinze dias bebendo aí foi o período que aconteceu.

Percebemos que Flor Azaléia, além de ter um diagnóstico de depressão também fazia um tratamento medicamentoso. Na segunda pergunta do formulário, a resposta da pessoa entrevistada acrescenta exatamente isso. Vejamos: “Ele tomava dois tipos de comprimido, tava fazendo o Tratamento bem direitinho”.

Já no que se refere a falar em se matar, segundo o seu filho, nunca houve essa declaração, mas o comportamento mudou. Vejamos a resposta:

Não, nunca falou não, apenas eu peguei ele um dia chorando, aí perguntei o que tava acontecendo e ele disse que tava com uma coisas muito ruim. Aí eu tirei para o hospital com ele e [...] fez o diagnóstico que ele tava com depressão.

Um fato é certo: este caso, além de ser distinto pelo método utilizado, também se distingue pelo fato de que, quando o filho percebeu o estado depressivo do pai cuidou em procurar um médico para saber o que estava acontecendo. Na verdade, houve uma tentativa de evitar transtornos maiores num primeiro momento, algo que talvez não tenha sido possível, por diversos motivos, em momentos posteriores.

O fato é que Flor Azaléia, segundo informações do filho, nunca demonstrou vontade de fazer tal coisa por nenhuma ação. Também não deixou nenhuma comunicação.

O caso de Flor Azaléia é de difícil caracterização, uma vez que não há detalhes mais precisos quanto a fatos que tenham ocorrido em sua vida para que ele tenha tomado tal atitude. Havia o diagnóstico de depressão, mas esta doença não é o único motivo, pois ela já surge de um fato que ocorre, isto é, de situações circunstanciais que a pessoa vive e acaba causando o estado depressivo.

O que se pode perceber é que houve uma individualização de Flor Azaléia. Mesmo fazendo o tratamento anti-depressivo ele bebeu, algo que revela a preocupação com algo que para a vítima era relevante em causar sofrimento, o detalhe mais perceptível é a interiorização do problema.

Baseando-se nas análises de Durkheim (2004) sobre o suicídio egoísta, a atitude de Flor Azaléia pode ser reflexo de que nos momentos de sofrimento este se fechava, pois havia um desejo íntimo por algo que ele, talvez, ele achasse que não tinha como conseguir realizar. A pessoa se desliga totalmente da sociedade, para viver somente a sua introspecção doentia, egoísta. Segundo Durkheim (2004, p. 258) ocorre o seguinte fato nesses casos de suicídio egoísta:

Quanto mais os grupos a que pertence se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e, por conseguinte, mais depende apenas de si mesmo para não reconhecer outras regras de conduta que não as que se baseiam em seus interesses privados.

Ao que parece, havia um segredo forte dentro de Flor Azaléia, não pelo fato dele está acometido da depressão, mas por algo que o estava perturbando. A maior prova disso é que a primeira cena vista pela filha foi a do pai chorando, certamente por algo que o estava fazendo sofrer. Por todo esse caráter sombrio, envolvido nessa introspecção da vítima, podemos concluir que o tipo de suicídio é o egoísta.

5.1.8 História e tipo de suicídio de Flor de Lis

Mais um caso de suicídio que nos dispomos a analisar envolve um homem casado; que tinha 51 anos; tinha filhos; comerciante; de cor branca; com ensino fundamental incompleto. Este homem se matou por meio de enforcamento por corda. Aqui o denominamos de Flor de Lis.

De acordo com a entrevista realizada com a pessoa da família obtivemos as seguintes informações: não tinha nenhum diagnóstico de transtorno mental, não

fazia tratamento, nunca falou em se matar. Mas, quando perguntamos sobre as tentativas de suicídio, tivemos a seguinte resposta:

Só uma vez. Por que foi no tempo que ele bebia muito. Quando ele cometeu ele tinha passado um tempo sem beber, justamente por isso, porque realmente quem bebe quando para fica desorientado, por causa da falta da bebida, aí foi aonde ele dizia que tava vendo coisas. Ele foi pro médico, só que o médico não passou nenhum remédio, ele foi ficando assim, ele não dormia, passava a noite acordado aí vai alimentando a fraqueza, ele comia bem pouquinho. Teve um tempo que ele só fazia beber. Ele era só calado. Na véspera dele fazer isso ele pegou a faca e ficava só olhando assim, ele não era violento, já era ele pensando em como ia fazer, armando a própria morte. Mas ele olhava assim pra gente assustado, a agente nunca imaginou que ele fosse fazer isso, ele tinha costume de se trancar lá no quarto e quando chegava a hora do almoço ele vinha. Nesse dia deu hora de almoço ele não apareceu, aí a gente sentiu a falta e procuramos. Ai ele tava trancado, foi quando arrombaram a porta e ele estava lá, já estava passando da hora.

O relato da vítima nos faz perceber que havia todo um contexto favorecedor ao suicídio de Flor de Lis: era alcoólatra, tinha comportamento introspectivo e já tinha tentado se matar uma vez. A família, pelo depoimento exposto, mais uma vez segue a ideia disseminada pelo senso comum: houve uma tentativa, mas isso não quer dizer que vá acontecer. Frisamos novamente: os casos até aqui analisados, predominantemente as vítimas apresentavam um comportamento prévio ao suicídio que inclui ameaças orais e tentativas acionais. Portanto, a frase “quem quer fazer não demonstra” não pode ser aplicada com tanta veemência.

Ao ser indagada sobre alguma comunicação deixada por Flor de Lis, a resposta foi não. Mas, a pessoa acrescentou a sua opinião quanto ao que pode ter ocorrido dizendo: “Foi a falta da bebida. Ele passou um bom tempo internado, mas mesmo assim não dormia a noite, porque sentia falta da bebida”.

A afirmação do membro da família não considera um fato muito importante: o alcoolismo é um fator de risco ao suicídio, mas também é uma doença identificada na literatura médica como ação suicida. Recorremos novamente a autores como Sadock e Sadock (2007) que a denominam de suicídio crônico. Sendo assim, há a possibilidade de mesmo antes de se tornar alcoólatra terem ocorrido fatos na vida de Flor de Lis, os quais deviam estar interiorizados e terem causado a perda da vontade de viver. Por isso a entrega ao álcool e por fim, a consumação do fato tal qual ocorreu com o enforcamento.

Apesar dos poucos detalhes, há de certa forma a revelação de um comportamento fechado na vítima, ele se isolou, não falou nada pra ninguém, mas certamente a ocorrência mexeu com seu interior, com sua mente, fazendo-o despertar o desejo de morrer. As definições não são claras, mas há indícios de que o tipo de suicídio cometido por Flor de Lis seja de caráter egoísta, como classifica Durkheim (2004).

5.1.9 História e tipo de suicídio de Flor de Maracujá

De acordo com os dados colhidos no Hospital Regional, pois não foi levado ao ITEP, este caso ocorreu com um senhor casado; tinha 65 anos; tinha filhos; comerciante; de cor branca. A morte foi causada por Intoxicação (ingeriu excesso de remédios).

Seguindo a sequência do formulário à pergunta sobre o diagnóstico de transtorno mental, um filho da vítima responde o seguinte:

Sim, sim ele... no início a gente começou a perceber que ele tinha entrado na depressão porque descobriu o Mal de Parkson e ele não teve assim uma boa aceitação da doença. Se preocupou demais...mas assim ele não é...a gente tem um histórico familiar. Minha avó, a mãe dele no caso, ela teve um resguardo quebrado. Aí ela, teve um aborto, depois teve cinco filhos e teve esse resguardo quebrado.

Quanto ao tratamento, a informação repassada foi que: “Ele tomava uns comprimidos. Tomava cinco comprimidos ante-depressivos, eram oito remédios por dia”. Não houve abandono do tratamento, porém concorda o filho que nos últimos tempos não havia resultado. Vejamos o depoimento: “Não. Foram dois anos de tratamento. Em um primeiro momento o tratamento respondeu muito bem, chegou a viver assim uns oito meses muito bem. Mas depois num foi dando certo não”.

No que concerne a falar ou tentar se matar, a história é a seguinte:

Não, porque assim...é...uma vez eu cheguei em casa e ele tava com uma tesoura embaixo do colchão. Fui lá conversar com ele, saber o que era aí ele disse: não tou pensando besteira, eu tacho aqui um dedo na tomada...tudo...aí eu...no outro dia a gente já internou ele numa casa de saúde em Natal.

Essas atitudes, segundo o entrevistado, ocorreram por duas vezes, revelando que Flor de Maracujá alimentava o desejo de morrer, não deixou comunicação antes de tomar um monte de medicamentos, definindo-se assim, a morte por intoxicação.

A informação que mais nos auxilia a desvendar o tipo de suicídio cometido por Flor de Maracujá, sem dúvida nenhuma é a de que entrou em depressão porque descobriu o Mal de Parkson e não aceitação a doença. Provavelmente, o que Flor de Lis não aceitou foi a ideia de que este mal denota a inutilidade da pessoa, sentiu-se “imprestável” aos deveres cotidianos de um homem, percebeu que tinha chegado ao cúmulo de um estado que para ele era inaceitável: ficar velho, doente e dar trabalho aos outros. Claramente o tipo de suicídio caracterizado é o altruísta (DURKHEIM, 2004).

5.1.10 História e tipo de suicídio de Flor Tulipa

O registro no ITEP informa que Flor Tulipa era um rapaz solteiro; tinha 18 anos; não tinha filho; era comerciante; com ensino médio incompleto e se matou por enforcamento com punho da rede.

Quanto à história colhida na entrevista, os primeiros detalhes são que: não tinha diagnóstico de nenhum transtorno mental, nem fazia tratamento. Porém, o depoimento exposto por uma irmã da vítima revela a história de grande relevância para caracterizar o caso de suicídio cometido por Flor Tulipa. Vejamos a seguir o que a entrevistada fala sobre o comportamento dele no dia do fato:

Assim, nesse dia ele tinha bebido, mas só que ele tinha entrado pro quarto pra dormir, aí a gente não sabe se foi na hora que ele entrou que aconteceu ou se foi após, porque ele entrou era mais ou menos umas cinco horas da tarde e eu vim notar já era umas sete horas da noite.

No que confere as atitudes, aos comentários sobre um dia vir a cometer essa ação suicida, a irmã diz o seguinte: “Não, ele nunca disse, nunca falou sobre o assunto. Por isso mesmo que pegou a gente totalmente de surpresa. Eu nunca pensei que um dia isso ia acontecer”. Também nunca houve tentativa: “Não! Nunca! Foi a primeira e última vez”.

No que se refere a alguma comunicação deixada pela vítima a resposta é esta:

Nunca deixou nada. Até a gente pegou a carteira dele, fomos procurar porque a gente gosta de fazer esse tipo... a gente procurou e tudo. Houve vários comentários que ele tinha deixado alguma coisa, o pessoal gosta muito de mentir, mas ele não deixou nada. Nada escrito, nem porque que fez, não comentou nada com ninguém. Ele sempre foi uma pessoa alegre, assim extrovertida, gostava muito de ir pra festa. Ele tinha namorada... não estava desentendido ela...

As informações obtidas sobre o caso de Flor tulipa são imprecisas, mas não pela falta de disponibilidade da família entrevistada. O fato é que a própria família desconhece qualquer fato que tenha ocasionado a ação suicida neste caso. E diante de tanta imprecisão, ainda tentamos colher algum fato perguntando se ele não tinha desentendimento com amigos. A resposta foi:

que eu saiba não, até procurei saber dos amigo dele que foram beber nesse dia – que ele passou o dia bebendo mais uns amigos dele –, fui buscar eles e perguntei...eles disseram que ele não disse nada, disse que passou o dia todo só contando piada, brincando. Foi muito estranho o caso dele, muito estranho aqui.

As informações novamente não correspondem ao que buscávamos: um fato, um ponto, um elemento que pudesse identificar, pelo menos de forma duvidosa, a causa que pudesse ser elo de caracterização para o tipo de suicídio cometido por Flor Tulipa, mas não encontramos. Podemos partir para o rumo das suposições, mas mesmo assim não dá para inserir no contexto de uma caracterização que envolva os tipos referidos por Durkheim (2004).

Estamos diante da seguinte situação:

Um jovem de 18 anos que aparentemente não apresentava nenhuma patologia mental; também não apresentava comportamento perturbado, nem era triste, gostava de se divertir, tinha um namoro sem problemas, nunca falou nem tentou se matar, nem tocava no assunto. Num pensamento lógico humano sobre a morte como o cessar da vida, este poderia ser algo impensável para Flor Tulipa, já que o mesmo ainda se encontrava na fase de adolescência.

Porém, quando nos referimos às ideias suicidas, salienta Pommerau apud Teixeira (2004) estas não devem ser conectadas apenas às “representações fugazes que atravessam o espírito nos momentos difíceis, quando a morte aparece em toda sua evidência como o único verdadeiro término de qualquer empreitada

humana”. Quando se trata da ideação suicida na adolescência, o autor citado enfatiza que esta precisa ser diferenciada daqueles pensamentos mais ou menos mórbidos que buscam responder às interrogações existenciais características desse período da vida.

Tubert (1999) apresenta-nos a ideia da perda de referência das coisas de seu mundo e da identidade que podem conduzir o adolescente ao fenômeno de desejar deixar de existir. Daí ser diferente o ato suicida nessa idade, pois o adulto consegue driblar suas incertezas e se auto-organizar perante os fatos da vida, mas o adolescente, por pequenos e insignificantes que sejam esses fatos podem não desenvolver esta habilidade; uma vez que o mais comum é seu comportamento oscilar entre a racionalidade ou a simples impulsividade. Tubert (1999, p. 102) termina concluindo que “há, então, na tentativa de suicídio, uma determinação estrutural, a falta de um lugar no qual o adolescente possa se definir e se reconhecer como sujeito, tanto na família como na sociedade”.

Não se sabe se este foi o motivo, se havia essa falta de reconhecimento, até porque o objeto central do nosso estudo não é este, é a caracterização do suicídio. Neste espaço, do texto, mais precisamente a identificação do tipo de suicídio, o que não sendo certas as causas, também fica incerto o caráter. Portanto, preferimos deixar o caso de Flor Tulipa como um caso que não se insere no contexto dos tipos classificados por Durkheim (2009).

Uma análise geral dos casos aqui caracterizados nos faz perceber que, além de dados numéricos interessantes que são postos mais adiante, os casos de suicídios estão sempre associados a fatores de risco que se voltam para os transtornos mentais, em especial a depressão.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DE ESTADO CIVIL, ETNIA E SÓCIO-PROFISSIONAL DAS VÍTIMAS DE SUICÍDIO

Com o intuito de qualificar melhor e de quantificar os indicadores de suicídio, utilizando a população pesquisada como referência. Tentamos fazer caracterizações específicas, considerando questões como: gênero, estado civil, se tem filhos ou não, profissão, grau de instrução, tipo de suicídio e método utilizado. Os resultados serão expostos em tabelas.

Na tabela 01 estão dispostos os resultados referentes ao percentual de suicídios por gênero:

Tabela 01: Caracterização dos suicídios por gênero

GÊNERO	QUANTIDADE	%
Masculino	07	70%
Feminino	03	30%

Conclui-se que o caráter dos suicídios da cidade, quanto à questão dos gêneros, as pessoas do sexo masculino, isto é, os homens são quem mais comentem suicídios. Esta realidade também foi observada por Durkheim (2004) quando realizou o seu estudo. Segundo Durkheim (2004, p. 197) “em todos os países do mundo, a mulher se suicida muito menos do que o homem”.

Quanto aos indicadores por estado civil estão expostos na Tabela 02:

Tabela 02: Caracterização dos suicídios por estado civil

ESTADO CIVIL	QUANTIDADE	%
Solteiro	04	40%
Casado	06	60%

Quanto ao estado civil, os casados cometeram mais suicídios do que os solteiros. Essa característica também foi observada em alguns dos estudos realizados por Durkheim (2004) em países da Europa. Ao observar isso Durkheim (2004, p. 226) conclui que: “A sociedade conjugal [...] tem uma participação pequena na imunidade dos casados”.

Talvez essa seja também a realidade dos casos observados, sem falar que há casos entres estes que o suicídio pode estar exatamente associado à relação vivida no casamento.

Outra caracterização possível diz respeito aos casos de pessoas que se suicidaram e que têm ou não filhos. Vejamos a Tabela 03:

Tabela 03: Caracterização dos casos de suicídios, segundo a constituição de prole

SITUAÇÃO	QUANTIDADE	%
Com filhos	07	70%
Sem filhos	03	30%

Observa-se um índice muito elevado de pessoas que tinham filhos e que demonstram ter sido capazes de nutrir e consumir a ação suicida. Essa caracterização indica que, quando o desejo de morrer, independente do fator que o gere, não é impedido pela comoção da pessoa em deixar os filhos desamparados.

Este caráter diverge um pouco das constatações de Durkheim (2004) no sentido de que, a análise do autor dá a partir da observação de que são os que não têm filhos que mais se matam, mas nesse contexto não estão incluídos apenas os casados, mas também os solteiros. Nos casos representados na tabela, apenas um deles não está vinculado a uma relação conjugal.

A caracterização dos suicídios por profissão está exposta na Tabela 04:

Tabela 04: Caracterização dos casos de suicídios por profissão

PROFISSÃO	QUANTIDADE	%
Agricultor	02	20%
Comerciante	04	40%
Vendedora	01	10%
Do lar	02	20%
Sem profissão	01	10%

Os resultados indicam que o índice mais elevado de suicídios está entre os comerciantes. Não podemos afirmar que haja relação entre a profissão e o ato suicida, justamente porque as histórias relatadas pelos entrevistados não revelam isto. Apenas um dos casos, em que a pessoa era comerciante foi relacionado à crise financeira que a pessoa vivia. Mas, Durkheim (2004) também observou essa mesma realidade em casos de suicídio que observou em alguns países da Europa quando estudou o fenômeno e enfatizou a questão dizendo: "embora a estatística do suicídio

por profissões e por classes nem sempre pode ser estabelecida com precisão, mas é incontestável que ele é excepcionalmente freqüente nas classes mais altas”.

Há na verdade uma imprecisão revelada nos estudos de Durkheim (2004), talvez a mesma que há no nosso estudo, pois as mulheres que fazem parte do mesmo fenômeno, apesar de serem declaradas como do lar ou qualquer outra, também podem se inserir nessas relações. Muito embora, quando passamos a analisar a história percebemos especificidades do sujeito em sua individualidade e não relacionado a ação coletiva ou seja, não existem relações entre o ato suicida cometido pela pessoa e a profissão exercida. Somente um dos casos, em que o indivíduo era comerciante, o ato pode estar associado às frustrações de sua profissão.

Vale ressaltar que esta caracterização não descarta ao todo a possibilidade de alguns dos casos estarem relacionados justamente ao fato de a pessoa não se sentir satisfeita com as atividades que desenvolvia em seu dia-a-dia. Isso porque, na maioria dos casos não houve revelação do fato real que causou no indivíduo o desejo de por fim à sua própria vida.

Na Tabela 05 apresentamos os resultados dos suicídios, caracterizados conforme o grau de instrução.

Tabela 05: Caracterização dos casos de suicídios por grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO	QUANTIDADE	%
Ensino Médio	01	10%
Ensino Médio Incompleto	02	20%
Ensino Fundamental	01	10%
Ensino Fundamental incompleto	02	20%
Não informado	04	40%

Os dados da tabela indicam um equilíbrio na distribuição de suicídios por grau de instrução, indicando que o fenômeno, isto é, que as ações suicidas podem ser cometidas por qualquer pessoa, ou seja, ter maior ou menor volume de conhecimentos não influi na sua realização. Novamente é uma realidade que se assemelha ao pensamento formulado por Durkheim (2004, p. 200). O autor enfatiza

que estudando os casos de suicídio em várias partes do mundo também descobriu que “o desenvolvimento intelectual não tem relação com o número de mortes voluntárias”.

No que concerne ao tipo de suicídio, utilizamos a classificação de Durkheim (2004) para caracterizar cada caso, ação esta já exposta no tópico anterior (5.1). Na tabela serão expostos os resultados distribuídos por tipo. Vale ressaltar que se existiu algum suicídio que não pôde ser caracterizado, este também faz parte da distribuição numérica apresentada na Tabela 06, a seguir:

Tabela 06: Caracterização dos tipos de suicídios

TIPO	QUANTIDADE	%
Suicídio Egoísta	05	50%
Suicídio Altruísta	02	20%
Suicídio Anômico	01	10%
Suicídio Maníaco	01	10%
Sem classificação	01	10%

A leitura da Tabela 06 é bastante eficaz para nos fazer chegar a conclusão de que a maioria dos casos de suicídios ocorridos no período em que pesquisamos se destacam como egoístas, ou seja, os cinco suicídios que se encaixam na classificação egoísta revelam a possibilidade de ter desenvolvido um estado de quebra de laços com a sociedade. O pensamento de por fim à vida se gerou porque estas pessoas achavam que o fato ia ter pouco impacto para as pessoas. Há evidências de isolamento das relações mais próximas, não restando nenhum sentimento de apego ao próximo, às atividades dos que forma a sociedade de pessoas vivas.

Quanto às condições individuais de cada caso, podem ser muitas e todas ligadas, tanto a situações internas quanto externas. Não temos como enumerar cada situação, mas podemos nos basear em Durkheim (2004) quando este afirma que as pessoas se matam por que muitos fatos podem ocorrer nas suas vidas e eles não suportam a dor tamanha vivida naquela experiência, podem ser frustrações, desgostos de família, falta de amor-próprio, miséria ou doença. Nos casos analisados podemos verificar várias situações parecidas com estas enumeradas pela autor citado, porém não é seguro identificar cada uma segundo seu agente.

Se não podemos demonstrar isso com precisão, nos resta analisar os casos de uma forma que se aproxime da caracterização social que queremos dar aos casos de suicídio no município estudado.

Ao caracterizar cada tipo, também percebemos que, como enfatiza Durkheim (2004) há formas individuais que se relacionam com a intensidade, isto é, o grau do estado em que se encontra a pessoa que deseja se matar. Na Tabela 07 podemos ver claramente esta relação, a partir da apresentação dos métodos em consonância com os tipos de suicídio, porém de uma forma geral, porque assim como foi possível perceber que os homens se matam mais do que as mulheres, também foi constatado que o enforcamento se destaca como o método mais utilizado para se enforcar. Este predomina entre o tipo de suicídio egoísta e também entre os suicídios cometidos por pessoas do sexo masculino.

Tabela 07: Caracterização dos métodos em relação aos tipos de suicídios

MÉTODO	TIPOS					
	Egoísta	Altruísta	Anônimo	Maníaco	S/ Classificação	Total
Enforcamento p/ corda	01	01	01	01	-	04
Enforcamento p/ punho de rede	02	-	-	-	01	03
Disparo de Arma de fogo	01	-	-	-	-	01
Intoxicação p/ substância	01	01	-	-	-	02

Ao observar a Tabela 07 podemos constatar que o enforcamento predomina entre as formas utilizadas para se matar. O mais interessante é constatar que é no tipo egoísta que o enforcamento mais se destaca.

Ainda é possível constatar que o enforcamento está presente em todos os tipos de suicídios. São sete enforcamentos contra um disparo de arma de fogo e duas intoxicações por substâncias químicas (ingestão de remédios e substância cáustica).

Agora, se formos analisar cada caso e cada forma em conformidade com a história narrada pelos familiares, percebemos casos com características muito individuais. O caso de Flor de Lírio é muito peculiar. A pessoa que relata o ato de suicídio é enfática ao afirmar que ele se preocupou intensamente com a possibilidade da não consumação da morte. Os indícios de cálculo da altura em relação ao tamanho da corda fazem o enforcamento de Flor de Lírio se distinguir um pouco dos outros que também foram cometidos com uma corda.

Já o caso de Flor de Laranjeira, que saiu para longe de casa, mais especificamente para o meio do mato e ali consumir o fato, também se distingue dos outros. Essas duas formas individuais parecem revelar um desejo mais intenso dos executores do ato suicida. Assim, podemos perceber que cada forma, mesmo podendo ser identificada como o método semelhante, pode revelar maneiras diferentes de se manifestar. Mesmo sendo enforcamento o método mais utilizado, este se distribui em muitos tipos específicos: com punho de rede, cordões, corda, e até mesmo com a corda ainda há maneiras excepcionalmente vinculadas ao estado interior do indivíduo que quer se matar. É por isso que Durkheim (2004, p. 355) faz a seguinte colocação: “não há um suicídio, mas suicídios. [...] há vários tipos de suicídios qualitativamente distintos.

Nesse sentido, podemos perceber que é o grau de desejo de morte ligado aos fatores que determinam essa vontade de não viver mais que vai indicar a forma, a maneira e o tipo de suicídio cometido por alguém. No caso dos suicídios que analisamos, pode-se verificar vários tipos, nos quais predomina o egoísta e o método de enforcamento. Porém, as especificidades de cada forma se associam exatamente à situação vivida pela vítima do suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos objetivos definidos para o nosso estudo, não podíamos deixar de iniciar a apresentação das nossas conclusões sem destacar o quanto foi dificultoso, mas ao mesmo tempo interessante embarcar numa empreitada da qual estamos certos de ter sido a abertura de um caminho para o desvendamento de um fenômeno que certamente não tem estimulado somente a nossa reflexão, mas a de várias pessoas que residem no município pesquisado e em suas adjacências.

De início, podemos destacar o conhecimento absorvido pelos estudos teóricos orientados. A pesquisa realizada por Émile Durkheim foi o foco principal das nossas leituras, o que rendeu a ampliação dos conceitos sobre o suicídio e as suas causas, que sempre se relacionam com um estado específico da mente humana. É por isso que encaramos este estudo como caminho de possibilidades de construção de ações que podem render a prevenção do fenômeno neste município, fazendo com que os índices de suicídio possam diminuir a partir desta caracterização.

Isso pode ocorrer a partir do momento em que a enfermagem se dedique a buscar meios de também caracterizar por meio de observações aos relatos e aos estados dos usuários que chegam às unidades de PSF e de CAPS. É a busca pelos fatores de risco do suicídio que pode servir como meio de mudar o quadro que foi caracterizado neste trabalho.

Sabemos que apesar do suicídio ser uma ação cometida por qualquer cidadão em qualquer lugar do mundo, os altos índices aqui constatados revelam a necessidade de se investir na prevenção. E como esta prevenção estar associada à atenção básica em saúde, tanto no PSF quanto no CAPS, pois os dois serão as vias de acesso ao tratamento, a enfermagem não pode ficar alheia ao compromisso de observar, estudar e buscar meio de desenvolver estratégias que possam promover as mudanças cabíveis.

Estamos cientes de que cumprimos a nossa parte quando nos envolvemos nesta pesquisa enquanto estudante acadêmica, mas também temos a certeza de que se este trabalho não for utilizado como meio de se extrair subsídios para o planejamento estratégico da ação em saúde mental pública, o valor do nosso trabalho não será encarado da forma como deveria.

É certo que a caracterização dos casos de suicídio do município pesquisado pode ser o meio adequado para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas

para a prevenção, pois a possibilidade de que casos semelhantes venham a ocorrer é certa, já que as qualificações aqui postas revelam um caráter epidêmico do suicídio nos anos de 2007 e 2009. Queremos destacar, que enquanto realizávamos a pesquisa, aconteceram outros casos, já nesse ano de 2010.

Vale ainda ressaltar que nos detemos a este espaço de tempo, mas isso não significa que em outros momentos, a realidade pesquisada tenha sido diferente. Os registros do ITEP e as notícias sobre os casos revelam que o caráter epidêmico do suicídio neste município continua, uma vez que no próprio ano de 2010 já ocorreram casos. Outro detalhe importante que nos foi mencionado e que depois podemos refletir, é que o número de casos de suicídio pode ser bem maior. De acordo com o funcionário do ITEP, há suicídios que ocorreram no município que não foram registrados como tal. Há ainda os casos que não foram levados ao ITEP porque os corpos ficaram no hospital e lá mesmo foi feita a autópsia. Enfim, são fatos que considerados elevam cada vez mais a tendência epidêmica do suicídio neste município.

É justamente a continuidade com caráter epidêmico que nos faz perceber e se certificar de que um trabalho de prevenção deve ser realizado. E o lugar onde se deve iniciar esse processo de prevenção é justamente nas unidades dos CAPS, nas quais a função é atender aos usuários que apresentam algum distúrbio mental, que como podemos constatar na caracterização é o principal fator de risco das ações suicidas que ocorrem no local da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009**. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 20 de agosto de 2010.

ABREU, Kelly P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2010;12(1):195-200. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.html>>. Acesso em 15 de novembro de 2010.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 2006.

BAZZARELLA, M. C. de S. Critério diagnóstico provisório para depressão na doença de Alzheimer. **Rev. psiquiatr. Clín.** V 30 n 3, São Paulo, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde -Resolução 196/96. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em agosto de 2010.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: UNICAMP, 2006.

_____. **Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR)**. Resolução COFEN 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [citado 2006 out 21]; <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em setembro de 2010.

CASSORLA R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: Cassorla RMS, coordenador. **Do Suicídio**. 2ª ed. Campinas: Papyrus, 1998.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

DEL PORTO, José A. Depressão: conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatria.** V 21 s.1. São Paulo Maio, 1999.

DURKHEIM, E. . **O Suicídio.** São Paulo: Martin Claret, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRAZÃO, Pedro. **História do suicídio e teorias sobre o suicídio.** Revista Revisões, v. IX, n 6, Nov/dez, 2007.

GALVÃO, Ana Luíza. **Depressão.** Publicado em 01 de novembro de 2001. Disponível em <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?102>> Acesso em 25 de maio de 2010.

GARCIA FALCONI, R. Suicídio adolescente: Un análisis de variables predictoras. *Psiquiatria* [On-line], ano 2003. Disponível: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/100/11794/?++interactivo>>. Acesso em 20 de maio de 2010.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MAIA, M. S. **Extremos da alma:** Dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MANETTI, M. L. e MARZIALE, M.H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud. Psicol.** (Natal) vol.12 no.1 Natal Jan./Apr. 2007.

MELEIRO, A.M.A.S. e TENG, C.T. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MINAYO, M. C. de S., & SOUZA, E. R. de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual de Prevenção do Suicídio.** Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, OMS, 2006.

SOUZA E. R, MINAYO, M.C.S, MALAQUIAS J. V. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. **Cad Saude Publica**. 2002;18(3):673-83.

SADOCK, B. J e SADOCK V. A. **Kaplan & Sadock**: compêndio de psiquiatria. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, Milena A. **Depressão resistente a tratamento**: uma revisão das estratégias farmacológicas de potencialização de antidepressivos. *Jornal do Brasil de Psiquiatria* , 55(3): 232-242, 2006.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

TEIXEIRA, C. M. F. S. **Tentativa de suicídio na adolescência**. *Revista da UFG*, v 6, n 1, jun 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html>. Acesso em 26 de dezembro de 2010.

TUBERT, S. **A morte e o imaginário na adolescência**. (P. Vidal, Trad). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

VIEIRA, K.F.L. **Depressão e Suicídio**: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, 2008.

WERLANG, Branca. S. G.; BORGES Vivian R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology** - 2005, Vol. 39, Num. 2 pp. 259-266.

APÊNDICES

APÊNDICE A

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO¹

Ilmo (as) Srs. (as):

Diretor do Instituto Técnico e Científico de Polícia – ITEP Mossoró RN

Sou aluna do Curso de Graduação em enfermagem pela FACENE-RN, o qual se encontra em fase de conclusão. Nesse momento estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE, sob a orientação da Prof. Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho. Para o bom desenvolvimento dessa pesquisa necessitamos da sua autorização no sentido de utilizarmos, quando preciso, o espaço físico da instituição sob sua gerência, realizando uma coleta de dados mediante uso de observação documental dos registros dessa instituição, a fim de avançarmos em nosso trabalho. Esclarecemos que as informações serão tratadas com sigilo, sendo preservada a imagem da Unidade. E o produto de pesquisa fará parte do meu trabalho de conclusão de curso - Monografia, a qual será apresentada ao colegiado da Faculdade de Enfermagem Nova esperança de Mossoró (FACENE-RN).

Desde já agradecemos a compreensão e estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Suely Veras Gurgel
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

¹ Entregue aos Diretores/ Coordenadores do ITEP

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa é intitulada “CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE”. Está sendo desenvolvida por Suely Veras Gurgel, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró sob orientação da profa. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho. A mesma apresenta os seguintes objetivos geral e específicos, respectivamente: caracterizar os casos de suicídio de um município do Rio Grande do Norte nos anos de 2007 a 2009; verificar a frequência dos casos de suicídios pelas variáveis; idade, sexo, profissão, estado civil, grau de escolaridade e método utilizado; avaliar a relação entre os casos de suicídio e a causa *mortis* de suicídio.

A justificativa desta pesquisa é baseada no alto índice de suicídios ocorridos no município selecionado durante uma determinada época, justamente a proposta na pesquisa. Em se tratando de uma cidade pequena, os casos tiveram muita repercussão, o que também desperta o espírito empírico-investigativo. Outro fator que nos determinou a pesquisa foi ter percebido, durante o estágio supervisionado em um hospital psiquiátrico as informações repassadas após indagação sobre os casos que davam entrada neste de que a maioria dos pacientes internos procede da cidade palco deste estudo. Este fato aguçou minha curiosidade em saber o motivo, se há relações. Sabendo que a cidade é conhecida pelo grande número de casos de suicídio, nos dispomos então a pesquisar se estes tem relação com patologias psiquiátricas, em especial a depressão.

A sua participação nesta pesquisa é muito importante por isso solicitamos sua contribuição no sentido participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa bem como, o direito de desistir da mesma, destacando que não será efetuada nenhuma forma de gratificação devido a sua participação. Informamos ainda que a referida pesquisa não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de entrevista individual norteada por um Formulário, o(a) senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre o caso de suicídio ocorrido na família, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

As pesquisadoras¹ estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

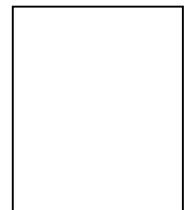
Eu, _____
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado. Fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelo pesquisador.

Mossoró, ____ / ____ / 2010.

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Participante

Participante da pesquisa/testemunha



¹ Endereço do Pesquisador Responsável: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
E-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE – Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – Paraíba/ Brasil. CEP:58.067-695 Tel/Fax: (83) 2106-4792. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE C

ROTEIRO DE PESQUISA NO ITEP

DADOS DO SUICIDA

Sexo:
Idade:
Endereço:
Estado Civil:
Profissão:
Grau de Escolaridade:
Método Utilizado:

Anotações: _____

APÊNDICE D

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM AS FAMÍLIAS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Sexo:** M () F ()

2. **Idade:** _____

3. **Cor:** () Branco () Pardo () Negro () Outro: _____

4. **Estado Civil:** () Casado () Solteiro () Divorciado () Separado () Viúvo () Outro:

5. **Nível de Instrução:** () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Técnico () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-Graduação

6. **Natural de:**

Estado:

II – PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Tinha diagnóstico de algum transtorno mental?

2. Tomava algum medicamento psicotrópico?

3. Havia abandonado o tratamento?

4. Falou alguma vez em se matar?

5. Quantas tentativas de suicídio anteriores?

6. Deixou alguma comunicação antes de morrer?

A gravação das falas foi armazenada no computador pessoal da pesquisadora e a transcrição das mesmas em pastas guardadas em arquivo pessoal. O acesso a estes dados foi exclusivo da pesquisadora e sua orientadora.

Os sujeitos, em hipótese alguma foram nominados ou identificados de qualquer forma. Para registrar suas falas neste trabalho lançaremos mão de pseudônimos que podem ser letras, números, nome de flores, a ser decidido pelo pesquisador.