PUC
RIO

ROGÉRIO LUSTOSA BASTOS

SUICÍDIO NO RIO DE JANEIRO: UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO E TERAPIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RIO DE JANEIRO, 1986

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
http://www.puc-rio.br

N.Cham. 150 B327s TESE UC
Autor Bastos, Rogerio Lustosa.
Titulo Suicidio no Rio de Janeiro

11340

Ex.2 PUC-Rio - PUCB

00019267

UC-11428-2

ROGÉRIO LUSTOSA BASTOS

SUICIDIO NO RIO DE JANEIRO:
UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO E TERAPIA

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Hannes Stubbe

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO / 1986

11340

106
14/09/87
19267

150
B327r
TESE UC

"Quando morrem os mendigos
Não aparecem cometas.
Os céus só se inflamam
Na morte dos príncipes".

Shakespeare

Agradecimentos informais_

Ao Hannes Stubbe pela orientação valiosa neste estudo;

A terezinha Féres Carneiro, pela co-orientação e incentivo na pesquisa;

A Liz, pela grande força nos momentos difíceis;

Ao Jacques Farias Lima, pelo carinho neste trabalho;

A Silvia K. e a Ana Cristina César pela inspiração;

A E.A.P.(Equipe de Acompanhamento Psicoterapêutico), pela oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos:

Ao Hélio Pellegrino, por todo apoio poético-terapêutico recebido para a cabeça e o coração.

AGRADECIMENTOS FORMAIS:

À Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e à CAPES.

Aos ousados sonhadores.

Estes têm o semêm da vida:

Existirá prisão para o que sabe sonhar?

ABSTRACT

With a central concern on prevention and psychotherapy of the suicide crisis in Rio de Janeiro, this work intends to disregard preconceptions or simplistic latitudes against or favorable to the fatal self-destrucrion. Taking into account this concern the issue was approached at two levels: 1 - Discussion at the theoretical level; 2 - Discussion at the fieldwork level.

In the first level the concept of suicide is discussed as well as the prevailing theories on the causes of suicide. In this way, the following viewpoints are examined: individual (psychological and somatic viewpoints) family and sociocultural viewpoints. Additionaly special attention is given to suicide in Brazil in historical terms and also to the concepts of prevention and the possible therapies of suicide-proned individuals.

The second level, which is about the fieldwork, is divided in two parts . In the first part suicide rates in three particular areas are determined (Copacabana/Leme; Barra-da-Tijuca/São Conrado and Morro de Santa Marta slum). The first two are considered areas of greater and smaller populational density, respectively. They are also areas of greater socio-economic level if compared to the third area, i.e., the slum. In the second part of the fieldwork, fundamental points of suicide are discussed based on interviews with specialized professionals (physicians, psychologists, anthropologists,

family therapists, etc) as well as non-specialized professionals (catholic and profestant priests and spiritists.

Based on the theoretical study and on the fieldwork a new approach to suicide in this city is proposed: "The Center for Intervention on Suicide Crisis of Rio de Janeiro".

RESUMO

Com a preocupação central de uma prevenção e terapia da crise de suicídio no Rio de Janeiro, desenvolvemos este trabalho tentando nos desvencilhar de atitudes preconceituosas ou simplistas, sejam elas pró ou contra a auto destruição fatal. Visando a tal preocupação central, problematizamos a questão em dois níveis: 1 - Discussão a nível teórico; 2 - Discussão a nível de trabalho de campo.

No primeiro nível colocamos a conceituação do suicídio e as principais teorizações, relacionando-o, quanto às causas, a basicamente uma pluralidade de fatores. Sendo assim, será abordado por diversas perspectivas: perspectiva individual (ponto de vista psicológico, ponto de vista somático), perspectiva familiar e perspectiva sócio-cultural. Ainda neste primeiro nível, há capítulo tratando especificamente do suicídio no Brasil em termos históricos, e também um outro capítulo abordando os conceito de prevenção e as possíveis formas de atendimento para as pessoas em situação de suicídio.

No segundo nível, ou no tocante ao trabalho de campo, haverá também subdivisão em duas partes. Na primeira delas, são levantadas as taxas de suicídio em três áreas particulares da cidade do rio de Janeiro (Copacabana/Leme, Barra da Tijuca/São Conrado e favela do Morro de Santa Marta). As duas primeiras são praticamente consideradas áreas de maior e de menor densidade populacional, respectivamente. Relacionam-se também como localidades de níveis sócio-econômicos elevados quando comparadas com a terceira, isto é, a favela. Na segunda parte, do mesmo trabalho de campo,

são discutidos pontos fundamentais do suicídio através de entrevistas com diferentes profissionais especializados (médicos, psicólogos, antropólogos, terapeutas de família, etc.) e também com diversos leigos ou não-especialistas (padres, pastores protestantes, espíritas).

A partir de todo este estudo, tanto da parte teórica quanto da parte do trabalho de campo, é proposta uma forma de abordar e repensar criticamente a situação do suicídio nesta cidade: "O Centro de Intervenção na Crise de suicídio no Rio de Janeiro".

Sumário

I - INTRODUÇÃO.....01

II - CONCEITUAÇÃO E PRINCIPAIS TEORIAS.....07

A) Perspectiva individual.....10

A.1- Ponto de vista psicológico.....10

A.2- Ponto de vista somático.....15

B) Perspectiva familiar.....16

C) Perspectiva sócio-cultural.....18

III - O SUICÍDIO NO BRASIL.....28

IV - PREVENÇÃO E TERAPIA.....45

. Conceito de prevenção.....53

. Tendência ao suicídio no contínuo existencial.....55

. Tentativas de suicídio e suicídio fatal.....57

. Identificação da tendência ao suicídio.....63

. Encaminhamento para paciente suicidas.....74

. Centros de Intervenção.....79

V - TRABALHO DE CAMPO 88

A) Questões de Estudo.....88

B) Metodologia.....89

C) Resultados.....99

C.i) Dados Estatísticos.....99

C.ii) Dados das Entrevistas.....104

D) Discussão dos Resultados.....150

D.i) Discussão dos Dados Estatísticos.....150

D.ii) Discussão das Entrevistas.....165

a - Aspecto Religiosos.....165

b - Aspecto Terapêutico e Social.....172

c - Centros de Intervenção.....181

VI - UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO E TERAPIA: "CENTRO DE INTERVENÇÃO DA CRISE SUICIDA NO RIO DE JANEIRO". 187

VII - CONCLUSÃO 196

ANEXOS 201

BIBLIOGRAFIA 220

I - INTRODUÇÃO

"Nesta vida
Morrer não é difícil.
O difícil
É a vida e seu ofício".

Maiakóvski (1982 - p. 114)

É o suicida um personagem kafkiano ou seria a própria existência padrão da sociedade, nada mais nada menos que um conto de Kafka?

Se já é bastante espinhoso lidar com a idéia da morte no século XX, mais penoso e misterioso ainda é deparar com situações nas quais estão envolvidas pessoas suicidas.

Afinal, o que é o suicídio? Por que as pessoas matam a si mesmas?

Estas são questões básicas que permearão a discussão deste trabalho.

Falam os versos acima, por sinal também de um suicida, que a morte não é um vinho intragável. O trago azedo está na vida e no seu ofício, quer dizer, na sociedade: com todo o seu lado de indigesta embriaguez.

Perguntem aos poetas, diz um pensador.

Silvia Plath (1984), poetisa americana que aos 31 anos, no auge da fama, suicida-se, escreveu: "haverá fogo? haverá pão? Aqui só há lama demais". Sierguéi Iessieni, na Rússia, antes de se matar deixa como último poema: "se morrer nesta vi

da não é novo, tampouco há novidade em estar vivo". E, entre outros exemplos, podemos citar a poetisa brasileira, Ana Cristina César (1983): "o que importa é a carreira, não a vida. Contradição difícil. A vida parece laminha e a carreira é um narciso em flor".

Grande é a polêmica em torno do suicídio. As opiniões variam entre os diversos grupos sociais, os pensadores e na própria história. Enquanto para a maioria dos povos ocidentais da atualidade é condenado, para alguns povos primitivos era algo natural e até supervalorizado. Alguns destes grupos, por exemplo, encaravam-no como uma das saídas da vida. A existência para estes era baseada numa espécie de contrato firmado com a divindade. Caso algo não desse certo para alguma das partes, tanto o deus como o mortal teriam plena liberdade de tirar a vida: desistir do contrato (Zilboorg - 1936). Embora para grande parte dos filósofos ocidentais o suicído seja condenado, há também formulações opostas. Platão citava-o como um ato de covardia semelhante ade um soldado desertor da luta. Sêneca e os estóicos o exaltavam como um ato de heroísmo. Schopenhauer o considerava positivo e Voltaire escreveu sobre o assunto os seguintes versos: "quando perdemos tudo, quando não temos mais esperança: a vida é uma ignomínia de ser vivida: a morte é um dever:"

Na sociedade judaico-cristã ele passa a ser formalmente visto como negativo a partir do século V, com Santo Agostinho ("ninguém tem o direito de destruir a mais perfeita obra do cristão a vida humana"). Lutero o condenava veemencemente dizendo que, além de ser "uma afronta ao Criador, é uma vio

lação ao primeiro código religioso: "não matarás -, quinto mandamento do decálogo." Dante (1979), em a Divina Comédia, falando sobre a região destinada aos possíveis condenados do cristisnismo - segundo uma visão tradicional - deixa claro que os suicidas têm lá um lugar especial: o sétimo círculo do inferno, onde o sofrimento é bem maior: "de repente ouço um poema de lágrimas. São os suicidas que passam gementes."

Para os espíritas todo ser está fadado ao progresso espiritual na razão de seu próprio esforço, dentro do conceito da pluralidade de existências, a reencarnação. O suidica se verá em dificuldades porque, destruindo apenas o invólucro físico, continuará a existir em outro nível de consciência. Ele se verá envolvido em problemas sérios causados sobretudo pelo seu desenlace forçado, isto é, a morte pelo auto-aniquilamento (Pereira, 1985 e Kardec, 1974). Embora cada caso seja individual, na maioria das vezes terá de reencarnar de novo, só que em situações agravantes, atrasando sua emancipação espiritual. Ressalta-se ainda que um dos fatores preventivos do suicídio está na comunicação que, em geral, os adeptos desta doutrina realizam com os espíritos das pessoas que já deixaram a Terra. Tal intercâmbio, feito em reuniões mediúnicas privativas, funciona como a parte prática deste credo, pois acontecendo uma série de fenômenos previstos, reforça a fé desse grupo nos seus postulados básicos.

Como se pode observar, há autores e grupos que o condenam ou vêem nele um verdadeiro ato de loucura. Alguns, ao contrário, o defendem como uma das maiores formas de expressão da liberdade humana.

Contudo, independente do dilema " deve-se ou não afirmar a vida" e, antes de tudo, "em que consiste isto", as pessoas se matam: "contradição difícil" - falam os versos - "aqui só há lama demais..."

Desenvolvemos aqui a tão polêmica matéria do suicídio procurando nos desvencilhar de atitudes preconceituosas, sejam as que vêem nele um ato ligado apenas ao âmbito do intrapsíquico ("todo suicídio está ligado a um surto psicopatológico"), ou então aqueles que simplesmente o estimulam e lhe dão sinal verde, colocando-o no pedestal máximo da liberdade e da individualidade humana. Abordaremos nas páginas seguintes o que denominaremos "atitude suicida ", "crise de suicídio" ou "crise com a vida", fenômeno que pode acontecer com qualquer um e, no caso de ocorrer, longe de ser apenas um comportamento individual, é também o reflexo de um coletivo específico. Desta feita, considerando que grande é a polêmica ainda quanto as suas causas, mostraremos tal gênese ligada a uma pluralidade de fatores (individuais, familiares, sócio-culturais). Em suma, nosso estudo estará preocupado fundamentalmente com os aspectos terapêuticos e preventivos do suicídio dentro de uma cidade grande, no caso o Rio de Janeiro.

Para tanto será levantada toda uma discussão em dois níveis: a) - discussão a nível teórico (Capítulos II, III e IV; b) - discussão a nível de trabalho de campo (Capítulo V)

Com relação à parte teórica, no Capítulo II, será desenvolvido a conceituação do suicídio, além das principais teorizações quanto as suas causas, através de diferentes perspec

tivas: perspectiva individual, perspectiva familiar e perspectiva sócio-cultural.

O Capítulo III será abordado dentro de um caráter histórico. Veremos por exemplo que já no início da colonização européia o suicídio era comum no meio dos índios, muito em função do choque cultural despótico com o dito civilizado. Depois, a partir da escravização dos negros africanos, estes praticamente se matavam em massa, usando do suicídio como uma espécie de rebelião ou desespero contra o colono daquela época. No Capítulo IV discutiremos os conceitos de prevenção e as possíveis formas de atendimento às pessoas envolvidas na situação de suicídio dentro da sociedade. Veremos, entre outras coisas, que cada sociedade apresenta uma situação de suicídio específico e que esta se manifesta individualmente dentro de um contínuo: entre o instante em que se está vivo (primeiro momento) até o instante em que alguém se mata (momento extremo). É através desta perspectiva de contínuo que detectaremos a tendência ao suicídio, avaliando os possíveis graus dessa tendência, indo desde os primeiros graus (momentos em que se tem as primeiras fantasias, sonhos, desejos, etc), passando pelos graus intermediários (fase das tentativas) até os últimos graus (momentos do suicídio fatal). Detectar tal tendência será de vital importância em termos de tratamento e prevenção deste tipo de paciente, inclusive para podermos clarificarmo-nos quanto aos tipos de "intervenções possíveis" naquele momento e quanto ao que provavelmente poderá ser "indicado" ou "contra-indicado".

Quanto à discussão do trabalho de campo (Capítulo

V) será feita em duas fases. Na primeira fase levantaremos a taxa de suicídio de três regiões (Copacabana/Leme; Barra da Tijuca/São Conrado; Favela do Morro Santa Marta), com grandes disparidades urbanísticas: níveis sócio-econômicos diversos, nível de escolaridade distinto, condições de lazer diferente, etc. Numa segunda fase, serão discutidos, além dos dados acima, alguns pontos básicos do suicídio (conceituação, gênese e disparidades psíquicas e sociais) com profissionais denominados "especialistas" (médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, terapeutas de família), e ainda com outro grupo, constituído por "não-especialistas" (padres, pastores protestantes, espíritas Kardecistas). Tais dados serão interpretados quantitativamente e qualitativamente.

Para finalizar, no capítulo VI, está a proposta de um possível "Centro de Intervenção na Crise de suicídio no Rio de Janeiro." Tal idéia foi gestada ao longo deste estudo, baseada principalmente não só na nossa experiência profissional, mas em entrevistas com os "especialistas" e "não-especialistas", e ainda em contato com outros centros de prevençao do ao suicídio também apresentados nesta mesma pesquisa (Centro de Atendimento à crise de suicídio da Áustria - Viena; e o C.V.V. - Centro de Valorização a Vida do Rio de Janeiro).

II - SUICÍDIO: CONCEITUAÇÃO E PRINCIPAIS TEORIAS

II - SUICÍDIO: CONCEITUAÇÃO E PRINCIPAIS TEORIAS

A palavra suicídio (derivada do latim, sui: a si mesmo; cadere: morrer, ser imolado), foi usada pela primeira vez em 1737 pelo abade Desfontaine 1685/1745 - em Ruão, França. Até então referia-se acerca de tal situação com a expressão: "morte voluntária" (Pélicer - 1973).

A polêmica em torno do suicídio já inicia-se pela sua definição. Tratando-se de uma melhor compreensão da matéria, poucas se apresentam isentas de preconceitos. Entre outras, podemos citar:

Spencer: "o suicídio é contrário ao direito natural e à ordem moral".

Sêneca: "o suicídio é um ato de heroísmo".

Goethe: "o suicídio é um ato próprio da natureza humana e em cada época precisa ser repensado".

Kant: "suicídio é a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal".

Rosseau: "suicídio é uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros".

Quetelet: "O suicídio é uma felonia contra o próprio século".

M.Lutero: "o suicídio é obra de satã".

Nietzsche: "suicidar-se é admitir a morte no tempo certo e com liberdade".

Santo Agostinho: "Hominem Occidit, qui se ipsum Occidit".

Paulo Francis: "o suicídio é um direito inalienável do homem".

Sartre: "guardando as devidas excessões individuais, o suicídio é uma fuga ou um fracasso".

Montaigne: "a morte pelo próprio livre-arbítrio é a coisa mais linda da vida".

Schopenhauer: "o suicídio é a positivização máxima da vontade humana".

Halbwachs: "o suicídio é o termômetro moral dos grupos sociais".

Albert Camus: "o suicídio é o único problema filosófico realmente sério"[1]

Uma das melhores colocações a respeito é a de E. Durkheim, definindo-o como:

> "Todo caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo, cumprido pela vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado".
>
> Durkheim (1982 / pág. 16)

Entretanto, Durkheim não abarcou com sua definição os suicidas disfarçados ou os comportamentos inconscientemente

---

1 - Estas e as outras opiniões acerca do suicídio foram coletadas, entre outras obras, das seguintes fontes: Teixeira (1947), Lima (1913), Nietzsche (1983), Halbwachs (1930).

suicidas , como por exemplo, entre outros, os casos de alcoolismos; aqueles que brincam imprudentemente com a morte; os desinteressados por tudo inclusive quanto à própria saúde; muitos "acidentes", etc.

Preferimos entender tal fenômeno como uma atitude expressa dentro de um contínuo que vai desde o momento em que se está vivo e inicia-se o aparecimento das primeiras fantasias de auto-destruição, passando pelas tendências, tentativas, até o momento fatal. Tal atitude, nesta sucessão, está em função de todo o desenvolvimento físico, psíquico e social do indivíduo. variando de grupo para grupo e de sociedade em sociedade.

Este entendimento de suicídio dentro de um contínuo é idéia defendida, entre outros autores, por Stubbe. Argumenta que raciocinar dentro desta perspectiva é pensar não propriamente em suicídio, mas em graus de suicídio. Eles variam basicamente em número de cinco: no primeiro, encontramos as idéias de suicídio , sem grandes manifestações. No segundo, estão os desejos suicidas. Estes comumente acompanham as idéias, aqui um pouco mais fortes. No terceiro, já encontramos as ameaças de suicídio. Neste grau a intenção é claramente expressa e, mesmo não se realizando a ação concreta, há o aviso. No quarto, estão as tentativas , apresentando diversas variações simuladas: desde gestos até tentativas frustradas, há todo uma série de instantes intermediários, verdadeiro jogo entre a vida e a morte. É uma fase melindrosa: caso não se dê o devido valor, as tentativas tornam-se um suicídio concreto. Quinto e último, é o próprio suicídio fatal, onde o

desfecho é a morte de si mesmo.

Por que as pessoas se suicidam?

No tocante às suas causas, geralmente, está envolvida uma multiplicidade de fatores. Discutiremos tal polêmica pelas principais teorias e a partir de três perspectivas básicas: A) Perspectiva individual (ponto de vista psicológico e somático); B) Perspectiva familiar e C) Perspectiva sócio-cultural.

A) Perspectiva Individual

A.1 - Ponto de vista psicológico

Pela ótica psicanalítica, segundo Abadi (1973), a perda de um objeto libidinal valioso pode ser uma das fortes motivações para o suicídio. Desaparecer da vida é um forte desejo do suicida, tal como já desapareceu para ele seu ser amado. Esta identificação com o indivíduo querido morto é tão intensa que acaba induzindo-o a matar-se, diante da impossibilidade de recuperar o objeto perdido.

A tragédia de Shakespeare pode nos ilustrar isto. Cleópatra, depois de constatar que Antônio morreu, e não podendo tê-lo novamente em seus braços, suicida-se com uma picada no seio, dizendo:

> "Tão suave quanto o bálsamo, tão brando quanto o ar, tão doce... Ó Antônio! Sim, vou também alimentar-te. Por que espe

rar mais tempo?"

Ato V, Cena 2
(Shakespeare - 1969 Antônio e Cleópatra)

Uma outra premissa, dentro ainda da psicanálise, é no tocante ao paciente depressivo. Diz Fenichel (1945) que quando um paciente deste nível comete suicídio está efetivamente voltando o sadismo de seu super-ego contra si mesmo. O suicídio aqui é uma atitude de auto-sadismo intenso. O Eu realiza uma ação agressiva contra si, de forma que consegue destruir-se. O próprio Freud (1917) afirmava: "é exclusivamente esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao suicídio e torna a melancolia tão interessante e perigosa"[2]. O melancólico, ao dirigir uma agressão contra si, em realidade quer atacar um objeto exterior. Na impossibilidade de realizar a agressividade fora dele, volta-a contra si próprio, reforçando a tese de que "ninguém se mata, senão deseja matar outro alguém".

Pela dificuldade de realizar sua agressão ao meio que oprimia, Hamlet afirma:

> "Ser ou não ser... eis a questão, O que é mais nobre para a alma: suportar os dardos e arremessos do fado sempre adverso ou armar-se contra um mar de desventuras e dar-lhes um fim tentando resistir-lhes? Morrer... dormir... mais nada..."
>
> Ato III, Cena 1
>
> (Shakespeare - ob.cit./Hamlet)

---

2 - Freud não desenvolveu uma teoria específica sobre o suicídio. Ele apenas fez breves considerações em termos de "suicídio auto-agressivo" e "suicídio narcísico". Apesar disto, seus seguidores desenvolveram melhor tal ponto, conforme tentamos mostrar aqui. De forma geral, na obra freudiana encontramos menção ao suicídio em "Luto e melancolia"(1917), "Introdução ao Narcisismo" (1914) e no "Ego e o Id"(1923).

Menninger (1970), também neo-freudiano, diz que o suicídio antes de ocorrer por uma "agressão contra si mesmo" ou por "identificação narcísica" é um produto da preponderância do instinto de morte sobre o instinto de vida nos indivíduos. Argumenta que em todo indivíduo há dois instintos básicos: eros e tânatos. Inicialmente funcionam em uma mesma direção e, por influência de fatores externos (nascimento, desenvolvimento e experiências vitais), voltam-se para o exterior. Desta maneira extrovertem a tendência agressiva ou destrutiva, tornando-a erótica. O suicídio acontece quando algo ocorre quebrando esta extroversão e os instintos se introvertem: o de preservação é neutralizado, o de morte entra em voga. Tal mudança na extroversão dos instintos relaciona-se a fatores externos tais como atitudes e costumes sociais, padrões familiares e ainda distorções da realidade.

Foi em função da luta entre eros e tânatos que o célebre Dr. Fausto, de Goethe, sentindo-se velho e até com idéias de auto-aniquilamento, é induzido a vender-se em troca de mais alguns anos de intensa vitalidade. É selado o pacto de "vender a alma ao diabo", famoso na literatura universal, pelas seguintes palavras:

> "Fie-se em mim - diz Mefistófeles - se há coisa que descarregue oitenta anos, é isto..."
>
> Ato VII, cena 1
> (Goethe - Fausto)

Inúmeras são as teorias que podem enriquecer a perspectiva psicológica quanto ao suicídio. Sintetizando, trataremos ainda os pontos de vista culturalista, behaviorista, trans

cultural e existencial.

Para Karen Horney (1966) o suicídio está relacionado com três motivações básicas: 1 - submersão; 2 - solução auto-anuladora e 3 - ódio de si mesmo. Na primeira delas estão os indivíduos educados sob uma égide que acaba não os ligando a nada, são totalmente indiferentes a tudo. Alguns pensam estar nas alturas - seja a nível de classe sócio-econômica ou intelectualmente falando. Um belo dia, percebendo não estarem ligados a nada, correm perigo de cair das alturas. A submersão entra aí como uma atração dos abismos que passa a ser-lhes fascinantes. Tal motivação representa o abandono da luta, deixando campo livre para os impulsos auto-destruidores. Na segunda, leva-se em conta todo o quadro psicológico e não apenas um de seus aspectos, pois o indivíduo vive o choque de duas tendências em si mesmo: a tendência de sobrevivência e a auto-anuladora. Vencendo esta última, ocorre a fantasia ou a ameaça do suicídio. Também pode acontecer que o indivíduo adoeça e não queira resistir à moléstia. A terceira motivação caracteriza-se pelo alheamento do Eu. Há todo um processo onde os impulsos auto-destruidores atuam diretamente - seja de forma aguda ou crônica, violenta ou insidiosa, realizando-se em ações ou só na imaginação - cujo objetivo é o auto-aniquilamento físico e espiritual. (Cardoso - 1969).

Baudelaire (1971) tem uns versos que nos ilustram esta última situação:

"A morte é que nos faz viver
E nos conforta,
É o objetivo da vida,

É a única esperança".

(Baudelaire, 1971)

Seligman (1979), observando o comportamento de cachorros diante de experiências em que recebiam choques sem a possibilidade de fuga, notou que aprendiam comportamentos passivos os quais provocariam depressões psicológicas intensamente fortes. Em outras palavras, podemos entender esta teoria de compreensão behaviorista da seguinte forma: o suicídio pode ocorrer decorrente de uma aprendizagem com predomínio da perda do reforço positivo, em cujo pano de fundo estão as depressões psicológicas.

Stubbe e Bojanovsky (1982), objetivando estudo integrado de fatores sócio-culturais, psicológicos e biológicos acerca das depressões endógenas, postulam que 10% a 15% dos pacientes com este tipo de situação existencial certamente se suicidam. Dizem tais autores que, neste tipo de depressão há uma predominância de fatores somáticos, além de sociais e psicológicos.

Para Gaiarsa (1984) a idéia ou ato do suicídio é uma defesa contra a ação de deixar-se morrer. Em outras palavras, a cada grande mudança da vida há também uma grande morte e, diante da dificuldade gerada em "deixar-se morrer", pode ocorrer o suicídio. É necessário que nasça o adolescente e morra a criança, é preciso que morra a mulher solteira para nascer a casada, a morte do estudante equivale ao nascimento do profissional e assim por diante:

> "Fala-se muito da neurose profissional do recém-formado, da neurose da mãe de primeiro filho, da neurose da mãe de primeira gravidez, da neurose do primeiro casamento. São ocasiões, digamos assim, oficiais, em que é preciso *se deixar morrer*, porque matar-se é realmente muito difícil"...
>
> (Gaiarsa /Ob. cit. pág. 173)

Diz tal autor que a grande questão reside aqui. Não é tão fácil matar-se ou mudar. Isto implica muitas vezes ter que enterrar milhões de hábitos para o que nem sempre estamos preparados. Não é simplesmente dizendo "eu quero" que magicamente se consegue tal coisa. Milhares de imprevisíveis circunstâncias acontecem por esta estrada e quem quer que faça um programa corre o risco também de chegar a um resultado às vezes diferente daquilo que planejou. Além de sinalizar todo um cuidado que se deve ter com estas mudanças ou mortes constantes no caminho, o próprio Gaiarsa formula uma questão e também responde: "Como é que vou me matar eficientemente?" -"Não tirando minha vida mas inativando todos meus hábitos" (pág.173, ob. cit.)

A.2 - Ponto de vista somático:

Alguns autores, entre os quais Veith (1965) , afirmam que o suicídio pode acontecer por fatores somáticos, sejam por depressões endógenas ou mesmo por algum distúrbio cerebral. Apesar de como o próprio argumenta, as autópsias des

tes pacientes acusarem certos distúrbios anatomicamente falando, tal visão ainda é discutível sobretudo porque não se pode afirmar com certeza que esta causa por si só seja determinante. Comumente, diante de tal situação, tais distúrbios são acrescidos e agravados por outros fatores que, juntos, podem levar o indivíduo a se matar.

B) Perspectiva Familiar

"É preciso matar nossos pais.
É necessário saber fazê-lo:
Para não cometermos suicídio!"

Calderoni

(In: Freire - "Viva Eu/Viva/Tu/Viva Rabo do Tatu")

Dentro de vários pontos de vista relacionando o suicídio e o grupo familiar, destacamos a teoria de socialização de Hendin (1964). A partir de um estudo comparativos das famílias de regiões com um índice de suicídio alto (Suécia, Finlândia e Dinamarca) com as de índice baixo (Noruega), postula que o suicídio estaria relacionado basicamente a um tipo de educação padronizada recebida por todos os membros do grupo em questão, predispondo-os freqüentemente à auto-eliminação fatal. Sintetizando seu pensamento, diríamos que geralmente as famílias com maior índice seriam aquelas cujos elementos apresentariam grande dificuldade em expressar-se emocionalmente, tendendo a um relacionamento fortemente racional.

Cavanna (1971), desenvolvendo estudo junto a jovens que tentaram o suicídio, aponta que as famílias dos mesmos apresentam comumente uma maior incidência de separação dos

pais, além de problemas com alcoolismo, perda precoce de parentes e uma grande tendência para um padrão simbiótico de relacionamento.

Alguns autores alemães, citados por Stubbe(1982),acusam que há uma forte predisposição genética no grupo familiar dos pacientes com depressões endógenas. Neste tipo de situação, dizem tais autores, o risco de suicídio é elevado. Estudos, feitos na Europa e nos Estados Unidos, acusam que 10% a 15% destes pacientes se suicidam.

Menninger (1970) diz que em termos de suicídio, quando este acontece uma ou várias vezes dentro de um grupo familiar,é, antes de tudo, uma manifestação de instinto de morte alcançando seu ápice neste segmento.

Stierlin (1978) relaciona o suicídio ao padrão comunicacional desenvolvido dentro da família. Tal autor, tendo sua formação em Paolo Alto (USA), assinala que o indivíduo busca a morte dentro destes agrupamentos através de "princípio de delegação". Em outros termos, o indivíduo se mata porque lhe é atribuído o papel de suicida como uma espécie de "bode expiatório" no grupo familiar em questão.

Falar em determinantes de suicídio é uma tarefa árdua. Diversas são as opiniões a respeito e, em geral, cada autor naturalmente prefere a ênfase próxima da sua formação. Sem negar a importância destas diversas teorizações , trataremos a seguir da perspectiva sócio-cultural. Achamos que diante do suicídio merece especial destaque, principalmente porque é através dela que todos estes fatores, em conjunto, manifes

tam-se, aumentando ou diminuindo a auto-destruição. Partilhamos da opinião, por exemplo, de que o suicídio é um ônus decorrente não só da secularização, mas sobretudo de uma industrialização e urbanização a qualquer preço. O conceito de progresso das sociedades ditas desenvolvidas está muito aquém da simples frase:

"Não sois máquinas
- Diz Chaplin.
Sois Homens..."

C) Perspectiva Social e Cultural

A teoria sociológica clássica que se propõe a explicar o suicídio é a de Émile Durkheim, cuja obra em primeira edição data de 1897. Através dele o suicídio passa a ser entendido também como uma criação social.

Diz que cada sociedade tem uma tendência específica ao suicídio e que esta varia em função dos diferentes estados dos meios sociais (grupo religioso, familiar, político, profissional, etc). Quando uma pessoa se mata é que houve certas condições sociais facilitadoras disto. Argumenta que o nível de integração entre os membros dos diversos grupos é uma destas tais condições. Por exemplo, constatou que, se na maioria dos países católicos o suicídio é raríssimo, nas nações protestantes é elevado. Quanto aos judeus, estes se matam menos que os protestantes e menos ainda que os católicos. A razão básica de um credo preservar mais do que o outro não está no fato deste induzir mais fé do que aquele na vida futura: sobretudo porque, de uma forma geral, todas as religiões apregoam isto. A

causa está na razão direta dos laços que podem estar mais ou menos fortalecidos nestes grupos. "O maior número de suicidas no protestantismo decorre do fato de que é uma igreja menos fortemente integrada do que a igreja católica" (Durkheim - 1982, p. 120). Solidificando ainda seu ponto de vista, cita a Inglaterra, onde o protestantismo é preponderante e ao mesmo tempo tem um baixo índice de católicos. Isto acontece porque o protestantismo anglicano dali é muito mais integrado do que as demais igrejas protestantes. Quanto aos judeus, o mesmo raciocínio pode ser usado: estes se matam menos, fundamentalmente em face de que sentindo-se perseguidos na grande maioria dos lugares, acabam por agregarem-se com mais intensidade, entre si. Novamente o preservativo acontece pela fortificação dos laços.

A questão colocada anteriormente, de que o suicídio aumenta nas sociedades na ocorrência da secularização cabe ser entendida aqui. Durkheim mostra que de uma forma geral a religião tem uma ação profilática sobre a auto-eliminação ... Aqui, o pormenor dos dogmas e dos ritos são secundários, o importante é o fato do grupo religioso ser um dos que mais promove e nutre uma vida coletiva intensa. Em outros termos, quanto maior a integração, maior a atitude de renúncia ... ao suicídio.

Já que o grupo religioso, por ser uma sociedade promotora de integração, preserva seus membros do suicídio, existem outros grupos sociais também desempenhando as mesmas funções. É o caso do grupo familiar, grupo político, urbano etc. - os quais podem aumentar ou diminuir a tendência ao suicídio.

Em termos de integração no grupo familiar, cabe res

saltar que há aqui questões importantes quanto ao suicídio: preferimos tratar separadamente tal ponto em outro trabalho resultado de pesquisas que já estamos desenvolvendo no momento. Por ora, além do já citado no item da "perspectiva familiar e o suicídio" daremos ainda rápidas pinceladas a partir de Durkheim.

Quanto maior a desintegração do grupo familiar, maior o índice de suicídio. A integração entre os membros não está em função propriamente do número de componentes ou sentimentos peculiares dos pais pelos filhos, mas em função de como funciona o grau de intensidade entre estes mesmos membros. "Ao dizer que um grupo possui vida comum menor que o outro significa que é menos fortemente integrado. Este grau de integração de um conjunto social tão - somente reflete a intensidade da vida coletiva que ali se desenvolve. Ele será mais uno e resistente quanto mais o intercâmbio entre seus elementos for mais dinâmico e continuado" (Durkheim, ob. cit. pág. 156). Em outras palavras, a família é um forte preventivo contra o suicídio na razão de sua integração.

Sintetizando o ponto de vista geral de tal autor, argumenta o próprio: "o suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais a que pertence o indivíduo" (ob. cit. p. 161).

Postula ainda que há quatro tipos básicos de suicídios: - Suicídios egoístas: onde há predomínio de uma *baixa integração* entre os membros dos grupos e o sentimento de individualidade é muito forte. Comum nos meios intelectuais.

Suicídios altruístas: *fortíssima integração* entre os membros e altíssimo sentimento de impessoalidade. Freqüente sobretudo nos meios militares onde a disciplina prepondera sempre sobre toda singularidade. A taxa de suicídio neste meio, que em geral leva o tradicionalismo a extremos, é inversamente proporcional à sociedade civil, segundo suas observações em países europeus.

- Suicídio anônimo: neste, o grau de regulação ou norma social é praticamente nulo. Exemplifica-se no mundo do comércio ou da indústria onde se vive mais em função do ímpeto econômico. Aqui não são respeitados, na maioria das vezes, os mínimos limites sociais. Não havendo a mínima regulação, os desejos tornam-se insaciáveis vez que o alvo a que tendem está sempre além de tudo que podem alcançar: tem-se sede de coisas novas, de prazeres ignorados, de sensações inéditas, mas que perdem todo o sabor quando desfrutadas. Por isto, ao menor revés, não há forças para suportá-lo .

- Suicídio fatalístico: situação onde esta mesma regulação não só está presente como é levada a extremos entre os elementos de tais grupos. Comum nos suicídios de religiosos fanáticos, ou qualquer outro segmento que leva a norma de seus preceitos às últimas conseqüências.

Durkheim relacionou os dois primeiros tipos aos graus de integração e os dois últimos aos graus de regulação ou normalização social. Apesar disto, basta uma observação atenta para que vejamos bastante parentesco tanto entre o "*egoísta*" e o "*Anônimo*", quanto entre "*Altruista*" e o "*fatalístico*". Tanto que alguns autores posteriores a ele, aprimoram estes conceitos.

Johnson (1965), por exemplo, enriquecendo as idéias durkheimianas, postula que todo tipo de suicídio social está relacionado diretamente com o grau de integração entre os membros da sociedade. Diz que quando a integração é *baixa* o índice é alto; sendo *equilibrada* o índice é pequeno, e quando é *alta*, é elevado novamente.

Pela perspectiva sócio-cultural podemos ainda citar Stubbe(1982), colocando que dentro dos diversos segmentos sociais podem ser encontrados também "grupos de altos riscos de suicídios". Caracteristicamente podemos reconhecer nestes grupamentos: os alcóolatras; os toxicômanos; os que tiveram perdas significativas (viúvas, divorciados, despatriados, por exemplo); indivíduos que perdem os vínculos sociais (na família, no emprego, entre outros); aqueles possuidores de uma dor crônica devido a doenças orgânicas ou psíquicas, etc.

Em termos de cultura ainda, o suicídio é freqüente nos grupos de imigrantes: tanto as imigrações internas quanto as externas (vide capítulo seguinte "o suicídio no Brasil"). Há diversos trabalhos tratando deste particular. Notadamente no Rio de Janeiro podemos citar Salles (1943) que aponta especialmente neste sentido.

Retomando a questão da integração nos grupos sociais e o suicídio, é possível observar que tanto regiões com grandes quanto com pequenas densidades demográficas tendem a ter, geralmente, menos integração entre os indivíduos e conseqüentemente apresentam taxas de suicídio elevada. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, especialmente por Capstick (1960), acu

sam que a taxa de suicídio é elevada principalmente nas regiões de grande e de baixíssima densidade. Enfatiza tal autor que de maneira global nos meios urbanos a variação suicidógena é maior do que no meio rural. Contudo, observando regiões na América do Norte onde a densidade é raríssima, constatou que ali também o suicídio acontece de maneira considerável.

Poucos são os trabalhos relacionando o suicídio e o campo, ou o suicídio e as áreas de rarefeitas densidades populacionais [3].

Quanto aos centros urbanos, há um número maior de pesquisas. Entre outras podemos citar Simmel (1950) argumentando que nas grandes metrópoles com o desenvolvimento de diversas instituições - financeiras, comunicacionais, tecnológicas, etc -, o indivíduo torna-se um mero elo em uma organização de coisas e de poderes. Em função de um determinado conceito de progresso, a criatura se verá, na maioria das vezes, praticamente extravasada de toda uma vida pessoal, afetiva. Tal criatura tenderá a relacionamentos frios, extremamente racionais e superficiais. O relacionamento impessoal é característica básica da metrópole: os laços são menos fortelecidos, opostamente a cidades bem menores no campo. Muitas vezes, imersos em tais situações nas cidades grandes, moramos anos em determinado bairro e nem conhecemos nosso vizinho.

Especificamente quanto a este assunto, pesquisas brasileiras desenvolvidas no Rio de Janeiro - tratando particularmente de um prédio em Copacabana, bairro de maior densidade

3 - Um trabalho interessante neste sentido é o LIMA Jr. (1984) intitulado "O suicídio vai ao campo", Museu Nacional, PPGAS-UFRJ/RJ.

desta mesma cidade - parecem comprovar os estudos de Simmel. Gilberto Velho (1973), estudando o prédio Estrela, situado no bairro citado anteriormente, entre outras coisas constata:

> "A relação entre os vizinhos é, de modo geral, tensa, quando não hostil. Poucas são as pessoas que se cumprimentam nos corredores e elevadores e menos ainda entabulam conversação. Isto se dá porque é muito comum que no primeiro contato entre vizinhos nasça desavença. Além disso, a noção de que é "preciso aprender a se defender" faz com que a maioria das pessoas esteja permanentemente em guarda contra qualquer tipo de aproximação. A frase "não quero saber do vizinho" ou "não me meto na vida dos outros, não quero que se metam na minha", define a disposição dos moradores".
>
> Velho/Ob. cit. p.43

Quanto ao suicídio e os grupos de baixo poder aquisitivo, nem sempre se pode dizer que um fato está diretamente relacionado com o outro. Pesquisas realizadas na Inglaterra e nos Estados Unidos, sobretudo por Sainsbury (1965) e Stengel (1964), averiguando os índices em diversos níveis sócio-econômicos, mostram que os segmentos considerados mais pobres não têm a maior taxa.

Postula ainda tal visão que, tratando-se de suicídio, antes do fator pobreza está o nível de ambição e frustração: freqüentemente mais problemático para os meios mais instruídos e de maior poder aquisitivo. É principalmente nestes últimos meios que se encontram, em geral, a maior incidência de suicídios.

Um destes estudos foi realizado comparando níveis sócio-econômicos instruídos, considerados de maior poder aquisi

tivo, com outros de menor instrução e mais pobres, economicamente falando, da sociedade americana (pretos do sul dos Estados Unidos). Observou-se uma incidência menor de suicídio justamente neste último meio mais carente.

Na Alemanha Ocidental há outro estudo mais ou menos semelhante: os grupos de maiores índices não são de camada mais carente, economicamente falando, e sim os trabalhadores sem especialização profissional. Neste país, de uma forma geral, os trabalhadores com profissão definida não têm a maior taxa - já aqueles sem ocupações específicas, ganhando até mais dinheiro, se suicidam mais.

No tocante às grandes crises econômicas na sociedade, não se pode afirmar que estas por si só aumentam os riscos. Stubbe (1982) argumenta que, embora tais crises influam no comportamento social, elas em si não são o fator de maior peso para o suicídio: quando elas acontecem - como por exemplo - a "crise de 1929" -, o suicídio aparece muito mais pela perda súbita da riqueza do que a crise econômica em si. Sobretudo se a criatura já possuir determinada tendência para o ato.

Trazendo um exemplo sobre tentativas de suicídio e as crises econômicas, cabe ilustrar novamente com a Alemanha Ocidental. Logo após a segunda grande guerra tal país estava envolvido com uma das maiores crises econômicas, faltando muitas vezes alimentação para grande parte da população, neste dado momento, os índices estavam baixos. Na medida em que a recessão foi diminuindo, as indústrias começaram a se reacender, a economia a prosperar, a taxa de tentativas foi se

elevando.

Tentando dar um panorama do suicídio de maneira globalizante, pode-se dizer que, na sociedade moderna, a incidência é maior principalmente nos países do primeiro mundo. Segundo World Health Statistics Annual Geneve (1975/79) - H.C.D. (list) -, entre os países destacam-se, no ano de 1975 e 1976, as seguintes taxas de suicídio por 100 mil habitantes:

Ano de 1976

. Áustria	22,7
. Alemanha Ocidental.	21,7
. Suíça	22,1
. Suécia.	18,9
. Japão	17,6
. Canadá.	12,4
. USA	12,7
. Inglaterra e Gales.	7,8
. Cingapura	11,3
. Uruguai	10,9
. Chile	5,6
. Venezuela	4,5
. Tailândia	4,5
. Hong-Kong	14,7

Ano de 1975

. Irlanda.	4,7
. Finlândia.	25,0
. Portugal	8,5
. Porto Rico	7,7
. Grécia	2,8

Em termos gerais ainda sobre a ocorrência do suicídio, observa-se que sua incidência é crescente nos meios de maior instrução e de maior poder aquisitivo. Os homens matam-se mais do que as mulheres. Estas ultrapassam o sexo masculino nas tentativas. Na maioria das nações, enquanto os velhos se suicidam mais, os jovens têm uma elevada taxa no tocante às tentativas.

Sobre a situação específica do suicídio no Brasil, pode-se dizer que somos considerados pela Organização Mundial de Saúde - O. M. S. - um país que está abaixo da média suicidógena. O mesmo pode ser extensivo a toda a América Latina, com exceção de Cuba- ainda de acordo com o mesmo Relatório.

Contudo, levando em conta trabalhos suecos, feitos em diversas nações, indicando que o suicídio cresce com a industrialização, a urbanização e a secularização das sociedades, é esperado que em nossa pátria - com o desenvolvimento destes fatores - haja um considerável aumento. Estudos brasileiros já mostram que os suicídios vêm crescendo em grandes metrópoles, como é o caso do Rio de Janeiro, segundo Tácito (1939) e Salles (1943).

III - O SUICÍDIO NO BRASIL

III - O SUICÍDIO NO BRASIL

Baseando-se na história brasileira, desde seu descobrimento até os dias, atuais, segundo Stubbe (1984), podemos observar a elevação considerável do número de suicídios basicamente em três fases: no meio dos índios, no grupo dos escravos africanos e, por último, no meio dos europeus e posteriores descedentes propriamente ditos[1].

Quanto aos índios brasileiros, de acordo com Soares de Souza (1879), o suicídio ganha destaque a partir de 1500 com o advento da colonização portuguesa. Possivelmente tais causas estão relacionadas com as diversas crises com o colonizador, geradores de choques culturais, perdas de valores, de identidade, etc.[2].

Outro fator de relevo é que o colonizador, antes da escravidão do negro africano, tentou a mesma experiência com os indígenas: estes não só apresentavam-se na maioria das vezes insubordinados e fugiam como, quando não o faziam, se matavam.

Há ainda a época da invasão dos holandeses e franceses que, em conflitos com os portugueses pela disputa do solo

---

1 Tal hipótese de nenhum modo admite que o suicídio esteja ligado ao aspecto da raça. Pelo contrário, Stubbe, ao discutir estas três fases, relaciona o suicídio a fatores e crises sócio-culturais que cada um destes segmentos enfrentou: os índios com uma colonização despótica; os africanos com a escravização e os europeus e seus descendentes, com todos os problemas próprios do imigrante e a posterior industrialização, urbanização e secularização da sociedade como veremos.

2 Os índios referidos aqui por Soares de Souza são especificamente os de língua tupi-guarani, habitantes da costa brasileira de então.

brasileiro, usavam do índio como uma espécie de linha de frente nestas disputas. Ou seja, novamente dando a entender que, embora tais indígenas fossem os verdadeiros nativos da terra, diante do dito homem civilizado de então não passavam de simples objetos para serem usados a seu bel prazer.

Existe uma certa controvérsia com relação a este ponto de vista. Considerando que estudos tanatológicos mostram que o conceito de "morte" varia com o tempo e de cultura para cultura, até que ponto poderíamos afirmar que o "suicídio" daqueles índios teria imediatamente o mesmo conceito de "morte" e de "suicídio" que o da nossa sociedade ocidental urbana? Contudo, mesmo levando em conta que os dados colhidos acerca de tal situação eram feitos principalmente através de frades e de certos viajantes de então, há ainda toda uma literatura da época acusando o mesmo tipo de morte nos índios da América Central e Caribe e no Cone Sul Americano em geral. Sobretudo Friederici* (1936) e Wisse (1933) constatam que algo deve ter acontecido no caráter desta colonização européia, pois os indígenas destas regiões, ao contato com a mesma, apresentavam a situação de suicídio.

No tocante aos escravos, Debret (s.d.) e Rugenhas (s.d.) entre outros, argumentam que é principalmente a partir do "tráfico negreiro" que os índices cresceram. A opção do suicídio foi o recurso trágico de que se valeram nossos irmãos africanos na tentativa de fugirem aos rigores do regime que os oprimia. Além da abreviação dos padecimentos físicos e morais, o negro via nesta alternativa certa vingança contra o detestado senhor. Transcrevemos abaixo alguns trechos de diferentes re

---

* FRIEDERICI (1936) em Stubbe, H. - On Socialhistory of suicidical behavior in Brazil (1500-1985). XIII Congresso Internacional de Prevenção ao Suicídio e Intervenção de Crise (IASP). Viena, Julho, 1-4, 1985.

giões do Brasil da época:

> "Em 1848, na Bahia, segundo o relatório do chefe de polícia de então, dos 33 suicídios - 2 foram de crioulos, 26 de africanos: todos escravos. Em 1861, como consta na declaração da mesma província, em 43 suicídios, 19 foram praticados por escravos, sendo a maior parte deles africanos.
> "De acordo com o chefe de polícia da Corte em documento apresentado pelo ministro da Justiça, José T. Nabuco de Araujo, em maio de 1866, dos 23 suicídios verificados naquele exercício, 16 foram por escravos.
> "Em S. Paulo, em 1864, dos 9 suicídios ocorridos, 6 foram de escravos. E, em 1870, na mesma cidade, dos 17 suicidas 11 eram escravos.
> "Em Santa Catarina, no ano de 1872, em relatório de 25 de março, o presidente da província informa: "os suicídios foram realizados por dois escravos e aconteceram por estrangulação. Ignora-se o motivo de um deles. Do que se sabe, em relação a um dos suicidas é que o mesmo nutria receio de ser castigado por seu senhor, em conseqüência de não haver o satisfeito com os jornais devidos".
>
> (Goulart, 1972, pág. 125)

Curioso é que em alguns destes escravos o desejo de se auto-eliminar era bastante forte, parecendo que, com esta atitude, desafiavam o poder escravizador. Independente do proprietário decidir sobre o destino do negro, seja condenando-o para o açoite, seja para o sofrimento do tronco, seja à vergonha da golhinha, apesar destes barbarismos, este mesmo verdugo não era totalmente poderoso como parecia: existia um espaço singular - a vontade de viver ou não do negro - que tal déspota não controlava e de que não era dono absoluto.

Certos negros, por exemplo, valendo-se dos mais variados processos, constantemente sublevavam-se contra o cati

veiro e suicidavam-se comendo terra ou engolindo a própria língua, obstruindo a glote e provocando asfixia:

> "Trágico e belo, uma espécie de heroísmo que o desespero acordava na alma dêsses relegados era o suicídio pela auto-asfixia que eles provocavam engolindo a própria língua, obturando com ela a passagem de ar até que sobreviesse a morte."
>
> (Dornas Filho, 1939 p. 61)

> "Houve os que se suicidavam comendo terra, enforcando-se, envenendo-se com ervas e potagens dos mandigueiros".
>
> (Freyre, 1950 pág. 752)

Inúmeras poderiam ser as causas destes suicídios. Fundamentalmente, há aqui duas causas em jogo: suicídio pelo banzo, suicídio por rebelião.

Banzo seria a designação de uma espécie de sentimento de saudade da terra natal perdida que os negros apresentavam os quais, dada a escravidão, só teriam possibilidade de retorno pela ressurreição ou reencarnação - fatos em que acreditavam. Vemos aqui uma forma individual de suicídio porque a partir deste sentimento a pessoa escravizada se apresentava bastante triste, melancólica e com grande abatimento. Dentre os diversos relatos e textos a respeito, destacamos o de Querino:

> "A nostalgia apoderou-se dos infelizes, e o filho do deserto adusto, recordando a impetuosidade do vento, o murmúrio branco da cascata, o eco adormecido das florestas do torrão natal, angustiado pelo rigor da escravidão cruel, mortificado de pesares, uma única idéia lhe perpassava na mente, um pensamento único lhe assaltava o espírito: a idéia sacrossanta da liberdade que ele tinha gravada no íntimo de sua alma... Os mais impacientes atiravam-se à correnteza dos rios ou às águas revoltas do mar, atenazados por

> desesperos sem nome, na incerteza de obter o bem perdido, em a mais tênue miragem de esperança, sob a esmagadora persuassão de ressuscitarem na terra amada..."
>
> (Querino, 1938 p. 146-146)

Rebelião pelo suicídio seria uma espécie de forma coletiva reativa do escravizado em face a grande opressão que vivia. Este tipo de suicídio parece acompanhar o próprio Homem na história universal; diante de regime ou meio hostil caso não reste praticamente nenhuma outra alternativa, em tais circunstâncias, freqüentemente a criatura se mata[3].

Diversos são os exemplos deste tipo de auto-destruição no meio dos negros, entre outros, para ilustrar, trazemos:

> "Em 1855, no dia 28 de outubro, em S. Mateus (Esp. Santo), a escrava Pulquéria, da Sra. Leocádia Maria dos Anjos, achando-se presa num paiol - depósito de farinha - tentou arrombar a porta, para fugir. Não o conseguindo e temendo ser castigada, cortou a garganta com uma faca".
>
> (De Novaes, 1963 p. 46)

---

3 Em pleno século XX, Michel Foucault percebe tal fato. Tendo a oportunidade de estar no Irã nos dias que antecederam à queda do antigo regime do Xá Reza Pahlevi, notou que - independente do questionável Khomeini - a população apresentou uma rebelião "sui generis". Quando um homem isolado, um grupo, uma minoria ou um povo inteiro resolve vivenciar frases como "eu não obedeço mais" ou "para que o Xá morra estamos preparados para morrer aos milhares"..., este momento é muito particular na vida destes indivíduos. Quando as pessoas estão dispostas a arriscar a própria existência espontaneamente frente a metralhadoras ou patíbulos e mesmo diante de qualquer forma de opressão hostil, principalmente numa situação desta, vive-se então o instante da sublevação. Diz o filósofo francês que é através da possibilidade de nos sublevarmos que o poder sobre o Homem, por mais despótico ou não, nunca é tão poderoso como parece ser, existem regiões dos desejos humanos que qualquer espécie de poder - por mais eficaz, sutil ou controlador - não domina ou legisla totalmente a seu bel prazer ! (Transcrito do "Le Monde" / IN - "O elogio da sublevação", M. Foucault, Jornal Movimento, S.P., 21 a 27/5/79 - p. 17).

> "Em 1873, o chefe da polícia da Província do Rio de Janeiro, em declaração do presidente da mesma província, informa que a 20 de novembro do mesmo ano, na freguesia de Santa Tereza, em Valença, o preto fugido Antônio, escravo de José Maximiano de Carvalho, por ocasião de ser capturado, cravou em si no ventre uma faca, o que lhe produziu instantâneamente a morte".
>
> (Goulard, ob.cit. pp. 125-126)

Cabe aqui um ligeiro parêntese quanto à situação de suicídio e meios hostis. A definição de suicídio varia além de cultura para cultura, contexto para contexto, em função de interesses políticos e pessoais de determinado grupo. Observa-se que em determinados regimes ou lugares totalitários, como, por exemplo, o interrogatório exercido em certos cárceres de polícia comum ou política, se a vítima morre por torturas infligidas, principalmente nesta situação, tais verdugos têm interesses em definir estas mortes como "suicídas". O contrário também acontece: alguns hospitais psiquátricos preocupados em salvaguardar seu "bom nome" ou um "eficiente tratamento", quando um paciente mata a si, intra-muros, evitam o máximo dar o obtuário de suicídio. Ou seja, quando tal acontecimento ocorre cria-se qualquer outra "causa mortis" desde que não seja a ameaçadora e pecaminosa morte por suicídio dentro daquele estabelecimento.

Parece que, ao morrer desta maneira, sobretudo em situações como esta, fica mais do que evidente que o suicida não é um desviante mas um divergente da cultura (representada naquele momento pela instituição asilar) que o oprime.

Em relação ao suicídio dos europeus propriamente ditos, como terceira das fases básicas da auto-eliminação no

Brasil, pode-se argumentar ainda que se subdivide em outras duas sub-fases: a) fase do imigrante; b) fase da república.

É basicamente a partir de 1808, com a vinda de D. João VI e a corte para o Brasil, que esta primeira sub - fase inicia-se. Temos aí o marco onde o número de suicídios no meio dos imigrantes ganha destaque. Não é muito obscuro perceber que, com a transferência da corte da metrópole para a colônia, uma série de modificações aconteceram não só a nível econômico mas também na política, nas artes, na arquitetura e sobretudo nos costumes. Como uma destas modificações podemos citar o número considerável de imigrantes principalmente nas regiões sul e sudeste brasileiro. Foi nestas terras, com o desenvolvimento da lavoura e os primórdios da industrialização somadas a carência de mão de obra especializada, que proliferou o número de imigrantes: sobretudo alemães, ingleses e italianos - os quais, em sua maioria, fugiam também de uma Europa cheia de convulsões políticas e sociais relativas àquela época.

Além disto, representando marco histórico em termos dos primeiros passos da industrialização, observa-se que D. João VI, uma vez instalado com a Corte no Brasil, cancela a proibição de 1750, a qual impedia a formação da indústria nacional, incentivando, assim, a atividade industrial independente (Abril 1980 - p. 147).

Nos anos que antecederam o século XIX, nova ordem econômica começa a despontar no nosso país, sobretudo com a Abolição (1888), com as levas de imigrantes e o advento da República (1889).

Diz o historiador Caio Prado Junior que em 1850 havia 50 indústrias no País, totalizando um capital de 7000 contos de réis (750.000 libras esterlinas). Em 1889, o capital invertido sobe a 400.000 contos (cerca de 25 milhões de libras), sendo 60% aplicado na indústria têxtil. Então de 1890 a 1895 serão fundadas 425 fábricas, com inversão de mais de 200.000 contos, isto é, 50% do total invertido no começo do período:

> "A grande mão de obra imigrante que afluía para as grandes cidades, as facilidades de crédito e a modernização dos transportes deram impulso definitivo e concentração industrial".
>
> (Abril, ob. cit. p. 148)

A seguir apresentaremos alguns dados demográficos relativos à população do país, em torno daquela época, e a entrada dos imigrantes, (vide Anexo I e Anexo II). É interessante observar não só o grande número de imigrações comparado à população total brasileira, como a particular nacionalidade de cada um destes mesmos imigrados.

Stubbe (1984) é da opinião de que o suicídio e a imigração daquela época ganham destaque sobretudo nas regiões sul e sudeste do Brasil e, dentro do quadro citado anteriormente, (Anexo II), especialmente o grupo de alemães possivelmente teteria os maiores índices.

Quanto às causas do suicídio e da imigração, podemos problematizar algumas questões. A primeira delas seria a constatação geral de que o imigrante leva consigo os costumes, tradições características e inclusive os próprios índices de suicídio de sua terra natal. Pesquisas brasileiras indicam que

os descendentes de imigrantes europeus, notadamente alemães, italianos e poloneses, localizados no sul do país, apresentam taxas altas. (Lima Jr. 1984).

Outro raciocínio é que a imigração por si só já é uma situação estressante e, na maioria das vezes, quando ocorre, o indivíduo sujeita-se a uma série de mudanças profundamente bruscas: além dos choques entre a cultura de origem e a nova que o acolhe, somadas as eventuais colisões de valores e toda uma possível problemática daí decorrente, há principalmente aqui o risco de quebra de vínculos a grupos significativos (irmãos, parentes, amigos e pessoas mais próximas) que, na vida de cada um, funciona como uma espécie de continente, grupo que de certa forma nos estrutura. Diz Berger (1978) que é através destes grupos que se fundamenta nossa identidade e nossa socialização nas sociedades. Embora não esteja descartada a grande possibilidade de modificação ou aprimoramento destes grupos fundamentais, eles têm papel vital para os indivíduos nos mais diversos meios sociais. Quando uma pessoa deixa de ter vínculos desta maneira e encontra uma série de dificuldades para resgatá-los imediatamente, o que é comum em situação de imigração, geralmente há problemas sérios de socialização e crises de identidade, risco inclusive de situações de suicídio.

Há ainda o argumento específico, quanto à imigração e o suicídio relativo ao credo religioso. Como já foi dito, de uma forma abrangente o imigrante tende a levar toda sua tradição, costumes, etc., ao passar de uma região para a outra; sendo assim, é importante observar a religião professada. Argumenta-se que um dos fatores implicados no suicídio é que mui

tos são protestantes: principalmente porque o estudo sobre tal matéria em diversos países tem apontado que os índices, freqüentemente, no meio destes adeptos é bem mais elevado que em outros credos.

Quanto à segunda sub-fase do suicídio no meio dos descendentes dos europeus que irão formar a população nacional, observa-se que é sobretudo a partir da república, 1889, que os índices cresceram nos grandes centros urbanos. Notadamente a partir desta data, com o crescimento paulatino das indústrias, a população brasileira começa a ser atraída pelas grandes cidades, sobretudo para as metrópoles do Rio de Janeiro e de São Paulo.

No tocante ao crescimento urbano e o suicídio, diversos são os trabalhos apontando isto: Alcântara Machado (1905), acusa que só na cidade de São Paulo, de 1901 a 1904 ocorreram 249 tentativas de suicídio. A população, naquela época, era de 286.000 habitantes - indicando portanto um coeficiente de 21.76 por 100.000 habitantes . No Rio de Janeiro, Caio Tácito (1939), em 1903, registra 60 casos de suicídio em uma população de 749.000 habitantes. Em 1938, o mesmo autor constata, ainda no Rio de Janeiro, agora com uma população de 1.848.000 habitantes, cerca de 338 casos. Lima (1913) aponta que só nesta última cidade, entre 1908 a 1912, aconteceram 519 suicídios e 1.197 tentativas.

Cabe frisar que nem todos os autores convergem neste ponto. Discordando da perspectiva, sobretudo a partir de Durkheim, de que o suicídio é mais freqüente nos meios urbanos de que nos rurais, Lima Jr. (1984) aponta que em determinadas cidades, no interior do Paraná, os índices apresentam propor

ções bem acima da própria média geral suicidógena brasileira. Considerando que nossa nação é considerada de baixo índice de suicídios por apresentar uma taxa de 5 a 10 suicídios por 100 mil habitantes, o autor citado, realizando pesquisa no sudoeste do Paraná, encontra regiões com um coeficiente excessivo, ou seja, mais de 20 suicídios por 100 mil habitantes.

Contudo, levando em conta que na região onde foi realizada tal pesquisa - sudoeste do Paraná - encontra-se uma população preponderante de imigrantes europeus (sobretudo alemães, poloneses e italianos) e que, como já vimos, alguns destes grupos tendem a trazer, entre outras coisas, os próprios índices de sua terra de origem, sendo assim, independentes de se estar ou não em meio rural, não estaria o fator próprio da imigração muito mais pregnante na discussão destes suicídios?

O Suicídio e as estatísticas

Achamos falacioso raciocinar na questão do suicídio simplesmente pelos dados estatísticos porque, entre outros argumentos, corre-se o risco de estarmos lidando com dados não totalmente exatos. Por exemplo pessoas há que morrem e, por preconceito, interesses pessoais ou políticos nem sempre são registrados como suicidas. Alguns obituários tidos como "acidentes" - causadas por atropelamento, bebedeira em excesso, tóxico em demasia, etc. - provavelmente, guardando as devidas exceções, também poderiam ser considerados casos de suicídio.

Mesmo levando em conta estes e outros cuidados quanto as análises estatísticas e a suicidologia, ainda assim acha

mos pertinente tal instrumento, sobretudo para enriquecer a visão globalizante deste estudo. Os dados estatísticos, embora tenham que ser relativizados como qualquer outro instrumento científico, podem também nos dar uma certa estimativa acerca de um fenômeno em determinada região e tempo - independente da margem de erro que ainda possam apresentar.

Considerando isto, apresentaremos a seguir dois quadros sobre a situação suicidológica no Brasil e especificamente no Rio de Janeiro, do começo do século para cá:

Suicídio no Brasil (Anexo III)

Suicídio no Rio de Janeiro (Anexo IV)

Inúmeras são as teorizações a respeito da grande incidência no meio desta população preponderantemente branca nos centros urbanos. Não aprofundaremos tal ponto aqui, uma vez que já foi discutido nesta pesquisa (vide "perspectiva sócio-cultural"). Talvez caiba relembrar, rapidamente, que de uma maneira geral o suicídio cresce com a urbanização, a industrialização e a secularização da sociedade. No Brasil, notadamente nas grandes cidades do sudeste e sul, a taxa de maneira geral é ascendente. Segundo o IBGE (1981), nas cidades brasileiras que tiverem o suicídio como causa morte, destacaram-se: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

É interessante ressaltar que tal taxa teve um decrés cimo durante a II grande guerra, sobretudo a partir de 1942, ano em que o Brasil entrou no conflito.

Quanto ao suicídio e à legislação brasileira, o código penal no artigo nº 122 prevê apenas crime por induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio : prisão de 2 a 6 anos quando o ato se consuma e 1 a 3 anos se, no caso de tentativa, resulta de lesão corporal de natureza grave (Juarez de Oliveira - 1982 p. 127).

Cabe frisar ainda que na história brasileira aconteceram alguns suicídios individuais, marcando época por características bem singulares. Destacamos, dentre eles, quatro principais: o suicídio - homicídio do escritor Euclides da Cunha, em 1909; o suicídio do inventor do avião, Santos Dumont, em 1932; o suicídio do escritor Stefan Zweig junto com a esposa em Petrópolis, em 1942 ; e o suicídio do presidente da república do Brasil, Getúlio Vargas que, em pleno exercício do poder em 1954, dá um tiro no coração.

Em 1909, no dia 15 de agosto, a sociedade brasileira foi abalada com a notícia da morte do escritor Euclides da Cunha, autor - entre outras obras - de Os sertões . Esta morte aconteceu em circunstância tais que arriscamos discuti-la como "suicídio-homicídio". Este escritor desafiou para uma luta de armas o tenente Dilhermano de Assis, comprovadamente exímio atirador, em face da situação de que o mesmo era amante de sua esposa. Ao travar tal conflito, foi eliminado imediatamente pela arma do tenente, (Abril cultural, 1980 - pp. 48-49). Considerando que provavelmente Euclides da Cunha sabia, como era de

público, que seu oponente era um dos melhores atiradores da época, até que ponto não estaríamos, neste caso, diante de um homicídio - suicídio: isto é, um suicídio premeditadamente inconsciente?

Outro suicídio que abalou nossa terra foi o de Albert Santos Dumont, o pai da aviação. Há muita controvérsia em torno de sua pessoa e inclusive quanto a sua genial invenção - o "14 Bis", uma rudimentar máquina que por recursos próprios conseguiu voar. Alguns alegam que os irmãos Wright, nos Estados Unidos, a 17 de dezembro de 1903, já tinham realizado tal intento. Outros, como os russos, reivindicam este feito também para si, alegando que o primeiro vôo foi realizado em 1882 por Alexandre Mozhaisky.

Polêmicas à parte, o fato é que em Paris, no ano de 1906, uma determinada instituição, visando a estimular os aviadores de então, estipula um prêmio para o primeiro homem que conseguisse voar em público "em uma máquina mais pesada que o ar": assim, em 26 de outubro do ano citado, dentre os concorrentes o vencedor foi Santos Dumont. Ele, perante grande número de pessoas presentes, correndo por terra 200 metros, ganha o prêmio voando a uma altura de 80 metros.

Tal feito foi grandemente divulgado pela imprensa de todo o mundo da época e, em ata de dezembro de 1910 - no aero Clube da França -, o brasileiro Santos Dumont é reconhecido e registrado como "o primeiro homem a voar". Considerando que nenhuma dessas coisas aconteceram com os outros citados anteriormente, o "14 Bis" pode ser tido como o primeiro avião a se elevar e se manter no ar por seus próprios meios (Barsa - 1964).

Quanto a sua pessoa, a discussão também é grande. Era considerado, por muitos, como um indivíduo bastante excêntrico: apesar de uma educação finíssima e de se vestir com a maior elegância, foi criatura extremamente difícil no trato com pessoas. Era de poucos relacionamentos; segundo dizem, constantemente preferia seus estudos a qualquer contato social. Alegam também que era bastante supersticioso e, principalmente no fim da vida, era dominado por pensamentos de que tudo que fazia estava fadado a "trazer azar para os indivíduos". Há toda uma áura de mistério em torno de sua pessoa. Consta que, logo depois de realizar o vôo do "14 bis" a partir de 1909, em meados da I guerra, ficou bastante abalado: sem grandes explicações, abandona os estudos que vinha desenvolvendo, elimina todos os documentos e escritos e, com um comportamento bastante melancólico, retorna ao Brasil. Ainda vai à Europa de novo mas volta a sua terra natal, em 1931, entrando então num processo de quase total reclusão em sua casa.

O que aconteceu? De fato, não se sabe. O certo é que em 1932 se suicidou. Uma das versões dadas é que todo seu desgosto iniciou-se quando percebeu que sua invenção, o avião, em vez de se prestar a fins exclusivamente pacíficos, estava sendo usada com muita eficiência em atividades de destruição.

Um suicídio de certa forma semelhante, deixando inclusive depoimento de desgosto por "uma Europa que se destruía", foi a de Stefan Zweig, escritor austríaco o qual, durante a II guerra, exilava-se por aqui. Afastado de sua pátria, discordando fervorosamente do nazismo que tentava conquistar o mundo de então, desiludido com o futuro da humanidade, o escritor jun

tamente com sua esposa, suicida-se com barbitúricos na sua residência em Petrópolis, em 1942. Com várias obras publicadas e consagradas, inclusive no Brasil - entre as quais destacamos : Coração Inquieto (Ed. Guanabara/Rio, 1939) -Stefan Zweig antes de se matar escreve em casa:

> "Antes de deixar a vida, por minha livre vontade e em perfeito juízo, apresso-me em cumprir um último dever: agradecer cordialmente, a esta maravilhosa terra, o Brasil, o sossego tão bom e hospitaleiro que me proporcionou, a mim e ao meu trabalho. Cada dia aprendi a amar mais esta terra e em nenhuma outra parte teria com mais satisfação recomeçado minha vida, depois de ter perecido para mim o mundo de minha própria língua, e quando a minha pátria espiritual, a Europa, se destrói a si mesma.
> "Porém, após os sessenta anos, seriam necessários energias especiais para, ainda uma vez, começar inteiramente de novo. E as minhas estão esgotadas pelos longos anos de peregrinação, sem pátria. Assim julgo melhor encerrar o tempo e de fronte erguida encerrar uma viagem para a qual o trabalho espiritual sempre foi a maior alegria e a liberdade humana o maior bem deste mundo.
> "Saúdo a todos os meus amigos! Possam eles ver a aurora depois de longa noite! "Eu, por demais impaciente, parto antes deles".
>
> - Stefan Zweig
> Petrópolis, 22/02/1942
> (Dines/1981)

O último dos quatro principais suicídios individuais destacados, e talvez um dos mais importantes para o destino deste país, foi o do presidente da república brasileira, Getúlio Vargas.

Getúlio, em 1954, no Rio de Janeiro - capital federal de então -,sentindo toda uma conspiração contra sua pessoa

e a presidência da república para escapar do "mar de lama" de que adversários políticos o acusavam, dá um tiro no coração(Querino Jr.1957) Segundo consta na sua última carta, tentando evitar um possível derramamento de sangue entre o povo e as forças conspiradoras, buscando afastar o golpe às instituições democráticas, "só lhe restava deixar o mundo pelo suicídio". Maluquice ou não, parece que o presidente Vargas acertou. Velha raposa política, através desta atitude o país inteiro foi mobilizado e, da "noite para o dia", ele inverteu os papéis, seus adversários ficaram fracos, sua morte virou um mito, seu desejo de salvaguardar as instituições foi cumprido: o golpe de Estado, naquele momento, sem "clima" ou respaldo na população, não aconteceu!

Infelizmente este viria 10 anos depois. Em 1964 as forças conservadoras, possivelmente já livres do "mito getulista" em defesa da "moral", dos "bons costumes" e da "segurança nacional" traem a constituição vigente: em nome da democracia e para evitar uma pretensa "república sindicalista", implantam uma ditadura! A partir desta data, e sobretudo de 1968 para frente, enquanto durou o governo da Tirania, fez-se noite no Brasil.

Na nossa interpretação o caso do presidente Vargas é uma ilustração do "suicídio causado pela ordem social e política". Ele como outras personalidades, sejam de maior ou de menor destaques, embora até venham eventualmente a falecer, influem na estrutura social do seu meio através desta atitude. Há indivíduos que, sob determinadas circunstâncias, as vezes arriscam suas vidas em função do interesse coletivo. Uma espécie de "suicidas heróicos", tais criaturas acabam estruturando grupos sociais e, quando muito, evitam até retrocessos políticos.

IV - PREVENÇÃO E TERAPIA

IV - PREVENÇÃO E TERAPIA

A - Partida

Mesmo a vida não parando,
Falta algo no mundo: você
se suicidou!

Hoje, jornais, críticos,
conhecidos, querem pô-la
em pedestal.
Ontem, antes de sua parti
da, quase ninguém entendia:
você simplesmente queria ser
amada como pessoa e mulher,
não só como gênio na arte.

Num ponto você venceu: muitas
coisas neste mundo são uma dro
ga. Noutro perdeu. Talvez juntos
pudéssemos nos opor ao manicômio
total. Só os verdadeiros amantes
São capazes de vencer a desesperan
ça da vida cotidiana.

Fico por aqui. O romantismo também
encasca os olhos. Por mim, você nun
ca cruzaria tal alfândega voluntaria
mente: se algum dia encontrarmo-nos
novamente, vou lhe dar um bom beijo
e também grande beliscão por isso.

Te amo!

(Viu como sou dos que também Manifestam
isto atrasado ?)

- José Titanic

(In: Bastos - 1984b)

Não é tarefa fácil pensar despreconceituosamente acerca do suicídio, muito menos discutir sua prevenção na nossa sociedade.

De que maneira a questão da morte, particularmente a sua, se coloca a você: sobretudo no sentido de que, independente do que for, um dia inevitavelmente ela o encontrará? Fim da linha?... Valeu a pena ter estado em um mundo como este?!

Este mundo: "não digo que a vida é bela - diz o poeta. Tampouco me nego a ela. Digo sim!" (Gullar - 1983 / p. 398).

Sim?!

Tendo em vista que os dirigentes das nações consideradas mais desenvolvidas preferem investir grandes fortunas em mísseis atômicos - os quais podem em minutos destruir o planêta -, em detrimento do combate à fome mundial ou da própria preservação e dignidade humana.

Levando em conta outros absurdos da sociedade - seja a nível geral ou individual - tidos muitas vezes como naturais, tais como a destruição da flora, da fauna, ou a morte de crianças e outros seres que não conseguem a mínima subsistência básica, muitas vezes, em função de um progresso e crescimento questionáveis.

Considerando as crises na vida familiar, no casamento, na vida de solteiro: a discriminação em cima da mulher, do louco, do homossexual, de uma vida sexual mais independente e preenchedora.

Considerando isto e outros fatores do gênero, cabe indagar: a vida valerá a pena ser vivida? Haveria sentido em viver? Quem sou eu e por que existir em um mundo como este?

Eis questões fundamentais colocadas, mais dia menos dia, para cada um. Quem sabe não serão estas as questões primeiras da existência , como diz Albert Camus.

Apesar destas indagações caberem a todos e estarem sendo postas há séculos, a espécie de "saída" só pode ser encontrada particular e singularmente. Diante de questionamento de tal nível, dificilmente se verá uma idêntica resposta para cada indivíduo. Sócrates, por exemplo, considerado o pai da filosofia ocidental, resolvendo sair pelas ruas colocando para si e para os outros formulações deste tipo, foi condenado ao suicídio pela sociedade de então: de acordo com a sentença do do seu tribunal, teve que tomar cicuta. Nietzsche, talvez um dos maiores pensadores dos últimos séculos, por tentar filosofar a respeito destas mesmas formulações, relacionando-as inclusive com o "saber" e o "poder", acabou isolado e incompreendido, terminando seus últimos dias envolto em comportamentos e atitudes facilmente identificadas, por uma psicologia e psiquiatria clássicas, como "esquizofrênicos".

A saída da cicuta, por um lado. A alternativa da loucura, por outro[1].

Independente disto, com estas duas saídas acima ou com outras milhares de alternativas singulares que possa haver,

---

1 Vide artigo: "Entre a cicuta e a loucura" - Gerardo Mello Mourão / IN: Folha de S.Paulo - S.Paulo, 27/8 - 1985.

continua a pergunta: a vida vale a pena ser vivida? que sou e por que estou neste mundo?

Principalmente para quem quer pesquisar e discutir a questão de prevenção suicídio, antes de tudo é necessário deparar-se com perguntas deste tipo:

> "É possível encontrar alternativa, neste mundo, que não seja a Cicuta ou a loucura?[2]

Feito isto, continuemos a discussão de prevenção e terapia.

Inúmeras podem ser as dificuldades daquele que desejar desenvolver estudos aprofundados acerca desta matéria. A primeira barreira que encontramos é um certo preconceito reinante em grande parte da sociedade ocidental moderna: é tabu falar da morte, quanto mais da morte pelo autoaniquilamento. Ariès (1977), desenvolvendo estudo específico sobre a história da morte no ocidente, mostra que a atitude frente a ela mudou com o tempo. Tal atitude, que em outras eras apresentava se "pública" e mais aceita, transforma-se sobretudo nos nossos dias na própria "negação", ou seja, o século XX é o apogeu da "negação da morte". Pode-se até falar dela, mas desde que seja em lugares ou instituições determinadas (hospitais, ambulatórios, necrotérios, etc), e seu discurso só ganha status de discurso sério se proferido através de especialistas (médicos, assistentes sociais, agentes funerários, etc). Não é à toa

---

2 Considerando que a morte também pode ser entendida como perda total de sentidos neste mundo, em que ponto a loucura - apesar de ainda conservar o corpo físico - não é bastante semelhante à opção da cicuta?

que o autor citado argumenta que o grande interdito da atualidade não é o sexo, mas a morte[3].

Outra dificuldade reinante é que, talvez devido a certa estreiteza acadêmica, muitos pesquisam o suicídio apenas por um ângulo: seja ele o do individual excessivo (psicologismo extremado) seja apenas o do social todo poderoso, determinador de tudo (sociologismo ou construtivismo exacerbado). Poucos são os trabalhos ou as visões que conseguem vê-lo dentro de uma posição integrada entre estas duas esferas, sem se deixar levar por uma "paixão" tendenciosa e cegante, colaborando ainda mais para a vã ilusão de que tais pontos estão sempre divididos e em oposição.

Assim como já foi defendido em páginas anteriores, o suicídio é assunto envolvendo uma pluralidade de fatores e, para analisá-lo de forma acurada, é bastante contraproducente guiar-se apenas por uma ótica; o mesmo pode ser colocado em relação a sua prevenção.

Diz Caplan (1980) que estudar a prevenção é deparar-se com um problema extensivo a toda a comunidade e não apenas

---

3 Partilhamos da opinião de que se deve dar especial atenção à atitude da morte sobretudo no tocante ao desenvolvimento do indivíduo. Por exemplo, comparando-a com a doença mental, apesar de alguns afirmarem que todos a temos - nem que seja em termos de núcleos -, tratando-se de duas pessoas, na hipótese de ambas serem portadoras e de viverem o mesmo número de anos, pode ser que em uma a dita doença se manifeste e na outra não. Entretanto, a morte inevitavelmente acontecerá a todos: independente da idade, classe social, nível de instrução, etc. Sendo assim, por que não implementar toda uma discussão em termos do conceito de morte, relacionando-o as suas diversas repercussões em cada fase do desenvolvimento psicológico dos seres, seja na infância, na adolescência, na maturidade e na velhice? (Bastos: "Morte o grande interdito do século XX - Mest. Psicologia Clínica da PUC/RJ)

aos indivíduos, suas famílias e os terapeutas: "Prevenção não pode ficar restrita apenas ao âmbito individual".

Por outro lado também, é preciso tomar cuidado para que, ao fazermos todo um estudo e levantamento acerca da prevenção em uma sociedade, não descambemos simplesmente em mais um movimento de controle social. Em outros termos, apesar de acharmos fundamental nos prevenirmos contra certas calamidades sociais, sem desmerecer a dor e as diversas dificuldades emocionais, é necessário também raciocinarmos em termos sócio-históricos acerca do que poderia estar significando a própria medida científica adotada para a situação que se propõe a "amparar" ou a "ajudar".

Primeiro, porque não existe atitude científica pura ou "neutra". Segundo, considerando que dentro desta proposta em nenhuma hipótese estamos fora deste planeta, em outras galáxias, mas inseridos em uma cultura e em um momento sócio-histórico específico(às vezes por detrás de todo um movimento humanitário, imbuído de toda boa intenção de fato, há também o risco de se estar apenas reproduzindo a norma social ou a política controladora vigente, seja ela estatal ou não[4]).

---

4 Não se trata aqui da visão maniqueísta de que há um lado "bom" e um lado "mau" em termos do poder. Referimo-nos à noção do poder da norma ou da disciplinalização social, defendido por Foucault (1979/a),espalhado tal como uma rede, se produzindo e reproduzindo nas diversas sociedades, sejam elas preponderantemente capitalistas ou socialistas pró-Moscou (capitalistas estatais). Por esta visão o poder disciplinador atua através dos indivíduos que sutilmente, na maioria das vezes, têm que admitir a ordem vigente, caso não queiram sofrer algum estigma por estarem fora do padrão da norma. Cai enfim o disciplinamento sobre os corpos, as sexualidades, os costumes, os padrões "positivados" e "aconselhados" de comportamentos. A gênese disto, para este filósofo francês, começou

Um exemplo clássico disto está na história da psiquiatria nacional. Ela, em torno do fim da década de vinte, através da LBHM (Liga Brasileira de Higiene Mental), começou a implementar toda uma política de prevenção baseada em conceitos eugenísticos. Alegando conceitos "científicos" e utilizando dados clínicos e estatísticos, a atitude preventiva transformou a psiquiatira em veículo de propaganda da ideologia eugenista, tão em voga na época. Argumentavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro:

> "a experiência de LBHM demonstra que a prevenção surge como uma exigência da cultura e não da teoria psiquiátrica (científica). Os psiquiatras, cedendo à idéia de prevenção, endossaram os preconceitos culturais da época e, o mais importante, assumiram o papel de mandatários da ordem social.
> Eles se acreditavam convocados a cumprir uma tarefa de cientistas quando eram chamados a se exprimir politicamente".
>
> (Costa - 1981 / p. 18)

Talvez nem seja preciso dizer que há também um lado, de que a prevenção feita visando principalmente ao aperfei

---

na passagem do Estado Medieval para o Estado Nacional moderno juntamente com o aparecimento das ciências humanas, ou a ciência da norma ou do "invisível". A sociedade, a partir daí, se estrutura em cima de padrões de conduta : se antes, no Estado Medieval clássico, era a lei - jurídico - formal que preponderava, agora é a norma : os indivíduos, em vez de serem punidos por aquilo que vierem a fazer, serão controlados antes mesmo de realizarem atitudes não aconselhadas e condenadas socialmente. É a idade do controle social, da sociedade da disciplina, a qual estamos vivendo, onde cada "camarada será um vigilante" e "cada vigilante um camarada". Na França tal sociedade originou-se entre o século XVII/XVIII, com a medicina social. No Brasil, a partir do século XIX, também pela medicina através da política higienista a qual, em nome de conceitos de "saúde", atuou na família e no corpo social como um todo, gerando um novo padrão de viver e grandes modificações nos costumes (Costa - 1979), (Donzelot - 1980); (Guattari - 1981).

çoamento técnico (seja visualizando a ampliação de mercado de trabalho, ou fundamentalmente o enriquecimento dos dados científicos sobre determinado fenômeno), é uma prevenção para academia e não para a comunidade. Pode-se observar certos trabalhos desta natureza que, apesar, de até estarem imbuídos de certo nível, deixam muito a desejar, pois atendem muito mais a necessidades de grupos sociais alheios àquela própria comunidade específica onde foi realizada a prevenção.

Entendo prevenção como algo que é determinado fundamentalmente pelo grupo comunitário específico sobre o qual esteja acontecendo determinado transtorno. Em cada sociedade, em cada contexto e tempo, ela se diversificará com suas particularidades próprias. Os técnicos ou os "especialistas" até podem entrar neste movimento, só que não estão com eles a gênese ou propriamente a direção deste trabalho. No caso do suicídio, por exemplo, uma coisa é observá-lo apenas pela ótica do indivíduo através da visão psiquiatrizante - "só se mata aquele que está psicótico" ou "isto é um problema do âmbito individual e a comunidade está fora"; outro caminho é pensá-lo em consonância com diversos fatores, inclusive sociais, relacionados com a própria defesa da vida dentro da sociedade: seja nos movimentos ecológicos, pela política formal (partidos, sindicatos, instituições educacionais, de saúde, de trabalho, etc), seja na na política do cotidiano da nossa vivência diária (na relação com nossa esposa, namorada, amigos, filhos, etc.)

Conceito de Prevenção

Segundo Caplan (1980), o entendimento de prevenção passa através de três subdivisões : prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

Prevenção primária seria qualquer plano ou programa implementado para reduzir determinados transtornos mentais em uma comunidade. Em outras palavras, seria todo um movimento levantado em função de um fenômeno cuja preocupação central seria a tomada de um número significativo de providências antes do mesmo vir a acontecer.

Em termos de suicídio, realizando-a neste momento, desenvolver-se-ia todo um trabalho de esclarecimento junto à população acerca de "idéias", "fantasias" e possíveis atitudes que provavelmente teriam grandes chances de levar à autodestruição: estaríamos, assim, percorrendo todo um caminho de combate ao fenômeno antes que qualquer indício aparecesse.

Prevenção secundária seria uma ação em cima da duração de um número significativo de acontecimentos cativos destes transtornos que se apresentam. Aqui estaríamos na fase onde nosso plano de ação, em termos de suiciodologia, trataria basicamente das tentativas de suicídio já manifestadas na comunidade em questão.

Prevenção terciária, ocorreria quando se está tratando da deteriorização ou efeitos destes transtornos mentais. Especificamente, também quanto à suicidologia, estaríamos nesta fa

se lidando com o suicídio propriamente dito.

Infelizmente, quem sabe se por toda a dificuldade em lidarmos com a morte e principalmente com a morte por suicídio, a sociedade geralmente só dá mais atenção à prevenção quando já se encontra no nível terciário. Lamentavelmente é preciso que alguém famoso se mate ou um parente ou pessoa mais próxima busque a mesma atitude para que possamos entender: não é só nos filmes, nos romances, mas na realidade das nossas próprias vidas que o suicídio acontece.

Nem sempre reparamos que ele, além de poder acontecer com qualquer um, está aí colocado no meio da sociedade e tanto podemos ser objetos da ação do suicídio como sujeitos.

Como são poucos os trabalhos brasileiros preventivos neste sentido, a seguir discutiremos algumas idéias básicas a respeito, sobretudo no nível primário e secundário.

Apresentaremos também a opinião colhida dentre alguns terapeutas, do Rio de Janeiro, ligados de uma maneira ou de outra a pacientes na situação de suicídio. (Vide cáp.V).

Somados a isto apresentaremos ainda algumas entrevistas sobre o suicídio com representantes de três credos básicos no Brasil: a igreja católica, a protestante e o espiritismo Kardecista (cápitulo V). Será apresentado também um centro de prevenção ao suicídio situado em Viena (Áustria) e outro que já atua no Brasil, aqui na cidade carioca, o C.V.V. Centro de Valorização da Vida. (Vide Centros de Intervenção - Final cáp. IV)

Por último, no cápitulo VI, uma proposta de Terapia e Prevenção: "centro de Intervenção na crise" de suicídio no

Rio de Janeiro.

Tendência ao Suicídio no Contínuo Existencial

Retornando à questão do começo deste trabalho(Capítulo II,"Conceituação e Principais Teorias"),em termos de suicídologia e prevenção, não existe propriamente o suicídio mas a atitude suicida expressa basicamente através de um contínuo que vai desde o instante em que se está vivo, começando pelas fantasias, desejos, sonhos (primeiros graus), passando pelos avisos, tentativas (graus crescentes), até a morte pelo suicídio propriamente dito (suicídio fatal ou grau extremo do contínuo).

Quando o suicídio fatal acontece ele é o final de todo um desenvolvimento desta atitude autodestrutiva nesta escala, ligado a uma particular história de vida. Além do que, é preciso repetir também que tal atitude dentro desta mesma escala varia com o tempo, de grupo para grupo, sociedade para sociedade.

Por esta visão, já que todos estão vivos,então também podem estar dentro do processo deste contínuo. Sobretudo porque, uns mais outros menos, todos temos nossas atitudes ou fantasias autodestrutivas.

Se todos podem estar dentro da escala do contínuo, por que uns se matam e outros não?

Justamente por isto: se estamos dentro desta escala, é necessário que raciocinemos em termos de "graus de suicídio" e não em "suicídio" pura e simplesmente. Inclusive, até o sui

cídio propriamente dito trata-se de um ponto extremado e elevado no fim desta escala graduada.

Para quem se propõe fazer um trabalho preventivo dentro desta área é muito importante esta noção com a devida compreensão dos graus de suicídio.

Por exemplo, pode-se dizer que de uma forma abrangente a grande maioria das pessoas já pensou ou teve uma fantasia de se matar. Embora seja um pouco incômodo para alguns falar disto, acho muito difícil alguém viver e entrechocar-se com uma série de experiências diante desta realidade que se vive e nunca ter tido um pensamento, uma fantasia sequer de procurar a própria morte. Ou seja, considerando isto, parece que todo ser humano tem (por razões que não aprofundaremos aqui neste momento), no mínimo, poucos graus de tendência ao Suicídio. Admitir isto de maneira nenhuma nos caracterizaria como candidatos certos ao suicídio. Pelo contrário, falar, e quem sabe, até poder assumir determinadas fantasias, diminui a possibilidade de concretizá-las na realidade.

A despeito de que nem sempre a pessoa que tenha algumas fantasias de suicídio, de vez em quando (baixos graus) esteja fadada necessariamente a tornar-se um suicida de fato, todo aquele que realizou a atitude de autodestruição fatal, passou certamente pelos primeiros graus de suicídio.

A grande questão reside basicamente no fato de como alguém, tendo poucos graus, pode atingir paulatinamente e/ou imediatamente o outro ponto da escala com graus extremos. A enorme polêmica em torno deste jogo, entre a vida e a morte

por suicídio, é o fato de que alguns chegam a apresentar graus abstante elevados dentro da dita escala e se matam, enquanto outros, mesmo apresentando fantasias, desejos e quem sabe até eventualmente tentando suicídio, ainda assim podem se estruturar, e não se matam.

Tentativas de suicídio e suicídio fatal

Antes de passarmos para a discussão do que as pesquisas dizem a respeito dos sujeitos e dos grupos que têm grandes chances para o suicídio, é necessário fazermos uma consideração quanto à importante diferença existente entre as tentativas e o suicídio propriamente dito.

O primeiro termo é uma espécie de grau intermediário entre o início e o fim deste processo, entre o estar vivo e o se matar. Alguns autores classificam as tentativas como um "comportamento tendenciosamente suicida, onde as pessoas também têm o impulso para a morte, só que de maneira agrandada em relação ao suicídio fatal. Já em relação as pessoas na situação dos "primeiros graus" de suicídio, em termos de impulso para a morte, as "Tentativas" apresentam-se como mais grave.

Cabem aqui duas ressalvas básicas; a primeira delas é que geralmente a tentativa é uma forma de comunicação indicando que algo não está bem naquele indivíduo e no contexto específico onde está se manifestando este ato. A segunda é que quem tenta suicídio pelas primeiras vezes, na grande maioria dos casos, eventualmente pode até conseguir se matar mas nem sempre quer morrer de fato.

Isto não quer dizer que não se deva valorizar as tentativas de suicídio. Nada pior para dificultar o trabalho de quem se propõe a prestar um contato terapêutico funcional junto a esses indivíduos do que as atitudes preconceituosas de *desvalorização* ("bobagens! não vou dar bola para isto, fulano quer é manipular-me histericamente com estas tentativas de suicídio"...), como também de *supervalorização das tentativas* (ficar extremamente abalado a ponto de até abalar e sufocar imensamente a pessoa porque ela tentou o suicídio, ou então endeusá-la a tal ponto por ter tentado que, sentindo-se como um verdadeiro herói, o indivíduo pode também tentar de novo visando um certo reconhecimento).

É fundamental darmos o devido valor para as tentativas, evitando descambarmos seja para um lado, seja para o outro. Em ambos os casos, os riscos de uma pessoa tornar-se um suicída de fato são grandes.

Pesquisas indicam que, embora alguns que tetntam o suicídio muitas vezes não morrem, e em certos casos com esta atitude até se estruturam, um número significativo de tentativas também acabam se transformando em suicídio propriamente dito.

Conseguir dar o devido valor às tentativas e adquirir uma certa naturalidade afetiva para falar sobre isto com os pacientes, sem o tom acusatório ou qualquer outro preconceito que nos afaste ou distancie da relação, é um dos trabalhos de maior peso dentro da prevenção. Em geral, tanto individual quanto socialmente não estamos preparados para isto.

Gaiarsa (1984) coloca uma figura bastante interessante a respeito. Diz que trabalhar com este tipo de paciente é quase a mesma coisa que as terapias de trabalho corporal. Ali o mais difícil é que o terapeuta terá de ter a naturalidade no contato com o corpo, fato nem sempre conquistável apenas com os cursos de formação para terapeutas corporais. Paradoxalmente, a conquista da *necessária naturalidade* do terapeuta em relação ao corpo também não deve ser um dever. Não adianta dizer: "você deve!", mas sim " é necessário você aprender a lidar com uma pessoa com pouca ou nenhuma roupa". É necessário você aprender isto, pois eventualmente terá contato com ela no mínimo praticamente nua, o que é uma coisa bastante difícil na nossa sociedade para qualquer pessoa:

> "Por estranho que pareça, eu acho que com o suicida é idêntico. Se eu tiver a naturalidade de falar em suicídio com ele, diria que ele não se mata mais. Nem me sinto muito capaz de justificar isto. Naturalidade não é posse, não é fazer de conta. É aceitar a idéia de quem diz: "olha aqui, eu também já pensei nisso algumas vezes, vamos conversar? Vamos trocar idéias?... você pensou assim, eu pensei assim. Você achou assim, eu acho assim..." Enfim, poder deixar claro: "eu já pensei, eu já passei por aí"...
> ...Claro, eu não acredito que nenhum ser humano possa ter vivido 5, 50 ou 80 anos sem ter pensado em se matar algumas vezes. Quem falar assim, proponho que comecemos a conversar sobre outro ângulo, senão não dá pé!
> ...Eu tenho que usar toda a minha experiência de suicídio para falar com o suicida. Só então tenho chances de ser útil.
> ...O importante da naturalidade não é nem o que digo, mas como ele me sente. Sente por inteiro: principalmente se estou sendo verdadeiro ou não.
> ...Penso que, se nós estabelecermos um contato de verdade, eu diria que alguma

coisa de muito importante já foi feita para impedir esse suicídio".

Gaiarsa (Ob.cit. / págs. 171 e 172)

Retornando a questão da diferença entre tentativas e suicídio fatal, discutiremos agora este último termo.

Especificamente aqui tratamos do último ponto de nossa tabela do jogo entre a vida e a morte. Diferente de outras fases, indubitavelmente no suicídio fatal existe um impulso muito forte para a autodestruição.

É preciso ter claro que o indivíduo, encontrando-se neste grau extremo, está firmemente determinado a se matar. Ele possivelmente vai querer nos convencer e quem sabe até nos enganar que "está bem melhor", enfim, usará de todos os meios disponíveis a fim de conseguir seu intento. Neste momento, mais do que nunca, é necessário estarmos com nossa noção pessoal de morte relativamente trabalhada, nossa opção pela vida mais ou menos definida, porque tal paciente tenderá a nos colocar os mais lógicos e precisos argumentos a fim de nos convencer de que ele "tem mais é o direito de se suicidar. E nós (terapeutas) neste momento não passamos de meros policiais repressivos frente a este seu desejo".

Diante de pacientes em momentos como este não há muito o que fazer, exceto adotar uma atitude de maior contenção - tipo internação - e uma dose de medicação considerável, visando sobretudo a que estegrau suicidógeno diminua. Concordo que a internação, pura e simples, por si só não resolverá todo o problema do cliente possivelmente ligado à sua família e ou

tros fatores sociais e psicológicos na gênese desta vontade forte de se matar; contudo, não se pode esquecer que estamos lidando concretamente neste instante com um impulso para o suicídio muito forte e qualquer lacuna deixada poderá significar a morte do sujeito em questão. Sobretudo por isto, nestes instantes bastante particulares, penso que devemos nos guiar muito mais pelo sentimento e a intuição do que por qualquer outro fator.

Raciocinando hipoteticamente, por exemplo, caso você sinta que determinado paciente esteja com alto risco de suicídio, que o seu impulso para morte está firmemente determinado neste momento, se você gosta dele e acha que apesar de tudo o melhor é tê-lo vivo, não se intimide em "tocar o alarme". Pesquisas têm demonstrado* que muitas vezes é preferível dar o alarme até no momento equivocado, e quem sabe ser ridicularizado, do que depois ficar cheio de culpa porque alguém que eu considerava muito se matou: matou-se porque houve também de minha parte uma dificuldade em internar tal pessoa e que, com todos os questionamentos que tal atitude possa ter, ela poderia representar ainda uma chance, mesmo remota, de transformação ainda em vida.

Compartilho da opinião de que de uma maneira geral é preciso que o paciente esteja vivo para se tratar. Tratamento representado aqui como possibilidade de transformação, de crescimento na vida. E, diante da morte, o reversível torna-se concretamente irreversível. Em casos como este, talvez possa citar Helio Pellegrino, argumentando que "a morte é a única possibilidade da impossibilidade".

(*) Entre as quais, Cassorla (1981), (Stabe 1982).

Em suma, o trabalho de prevenção e tratamento com pessoas envolvidas na situação de suicídio deve considerar razoavelmente bem a diferença entre a tentativa de suicídio e o suicídio fatal, com seus respectivos graus.

Na primeira situação ainda temos chances de tratamento no tocante a um leque de possibilidades. Pode-se propor grupos de acompanhamento terapêutico, atividades terapêuticas e artísticas múltiplas (teatro, pintura, barro, etc), terapias de apoio (seja individual, seja de grupo), e outros fatores do gênero. Na segunda situação as condições são bem mais limitadas e, caso queiramos diminuir a possibilidade, de fato, de tal cliente se matar, restam duas alternativas: a - situação de contenção concreta, internação somada a uma medicação devida, até a avaliação que o risco grande de suicídio tende a diminuir; b - intervenção terapêutica no seu meio mais direto (sua família e/ou contexto imediato) que, junto a sua situação individual, possivelmente esteja comprometida na gênese deste impulso forte para o suicídio.

Caso não se dê a devida importância a este trabalho paralelo à intervenção, se não for tentado algo neste sentido, nem que seja uma terapia de família (a fim de se rediscutir o padrão comunicacional do habitat desse indivíduo), assim que o paciente sair da internação, ao voltar para o seu antigo meio e encontrá-lo na mesma situação, tenderá a aumentar seus graus de suicídio.

Agora que já foi discutido a fundamental diferença entre tentativas e suicídio fatal, passemos propriamente aos fatores que nos darão maiores chances na possível identificação

de um suicida. É necessário colocar, logo como primeiro argumento, que não existe um método absolutamente seguro para isto. Podemos, porém, lançar mão de determinados instrumentos, fazer certas entrevistas e ter alguns contatos de avaliação, a fim de chegarmos a um particular diagnóstico preventivo das tendências suicidas. A idéia básica para se realizar esta avaliação, - através de uma ou mais entrevistas, testes ou outros encontros do gênero, seria investigar muito bem a história e dinâmica pessoal do paciente em questão. História aqui no sentido vital, isto é, tanto interna como externa, através da qual poderíamos chegar a elementos nos quais, por uma intervenção terapêutica, tentaríamos evitar uma possível autodestruição.

Identificação da Tendência ao Suicídio

Passemos, então, aos fatores que teriam grandes possibilidades de nos ajudar, através de entrevistas diagnósticas ou outros encontros semelhantes (um ou mais), na identificação da tendência ao suicídio.

I - Quanto à história da família:

- Houve suicídios e/ou tentativas anteriores, seja na família de origem seja na própria história da família materna ou paterna? (Tentar esmiuçar, na medida do possível, "como foi?", "quando foi?", "qual foi a causa?" - na opinião da família; "como era a pessoa que se matou?", "como ficou este suicídio para os membros da família?", etc).

- Doenças mentais - investigar da mesma forma citada acima.

. E quando às depressões (endógenas e exógenas)? Existem na família? Como são lidadas? Tentar esclarecer a história delas também.

. Os pais são separados? Houve separações momentâneas ou mesmo divórcio (desquite)? Como a família e seus membros vivem isto? (Principalmente o paciente na atitude suicída)

. No caso dos pais viverem juntos: como vivem? Por eles mesmos ou por causas alheias à relação dos dois, como por exemplo, "não nos separamos por causa dos filhos", etc. (Alguns estudos colocam que algumas pessoas envolvidas na atitude suicida muitas vezes vêm de lares com problemas mal resolvidos, sobretudo no tocante ao casal dentro da família). (Cassorla, 1981)

. Como está para a família a questão das perdas? Levantar como eles vivem isto, se as absorvem e de que maneira. Sobretudo no sentido também da história da família.

. E quanto à morte? Houve situações de pessoas ou parentes próximos que morreram? Como eles vivem ou viveram a situação de morte?

(Dizem as pesquisas entre as quais as de Abadi (1973), que o comportamento suicida, seja no grupo, seja no indivíduo, potencialmente tende a lidar disfuncionamente com suas perdas: sejam estas como na situação da morte do outro, no sentido concreto do termo, ou perda de uma relação, posição, etc).

. E as doenças na família? Já houve algum tipo de enfermidade grave? Como vivem isto? O que pensam a respeito?

(Às vezes é comum, principalmente em alguns pacientes terminais ou mesmo outros membros de sua família, aparecerem idéias de suicídio no momento da comunicação de que uma doença irreversível está acometendo o indivíduo em questão).

. E os problemas financeiros? Como a família vive em relação a isto? Como lidam com o dinheiro, o que pensam a respeito?

(Embora alguns autores divirjam e não esteja comprovado a determinação do suicídio em função, pura e simples, do fator econômico, ele é algo relevante. É relevante não como determinante, mas, como diz Durkheim, às vezes, quando acontecem *mudanças súbitas* no econômico, os índices de suicídio podem crescer).

. E as mudanças? É importante observar como a família vive as mudanças, sejam estas emocionais e/ou físicas: a família é capaz de absorver o novo ou qualquer mudança é sempre uma ameaça? / Ou então, quando a família muda, "muda mas não mudando". Por exemplo, família que, quando um filho tem que se transferir de cidade por um emprego ou qualquer outra coisa pessoalmente vantajosa, a família só admite a hipótese se se transferir com ele.

(Além de toda uma literatura tentando relacionar a atitude suicida com as dificuldades com mudanças: "tem que morrer o estudante, para nascer o profissional, tem que morrer a mulher solteira para nascer a casada, etc - (Gaiarsa, 1984), há também aqui um ponto de averiguação importante quanto à família. Há famílias tão simbióticas, não permitindo qualquer tipo de mudanças, que, às ve

zes, o suicídio pode ocorrer em busca até da tentativa de se diferenciar).

. Como são as normas dentro da família? Extremamente rígidas? Extremamente flexíveis?
(Estudos entre outros o de Rivière (1978 e 1979) têm demonstrado que o suicídio pode ocorrer tanto em grupos radicalmente rígidos quanto em grupos opostos em termos de regras. No fundamental isto poderia ser entendido como a dificuldade em estabelecer limites funcionais: tanto em uma situação quanto em outra, estes não acontecem sobretudo porque não estão bem delimitados).

. Etc.

II - Quanto à história pessoal

Reside aqui uma das partes mais importantes da avaliação. Considerando que a investigação familiar poderá ser feita com a própria família, esta será realizada pessoalmente com o paciente envolvido na situação de suicídio. Aqui, mais do que nunca, é necessário ficar atento sobretudo para o vínculo ou a relação (mesmo que pareça conter pontos paradoxais):

. Como não ser tão "técnico" e ao mesmo tempo sê-lo?

. Como ser afetivo, espontaneamente falando, sendo verdadeiro na relação, preservando o necessário espaço terapêutico a fim de poder fazer algo por aquela pessoa?

. Não se trata aqui de extroversão ou introversão do terapeuta, mas como passar para a pessoa, mesmo sem palavras, "que viver vale mais a pena do que morrer", se na minha

própria relação há mais morte do que vida? (Principalmente no sentido de distância, frieza humana: situação onde se é bastante técnico e pouquíssimo emocional / ou então o extremo oposto, sem a funcionalidade terapêutica necessária)

. Em suma, o importante aqui, frisando mais uma vez, é ficar atento para poder se trabalhar com mais ênfase a relação ou o vínculo emocional com o paciente. Caso isto seja feito de uma forma funcional, já se andou um bom passo.

Além disto, nesta parte, como relevante a ser averiguado, entre outras coisas, destacamos:

. "O que você pensa da vida, como ela é para você"?

Cada um de nós tem, de uma maneira ou de outra, uma opinião a respeito da vida. É importante escutar o que pensa a respeito disto a própria pessoa implicada na atitude autodestrutiva. Deixar inclusive, se for o caso, explicitar qual ou quais as partes de sua vida de que não gosta,etc. Em geral, através de uma pergunta desta pode-se chegar também em como está seu "desejo de viver", sua fantasia de autodestruição, enfim, a maneira particular do seu jogo com a morte)

. Como é a vida afetiva - seus relacionamentos com amigos, namoradas, pais, ambiente social em geral? É uma criatura que vive um isolamento severo? Ou é um indivíduo que nunca está só, sempre está com alguém e nunca tem um minuto para estar consigo? Como ele vive isto?

. Investigar seus sonhos - tem sonhos freqüentes de catástro

fe? Sonha freqüentemente que está "caindo das alturas?", sonha muito que morreu?, etc. ("Como são seus sonhos?"...)

. Como ele é em relação a sua agressividade? (O suicida é alguém que, na maioria das vezes, não pode agredir! É uma pessoa que dificilmente pode expressar o mínimo de hostilidade em relação ao outro e ao meio).

Poderíamos encher páginas e mais páginas do pontos relevantes a serem investigados em termos de detectar um comportamento suicida, no âmbito individual: contudo, a idéia básica em torno disto pode ser resumida por Pöldinger. Para este autor, uma criatura envolvida neste comportamento passa por três estágios básicos: a) estado de possibilidade: onde podem ser encontrados pensamentos, desejos, fantasias de auto-destruição; b) estado de ambivalência: fase na qual a pessoa viverá uma ambivalência forte entre a vida e a morte, momento importante em termos de tratamento, fundamentalmente porque o paciente tenderá a dar os avisos diretos sobre o suicídio e estará propenso para a busca de ajuda; c) estágio da decisão: instante onde a fase estará mais complicada, o impulso para a morte estará mais forte, tendendo a haver avisos indiretos e atos executivos e preparatórios num crescente.

III - Outros fatores relevantes na identificação

1 - Averiguar a história de "suicídios próximos", ou suicídios de pessoas muito ligadas fora dos laços consangüíneos: amigos, vizinhos, namorada, etc. Pesquisas indicam que em alguns casos, quando a pessoa já tem uma tendência para a auto-

destruição, o contato vivencial deste tipo pode mobilizar pontos simbolicamente significativos, sensibilizando-a a tal ponto que, por uma espécie de "comportamento de imitação" ou "identificação", a pessoa pode também apresentar a mesma atitude suicida. (Stubbe-1982).

2 - O exemplo do extremo " Bom comportamento " : em geral, as pessoas envolvidas na atitude suicida tendem a ter grandes dificuldades em elaborar e lidar com seus conflitos emocionais. Podem ser extremamente racionais, extremamente "certinhas", extremamente "calmas". Enfim, tendem a apresentar-se como exemplos perfeitos de saúde e nunca se permitem entrar em crise!

3 - Etapas críticas no desenvolvimento: puberdade, gravidez, menopausa e crise de meia idade, etc. Embora os pontos de vista divirjam quanto a relacionar simples e diretamente o suicídio com tais etapas, pesquisas indicam que freqüentemente a atitude suicida apresenta um crescimento nestas mesmas fases. (Stubbe-1982).

4 - Insônia rebelde: estudos mostram que este tipo de paciente, freqüentemente, tem problemas com o sono de uma maneira constante. Tais problemas podem estar relacionados com alcoolismo ou com depressões ; a criatura não dorme quase nada e, comumente, sempre mantém-se acordada com uma insônia rebelde. (Abadi-1973; Cassorla-1981).

5 - Perdas ou mudanças súbitas ligadas ao emprego, posição social, transformação financeira, etc : pesquisas indicam que a atitude suicida pode ocorrer também diante destes

fatores e outros *eventos da vida diária*. (Stubbe-1982); (Cassorla, 1981). Tais fatores possivelmente estão implicados em uma perda ou mudança significativa mal elaborada na existência particular destes pacientes. Em alguns casos, por exemplo, na data de aniversário da morte de uma pessoa significativa para o paciente, pode ser que este venha a tentar o suicídio e, em certos casos, até conseguir se matar de fato. É muito importante investigar, em termos de prevenção, como a criatura está resolvendo este tipo de conflito.

6 - Ausência de vinculação religiosa ou qualquer outro grupo social substituto promotor de integração: como já foi defendido, sobretudo por Durkheim, a religião funciona como preventivo do suicídio menos pelo lado propriamente de credo e mais como um grupo de vital papel na integração entre as pessoas na sociedade. Esta perspectiva se aplica tanto para o religioso no sentido do termo, como para os materialistas convictos ou qualquer um que encontre um grupo do gênero, no qual as pessoas se identifiquem, troquem e vivam entre si tais princípios.

7 - Grupos de alto risco: certos autores mostram que existem na sociedade, de uma maneira geral, grupos com uma certa tendência para os suicídios. (Stubbe-1982). Tais indivíduos estão entre os solteiros, ou viúvos, os divorciados, as pessoas envolvidas no uso do álcool e tóxico de uma forma extremada, etc.

IV - TESTES DE AVALIAÇÃO[5]

Para avaliar a potencialidade suicida de determinado paciente há alguns testes psicológicos os quais o profissional poderá usar, sobretudo para enriquecer a avaliação. É necessário frisar que o teste é apenas mais um elemento, entre outros de avaliação, e como outros métodos deve receber o valor devido e nunca o papel de todo poderoso e absoluto no diagnóstico. Não devemos esquecer que é da valorização funcional de potencialidade suicida dos pacientes que dependerá uma funcional política preventiva que nos ajudará bastante nas intervenções terapêuticas no sentido de diminuir as possibilidades da manifestação do comportamento suicida.

Tal valorização funcional da potencialidade terá mais chances de acontecer quanto maior for o número de elementos que conseguirmos obter para enriquecer nossa avaliação[6].

Dos testes existentes e dos que tomamos conhecimento, destacamos:

- MMPI (Hathaway X Mchinley, 1942)

  Porpõe-se a mostrar um perfil típico de suicidas

  (IN: Clopton, J.R. x Jonas 1975)

- Stork (1972)

---

5 Tal catalogação foi possível graças a um trabalho apresentado em sala, pelo professor Hannes Stubbe (In - Mestrado - em Psicologia Clínica da PUC/RJ, 1983).

6 Em termos de avaliação da potencialidade suicida é muito importante consultar os trabalhos de Ringel (1953). Tal autor tem papel vital na suicidologia sobretudo na área de prevenção, com toda uma formulação específica denominada "SÍNDROME PRÉ-SUICIDA", mostrando a interação de fatores somáticos com psicodinâmicos.

Tal autor desenvolveu um questionário destinado à valorização das potencialidades suicidas, especialmente para jovens (52 perguntas).

- Rorschach (1921)

Aqui é possível de se ver algumas configurações relacionadas com o comportamento suicída como o estado depressivo, angústia profunda, tendências para explosões emocionais (criaturas muito contidas), etc.

(In: Neuringer, 1965)

- Poldinger (1969)

Tal autor estruturou um teste, com 35 fatores,o qual pode avaliar os graus de riscos de suicídio.

Uma vez aplicado, o resultado poderá ser avaliado da seguinte forma:

. Até 50: praticamente não existe o risco.
. Entre 50 a 100: o risco é elevado.
. Acima de 100: o risco de suicídio é muito forte.

Aplicação do teste de Poldinger

Entrega-se a folha do teste (vide Anexo V) para o paciente. Pede-se que responda, com toda sinceridade possível, às questões.

Solicita-se que, inicialmente, trace um círculo a lápis - *na coluna vertical* - no fator ou problema que possui.

Depois, marca-se também em círculos - *na coluna hori*

zontal - os mesmos números anteriormente preenchidos na coluna vertical.

Após isto, traça-se uma linha reta do número da coluna vertical para a direita. Em seguida, uma linha reta para baixo, do número da coluna horizontal: o ponto de encontro de um outro número, resultado dos pontos dos encontros das duas linhas vertical e horizontal, é um fator expresso em número para a avaliação da tendência ao suicídio. A soma destes fatores encontrados deverá ser colocada no final de cada coluna à direita. O somatório total de cada uma destas colunas será a cifra total do risco de suicídio.

Exemplificando melhor. Pensemos hipoteticamente em um paciente: ele tem 45 anos, é do sexo masculino, solteiro, tem dificuldades financeiras, já teve tentativas de suicídio e também já passou por situações de suicídio na família. Ele tem insônia rebelde e depressões psicológicas de quando em quando.

Considerando isto, marco estes fatores na linha vertical, traçando um circulo a lápis nos seguintes números: 1, 3, 5, 10, 13, 18, 21, 24, 25 e 27 (vide anexo VI).

Depois marco os mesmos números na horizontal.

Logo após, traçando uma linha reta para à direita a partir do número marcado na vertical, e outra linha reta descendente a partir do número horizontal, vou coletando novos fatores (números: 0, 1 e 2) no interior das colunas do teste.

Na primeira coluna, somando os pontos encontrados na confluência da linha vertical e horizontal, temos 19; na segun

da, 9, na terceira, zero; quarta, 9; quinta, 8; sexta, 7; oitava, 2; nove, 3; décima, 2; décima primeira e décima segunda, zero: o somatório destas doze colunas é igual, para este paciente fictício, a 59.

Ele tem um índice elevado. Contudo, é um destes pacientes que teria mais chances de tratamento no sentido de mais opções, diferençando-se de um que tivesse, neste momento, por exemplo, índices acima de 100. (Tabela de resultado - p. 72).

Encaminhamento para pacientes suicidas

Uma vez feita a tentativa de avaliação dos grupos de propensão ao suicídio deste comportamento específico, entramos na fase do que é possível fazer em termos de tratamento, além do que poderia ser "indicado" e "contra-indicado" na relação com tais pessoas.

Em termos de tratamento, depois da devida avaliação, é possível pegar basicamente dois caminhos:

a - No caso do indivíduo apresentar comportamento suicida bastante extremado, estar muito determinado para se matar: nesta situação, como já dissemos, o leque de possibilidades é pequeno. Neste instante só é possível uma internação e/ou medicação devida, no sentido de poder conter suficientemente tal indivíduo. Tal paciente precisa ser contido urgentemente, pois tem grandes chances de se matar; além disto, é recomendável também um trabalho paralelo com a família ou meio imediato no sentido de se trabalhar padrões de relacionamento indutores de suicídio possivelmente implicados na gênese daquele comportamento auto-

destrutivo identificado (vide: "Tentativas de suicídio e suicídio Fatal", p. 57).

b - Paciente com graus de propensão ao suicídio intermediários (impulso para morte elevado mas não tanto como no último grau), mesmo apresentando até a tentativa de suicídio, mas mostrando bastante ambivalência entre o "querer morrer" e o "viver": Nesta situação o leque de opções de tratamento é maior e pode-se propor, entre outras coisas, os seguintes passos:

- indicação para uma terapia individual, dando preferência a um terapeuta que já tenha experiência com pacientes em situação específica;

- indicação para uma terapia de grupo. Aqui, dependendo do caso, a opção anterior não anula esta. Em alguns casos complementa. É preciso apenas tomar algumas precauções; por exemplo, grupos muito homogêneos em termos de temperamento pode ser algo contra-indicado;

- indicação para um trabalho de acompanhamento psicoterapêutico: no caso de risco de suicídio, preferencialmente, é sugerido que a pessoa fique 24 horas com alguém qualificado - tanto para evitar que tente novamente o suicídio, mas também para que, através dos relacionamentos da equipe de acompanhamento, possa ser trabalhada uma série de fatores implicados nesta atitude suicida;

- indicação para um trabalho com arte ou com o corpo - às vezes algo por aí realizado com alguns pacientes pode ajudar muito, sobretudo no sentido de que através disto tais pessoas tomam contato com suas emoções e começam também a sentir um

lado de vida em si mesmas. ("Encontrar uma Forma de Expressão no Mundo")

- indicação para uma terapia familiar ou trabalho com a família: embora considere bastante vital o trabalho com o núcleo familiar sobretudo na emergência do comportamento suicida, há que se guardar as devidas proporções em relação a cada caso principalmente no tocante à indicação. É necessário tomar muito cuidado quanto ao momento em que indicar, considerando que há instantes em que para diminuir o risco de suicídio da pessoa implicada o mais viável é nem mesmo fazer tal indicação. Pelo menos naquele momento.

- indicação para uma orientação religiosa: em certos casos, pode aparecer a demanda para conhecer um lado mais transcendental do ser, até mesmo no sentido religioso. A escolha do credo deve ficar a cargo do próprio paciente, seja para bater um papo com um pastor protestante, um padre, um espírita, seja com qualquer pessoa de outro credo.

Independente destes encaminhamentos há também mais algumas idéias relevantes no trato direto com pacientes envolvidos no comportamento suicida, que denominaremos "indicações" e "contra-indicações". Antes de discuti-las, é necessário frisar que isto de maneira nenhuma deve ser entendido como "receita de bolo" para o trato com este tipo de cliente. Embora acreditemos que tais idéias possam ajudar na relação com estes pacientes, sobretudo porque elas foram fruto de experiências, jamais devem ser simplesmente transpostas e aplicadas sem considerar a especificidade do caso e o contexto próprio da situação do comportamento suicida em questão.

Contra-indicado

- relacionamentos "frios", no sentido de muita distância afetiva: "você está sempre lá no seu lugar e eu sempre aqui no meu devido - é muito difícil ter uma proximidade entre nós".

- Psicanálise individual mais ortodoxa: aquela, por exemplo, onde o profissional tende a se apresentar como a "tela em branco".

- relacionamento extremamente "afetivo"- no sentido de "grude", tendendo a uma simbiose abafadora.

- relacionamentos estereotipados: estar ali querendo passar o que realmente não sou e nem acredito. Nada mais prejudicial para um paciente suicida do que travar relação com alguém que não consegue estar mais inteiro e sincero num relacionamento.

- Etc.

Indicado

- Tentar trabalhar a vinculação, no sentido de estimular relacionamentos, sempre que possível, bastante verdadeiros.

- Tentar fazer que o paciente suicida perceba na própria vivência que é possível estabelecer relações não padronizadas, ou seja, relações sempre no mesmo tom relacional. O indivíduo no comportamento suicida necessita, entre outras coisas, vivenciar a possibilidade de que as pessoas não são necessariamente iguais, isto é, não têm necessariamente que ter o mesmo padrão

de forma de viver para se sentir bem e conseguir as coisas na vida.

- relacionamentos muito em cima do "aqui-agora". Nada mais disfuncional para as pessoas no momento em crise de suicídio do que estimularmos coisas que estão "por trás", lá na sua vida simbólica.

- Etc.

Centros de Intervenção

Centro de Intervenção de Crise da Áustria (Viena)

"Centro de intervenção de crises" é o nome dado a instituição que se propõem trabalhar com pessoas envolvidas no comportamento suicida, na Áustria, em Viena.

Fundado em 1975, tal centro, com financiamento básico do Estado (é também financiado pela igreja católica, alguns sindicatos, órgãos de pesquisa do governo), se estrutura dentro de toda uma política de caráter multidisciplinar (médicos, psicólogos, psiquiatras, teólogos, advogados, religiosos de predominância católica, leigos, etc).

Antes de tecermos maiores considerações acerca propriamente do funcionamento, merece especial destaque uma das filosofias básicas que norteiam tal instituição: "o trabalho de intervenção e prevenção ao suicídio também objetiva mudança na estrutura da sociedade". Embora a realidade austríaca seja bastante diversa da nossa, achamos legítima a preocupação com o elemento social no suicídio. Em Viena, o trabalho no sentido de estrutura social passa - entre outras coisas - através da discussão das normas, atitudes de preconceitos nas instituições em geral: sejam estas consideradas conservadoras, antidemocráticas ou não. Quanto a conquistas no setor político formal, vamos dizer assim, de certa forma existem algumas. Basta dizer, que em 1971, na abertura do parlamento, o Chanceler Kreisky, tomando a palavra, disse: "a prevenção do suicídio é um dever do Estado".

Quanto ao funcionamento propriamente dito, ele se dá

fundamentalmente:

1 - Quem quiser dispor do centro, para um primeiro contato, pode ir pessoalmente ou discar para um número de telefone específico, de segunda à sexta, das 10:00 às 18:30 h. (Claro que tal endereço e telefone já foi devidamente divulgado anteriormente naquela cidade do centro.)

2 - Funciona em regime ambulatorial. Aqueles que tentam o suicídio ou estão envolvidos na situação suicida ao procurar o centro passam por uma entrevista e, conforme o caso e o grau da situação, serão encaminhados para várias opções terapêuticas: terapias individuais, de grupo, de famílias, etc, até mesmo uma orientação religiosa.

3 - É feito todo um trabalho com a comunidade de esclarecimento objetivo sobre o suicídio, tentando discutir todos os possíveis desdobramentos de tal comportamento: através de cursos, palestras, publicações, associações de bairros, instituições de ensino, meios de comunicação, etc. Consideram isto prevenção à nível primário.

4 - É desenvolvida e estimulada toda uma série de pesquisas sobre os índices epidemiológicos, sempre com a preocupação de como melhor entender e aprofundar tanto as causas como a situação suicida nos seus diversos aspectos, dentro da perspectiva da multiplicidade de fatores (sociais, individuais, familiares, somáticos, históricos, etc).

5 - Tenta-se desfazer todo uma imagem preconceituosa de suicida dentro da sociedade. Procura-se mostrar que atitudes tais como: "o suicídio é sempre um ato patológico", ou

"é sempre um ato de heroísmo", em nada ajudam. Ao contrário, tornam o relacionamento com tais indivíduos cada vez mais distante e nocivo no sentido de ligação e comunicabilidade com a vida, dentro da sociedade.

6 - São oferecidos cursos de formação de especialistas em suicidologia. Tais cursos são extensivos tanto para profissionais graduados (médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc) como para leigos. O programa básico consta de principais pontos relevantes sobre a situação do suicídio, em geral, dentro da sociedade. A pessoa que optar por uma especialização como esta terá pela frente, além de uma parte teórica no curriculo , uma outra também prática. Terá de experenciar e lidar com criaturas envolvidas na situação suicida através de estágio e outras situações simuladas dentro do próprio "centro de intervenção de crise".

Ainda procurando dar uma idéia melhor acerca do funcionamento deste centro, além dos pontos colocados acima, achamos interessante informar que naquele estabelecimento não existe hierarquia ou privilégio de status ou de um membro da equipe sobre o outro. Todos estão no mesmo nível em termos de direitos de trabalho. Há um único esquema de salário independente da profissão. As decisões básicas são tomadas a nível de toda a equipe da instituição. Quando necessário, em caráter de grupo operativo. Segundo o boletim informativo daquele estabelecimento (Sonneck - 1982), no trato com os clientes a preocupação maior é com a pessoa humana: "não estamos interessados em catalogá-los em clichês psiquiátricos, sociais ou psicológi

cos". Ainda preocupados com o respeito humano e o lado de pessoa dos clientes, no caso de encaminhamento de outras instituições para o Centro de Intervenção de Crise, solicita-se que seja feito um contato preliminar de instituição para instituição, a fim de se evitar o que eles chamam "encaminhamento frustrado", no qual o cliente correrá o risco de ir mudando de instituição para instituição sem ser devidamente atendido na sua demanda.

O contato com este centro pode ser feito através do endereço: rua Spitalgasse, 11, 3º andar ou pelo telefone: 439595. Detalhe: eles atendem sem consulta marcada com antecedência e sem fila de espera; basta a pessoa, sentindo-se em crise, e principalmente com o impulso suicida, contactar com o centro que imediatamente conversará com alguém do mesmo.

Para finalizar, transcrevemos as últimas palavras do boletim informativo: "Como olhamos o futuro? Com preocupação em relação à difícil situação de nossa sociedade na qual os males sociais - psíquicos, infelizmente, tendem a crescer e não a diminuir; com esperança pois não deixamos de ter esperanças no futuro para podermos desenvolver ainda mais nossas experiências e conhecimentos para transmiti-los aos outros".

O C. V. V.

(Centro de Valorização da Vida) (6)

Centro de valorização da vida - CVV - é uma instituição sem fins lucrativos, funcionando no Rio de Janeiro desde 1979, que se propõe a dar uma espécie de apoio às pessoas desejosas de se suicidar. A filosofia básica de tal grupo talvez possa ser resumida em 4 pontos: aceitação incondicional da pessoa; confiança na natureza humana; crença em que as pessoas são capazes de resolverem seus próprios problemas; valorização cada vez maior da vida humana. Tal filosofia está muito próxima ao pensamento de C. Rogers.

Segundo a coordenadora regional do centro no Rio de Janeiro, foi através do pastor angligano Chad Varah, no ano de 1939, em Londres, que o CVV nasceu. No Brasil, iniciou-se por São Paulo, em 1949.

Em termos de funcionamento, tal instituição no Rio de Janeiro apresenta-se da seguinte forma: há um telefone funcionando 24 horas ("Em geral as chamadas maiores são à noite") . Existem 4 postos espalhados no Grande Rio; um na Tijuca, outro em Copacabana, um na Lapa e outro no centro da cidade (Edifício Av. Central). Administrativamente, há um coordenador geral respondendo por estes 4 postos e em cada um deles existe também um coordenador do específico posto. Há, ainda, um coordenador regional para o centro como um todo. As atribuições deste fundamentalmente resumem-se em promover seminários, cursos, divulgação e a integração do centro e dos sub-centros.

---

(6) O CVV é uma instituição de utilidade pública, sem fins lucrativos, mantido financeiramente pelo Centro Vileja da Amizade. Tal centro é uma espécie de S.A., formada basicamente por membros do próprio CVV que se cotizaram e o fundaram antes mesmo deste último, visando mantê-lo economicamente. A contribuição é livre, isto é, qualquer pessoa pode contribuir livremente com a quantia que for depositando em conta específica em nome do referido Centro Vileja citado.

O pessoal que trabalha no CVV é constituído basicamente de leigos: "não quer dizer que não tenhamos no nosso quadro profissionais formados nas áreas humanas, por exemplo, só que para nós o que mais interessa não é a pessoa ter um diploma e sim estar disponível para trocar amor, afeto, amizade. Fato para o que não necessariamente precisa só de uma formação acadêmica". Em função disto, o CVV promove cursos ou uma espécie de formação específica para trabalhar no centro destinada a todas as pessoas que se voluntariam a tal trabalho. Tais cursos são ministrados basicamente por pessoas de mais experiência no CVV. A nível de programa, o curso visa a um treinamento teórico-prático, tem algumas palestras e seminários sobre psicologia - linha rogeriana. No fim deste, o candidato a voluntário verá se será aprovado ou não para ser membro-trabalhador do CVV. Detalhe; para este centro, não é necessário que a pessoa treinada esteja em terapia.

Tentanto dar um panorama geral sobre suicidologia, diz a Coordenadora do CVV, o suicídio é em última instância uma atitude autodestrutiva, gerada por pressão do meio: "uma série de fatores neste sentido vão acontecendo, como que nos induzindo a impor os sentimentos para dentro, até que estes um belo dia implodem".

Falando sobre sua experiência sobre o tipo de população que procura o CVV, diz que de maneira geral são pessoas que desejam morrer, mas não querem morrer sozinhas: "a gente tenta dar uma ajuda, no que for possível, no sentido delas se ligarem na vida. Contudo, também tentamos respeitar seu desejo de morrer".

Em termos dos grandes centros urbanos e das cidades menores (interioranas), acha que nas últimas de uma forma geral os índices de suicídio são menores. Talvez pela própria estrutura da cidade do interior as pessoas tendem a ter mais integração. Quem sabe, diz, "viver nestas cidades para seus habitantes já seja uma própria terapia" e as "idéias de morte no convívio diário vão sendo amenizadas". Já nas cidades grandes o problema é bem maior: as pessoas tendem a ficar fechadas nos seus apartamentos, fechadas sobretudo dentro de si mesmas. Os relacionamentos tendem a ser mais frios e a dificuldade para encontrar alguém para dividir seus dissabores emocionais é maior e às vezes um simples "bate -papo" torna-se quase impossível". Acredita que os índices nos grandes centros são mais elevados geralmente porque as pessoas tendem a se isolarem mais, têm mais dificuldades para se conhecerem.

Indagada sobre pesquisas que acusam que o suicídio é mais elevado nos meios sócio-econômicos de maior poder aquisitivo, esclareceu: quanto ao CVV há algo mais ou menos por aí: "de uma forma geral o pobre, o povão mesmo, nos procura menos. Quem sabe também se isto não pode ser entendido através do fato de que o pobre tem o acesso mais difícil ao telefone e do orelhão é praticamente impossível ele nos contactar. Por outro lado ainda, independente disto, achamos que ele tem mais válvula de escape que os economicamente mais ricos. O pobre se reúne nos bares ou biroscas, sobretudo nas favelas, penso que as pessoas se conhecem mais, há mais calor humano. Preponderantemente penso que atendemos mais à classe média, e pouco à classe proletária e à classe alta. Esta última, creio que quase não

nos procura principalmente porque tem mais receio de se expor, de maneira geral está muito arraigada em uma série de preconceitos."

Quanto ao bairro de Copacabana, como o CVV neste bairro só tem um ano de existência, não tem uma opinião mais acurada a dar: "não temos dados do atendimento de lá, abrimos a sede há pouco tempo e pessoalmente nunca trabalhei por lá".

No tocante à idéia de se fundar um "centro de prevenção e terapia" ao suicídio no Rio de Janeiro, acha bastante positivo. Tem conhecimento de trabalho semelhante em Los Angeles e, caso não esteja enganada, em São Paulo.

Para fundar tal trabalho algo de fundamental importância é a disciplina. Diz isto baseada na sua experiência de 6 anos no CVV: "para que funcione é preciso ser muito bem estruturado. Por exemplo, o plantonista que falta um dia é excluído no dia seguinte. Isto não quer dizer que não se possa faltar de jeito nenhum. Basta que nos avise com antecedência que tentaremos arranjar um substituto. O que não pode de jeito nenhum é o telefone ficar sem quem o atenda".

Quanto à prevenção ao suicídio acrescentou: ela é feita basicamente através de sua "aceitação" e pela "valorização da pessoa". Alguém envolvido no desejo de morrer necessita encontrar mais objetivos e mais sentido para viver. Fundamentalmente o indivíduo neste comportamento necessitará de se assumir. O CVV não assumirá ninguém.

Quem estiver interessado em contactar o CVV, basta ligar para os telefones: 254-9191 e 254-9393 (Tijuca); 2624141

240-0483 (Centro); 256-4141 (Copacabana) e 242-9292 (Lapa). Detalhe, as pessoas que o fizerem não precisam se identificar. O contato é extremamente sigiloso e só se o interessado quiser poderá fazer uma visita em uma das sub-sedes do CVV, no caso, a do centro da cidade.

V - TRABALHO DE CAMPO

V - TRABALHO DE CAMPO

A - Questões de Estudo

Esta pesquisa se propõe a uma análise empírica da freqüência e da distribuição ecológica dos suicídios em áreas geográficas definidas pelo senso (IBGE - 1981) como de maior densidade populacional (Copacabana - Vª RegiãoAdministrativa) e de menor densidade populacional (Barra da Tijuca / XXIVª Região Administrativa). O mesmo ocorre com a favela do morro de Santa Marta, localizada no bairro de Botafogo (IVª Região Administrativa), considerada uma área bastante carente financeiramente e também com índice de escolaridade baixo, comparada às outras duas regiões citadas. Partiremos do pressuposto de que cada região tem um índice diferente devido a particular estrutura sócio-econômica.

Visamos com tal análise, uma vez levantadas as taxas de suicídio, repensá-las junto a discussão de um trabalho preventivo e terapêutico, sobretudo a partir destas áreas específicas.

Dentro deste entendimento, então, cabem algumas questões básicas:

i) Quantas pessoas cometeram o suicídio? Quando e onde ?

ii) Qual é a idade destes suicidas, sua nacionalidade, o sexo, o estado civil, a profissão etc.

iii) Quais são os efeitos sociais e psicológicos sobre aquela comunidade e o indivíduo naquele sis-

ma social ?

iv) Existem diferenças entre os índices de suicídios nas três regiões observadas? Como podemos explicar tais diferenças?

v) Existirá a possibilidade de se pensar em um trabalho preventivo e terapêutico, a partir deste estudo, para o suicídio no Rio de Janeiro?

B - Metodologia

O material empírico desta pesquisa foi levantado junto a duas fontes:

1) Registros policiais - onde foram listados todos os suicídios ocorridos nas regiões já especificadas, do dia 01/01/82 a 31/12/1982.

2) Entrevistas com "especialistas" (psicólogos, psiquiatras, terapeutas de família, antropólogos, sociólogos) e "não-especialistas" que, de uma maneira geral, têm contato com a situação do suicídio (um padre, um pastor da igreja luterana e um dirigente espírita - kardecista, além de uma diretora de um centro de prevenção já existente no Rio de Janeiro, o C.V.V. - Centro de Valorização da Vida).

Procedimentos:

Registros policiais - os dados dos registros policiais foram coletados nas delegacias que cobriam cada uma das regiões escolhidas:

"Copacabana" - Vª R.A. (Região Administrativa)

13ª D. P. (Delegacia de Polícia)

12ª D. P.

pop: ≈ 250.000

hab/Km^2 ≈ 30.000

nº de prédios: 6.299

(IBGE/ob.cit.)

"Barra da Tijuca" - XXIVª R.A.

15ª D. P.

16ª D. P.

32ª D. P.

35ª D. P.

pop: ≈ 50.000

hab/Km^2: ≈ 3.000

nº de prédios: 8.899

(ob.cit.)

"Favela do Morro de Santa Marta"

(Localizada na IVª R.A./Botafogo)

10ª D. P.

nº de hab: ≈ 15.000

nº de moradias: ≈ 2.000

A Vª Região Administrativa, definida pelo IBGE (1981) como Copacabana, na realidade contém os seguintes bairros: Copacabana, Leme, parte de Botafogo, parte de Ipanema e Urca.

A XXIVª Região Administrativa, definida também pelo IBGE como Barra da Tijuca, contém os seguintes bairros: Barra da Tijuca, São Conrado, Joá, parte de Jacarepaguá, Itanhangá, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari.

Especificamente para esta pesquisa, serão levantados e comparados apenas os dados relativos a suicídios seguintes bairros:

a - Copacabana e Leme

b - Barra da Tijuca e São Conrado

c - Favela do Morro de Santa Marta

Em suma, os dados de interesse desta pesquisa apresentam-se, de fato, da seguinte maneira

Copacabana e Leme

13ª D. P.

12ª D. P.

	População	nº de prédios
Copacabana:	200.192	4.645
Leme :	16.507	589

(IBGE/ob.cit.)

Barra da Tijuca e São Conrado

15ª D. P.

16ª D. P.

	População	nº de prédios
B.da Tijuca	24.110	3.056
S.Conrado	8.589	597

(IBGE/ob.cit.)

Favela do Morro de Santa Marta

10ª D.P.

	População	nº de moradias
Sta.Marta	15.000	2.000

OBS.: Como estas últimas cinco delegacias, já selecionadas em função do interesse específico deste estudo, cobriam também outros bairros, foi feita ainda uma triagem nos dados coletados no sentido de apenas anotarmos os dados relevantes para a pesquisa em questão.

Justificativa

I - Quanto à escolha das regiões geográficas dos registros policiais.

Escolhemos especificamente Copacabana/Leme e Barra da Tijuca/São Conrado e uma favela, a do morro de Santa Marta, basicamente pelas seguintes condições:

1 - Diferenças sócio-econômicas: tanto entre Copacabana/Leme e Barra da Tijuca/São Conrado, como entre estas duas regiões em relação à favela do Morro de Santa Marta. Levando em conta isto, é interessante observar como se coloca a taxa de suicídio nestes respectivos bairros e suas respectivas diferenças sócio-econômicas. Qual destas três regiões têm a maior taxa? Qual destas localidades precisa de maior atenção terapêutica e preventivamente falando?

2 - Densidade populacional: levando em conta que, destas regiões escolhidas, há grande diferença na densidade, como já apresentamos neste mesmo capítulo, de que maneira se coloca

também o número de suicídios nestas mesmas regiões?

3 - Nestas três regiões há uma evolução urbanística diferente: Se em Copacabana o crescimento se deu de maneira bastante rápida e de forma contrastante entre áreas de lazer e o interesse da especulação imobiliária, entre outras coisas, a Barra da Tijuca, por outro lado, projetada por Lúcio Costa objetivando evitar futuros equívocos urbanísticos, cresce atualmente totalmente afastada destes objetivos inciais. Além dos "prédios estarem sendo construídos, muitas vezes, fora dos padrões estabelecidos etc, etc.", nota-se sobretudo que não há calor humano entre os seus habitantes (Bomfim, 1985). Há mais chances de encontrá-lo no subúrbio e nas favelas, como é o caso do Morro de Santa Marta. Ali, apesar da rede de esgoto precária, os barracos estarem praticamente colados uns ao lado dos outros, etc., etc., as pessoas parece se respeitarem e se conhecerem mais: tem-se a impressão de que nesta região parece haver mais solidariedade entre os moradores . Terá isto relevância quanto à taxa de suicídio?

II - Justificativa das entrevistas

Escolhemos entrevistar "especialistas" e "não especialistas" fundamentalmente pelo seguinte:

1 - Considerando que nosso interesse baseia-se numa ótica multidisciplinar, nada mais legítimo do que coletar opiniões de "especialistas" (de diferentes áreas) e "não-especialistas" acerca do suicídio.

2 - Tais entrevistas foram feitas com indivíduos que têm contato com pessoas envolvidas no comportamento suicida - tanto aqueles que estão apresentando os primeiros graus, quanto os graus intermediários ou mesmo o último grau, ou seja, o suicídio propriamente dito. Achamos que tais indivíduos, uma vez tendo contato com este tipo de população, muito têm a oferecer a esta pesquisa.

3 - Considerando que são indivíduos de áreas diferentes e de formação diferente, mas que de uma forma ou de outra estão lidando com o comportamento suicida, especialmente para um futuro planejamento de um trabalho de prevenção e de terapia no Rio de Janeiro, podem não só opinar na criação deste mas até, quem sabe, colaborar no mesmo.

4 - Quanto às entrevistas com os religiosos ou "não-especialistas", acabamos optando por um luterano, um espírita-kardecista e um só padre da igreja católica (da ala da Teologia da Libertação), sobretudo porque foram os que se dispuseram a participar da pesquisa. Encontramos uma série de dificuldades na participação de outros representantes tanto destes como de outros credos, alguns inclusive negando-se a responder questões sobre o suicídio alegando, entre outras coisas, "falta de tempo" ou então "falta de informação sobre o assunto".

Instrumentos:

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Registros policiais - ficha de dados do suicida.

- Ficha de dados do suicída -

Bairro/Divisão Administrat./Del.de Pol.

1 - Nome

2 - Sexo

3 - Data de nascimento

4 - Nacionalidade

5 - Estado civil

6 - Número de filhos

7 - Religião

8 - Escolaridade

9 - Profissão

10 - Atividade atual

11 - Cor

12 - Residência

13 - Dia do suicídio/hora

14 - Local de suicídio

15 - Motivo(s) do suicídio

16 - Meio pelo qual se deu o suicídio

17 - Observações:

- Problemas com tóxicos e/ou álcool
- Problemas ligados à psiquiatria (internação)
- Tentativas anteriores de suicídio
- Casos de suicídio na família
- Existência de mensagens deixadas pelo suicida
- Outros dados relevantes.

b) Entrevista estruturada (questionário) para especialistas e não-especialistas

Entrevista com Especialistas Acerca do Suicídio

1 - Qual sua opinião a respeito do suicídio?

2 - Qual sua experiência com pacientes suicidas?

3 - O que você pensa ocorrer em termos de suicídio num bairro como Copacabana?

4 - E num bairro como Barra da Tijuca?

5 - E numa favela como o Morro de Santa Marta (Botafogo)?

6 - Alguns estudos de suicídio acusam uma considerável incidência em áreas de grande e de baixa densidade populacional. Qual sua opinião a respeito?

7 - O que acha da idéia da possibilidade de se vir a criar um centro de terapia e de prevenção do suicídio no Rio de Janeiro?

8 - A seu modo de ver quais seriam os requisitos básicos para se realizar um trabalho terapêutico-preventivo nesta área?

9 - E quanto ao suicídio e o grupo familiar? Alguns estudos apontam que tal comportamento possivelmente esteja ligado basicamente a grupos familiares muito simbólicos ou muito desagregados. O que acha?

10 - Você gostaria de acrescentar algo ao que foi levantado aqui em relação aos aspectos terapêuticos e preventivos no suicídio?

Entrevista com Não-especialistas

Aqui foram feitas duas espécies de entrevistas: uma estruturada (questionário específico para religiosos - espírita, católico e protestante) e outra não estruturada, destinada particularmente a um centro de prevenção no Rio de Janeiro o C.V.V. -(Centro de Valorização da Vida).

Entrevistas com Religiosos

1 - O que sua religião acha do suicídio?

2 - Se fôssemos pela questão de direito de cada um dispor de sua vida como bem quiser, acha que a pessoa tem o direito ao suicídio?

3 - Tem alguma idéia de como estão os índices de suicídio na comunidade que professa o seu credo?

4 - Para sua religião, o que acontece com a pessoa que busca o suicídio no pós-morte?

5 - Pesquisas indicam que há diferenças fundamentais entre tentativas de suicídio e suicídio fatal: no primeiro caso, existe também um impulso para a morte, só que bem mais fraco que o segundo (especificamente bastante determinado para a auto-eliminação). Embora algumas tentativas possam ser estruturantes para o indivíduo e não necessariamente devam transformar-se no suicídio fatal, certos autores mostram que na grande maioria dos casos a partir destas mesmas tentativas os indivíduos vão aumentando sua auto-destrutividade e acabam se aniquilando de fato.

Considerando isto, por favor, responda:

a - O que sua religião pensa a respeito das pessoas que tentam o suicídio e não conseguem se matar? Que propostas se poderia ter, na sua opinião, para evitar que as tentativas acabassem se transformando em suicídio fatal?

b - O que poderia ser feito para diminuir a incidência de suicídio fatal dentro da sociedade ou comunidade?

c - A sua religião, no momento, desenvolve algum trabalho neste sentido, tanto para a situação de tentativas como para a de suicídio propriamente dito?

6 - Acha ser possível que qualquer um, independente de ter uma crença religiosa, possa vir a tentar o suicídio e até mesmo se matar? Por quê?

7 - Acha que o indivíduo que não tem uma religião tem maiores chances para o suicídio? Por quê?

8 - O que caracteriza um membro de sua religião, ou seja, quais são os requisitos básicos para que a pessoa seja integrante dela?

9 - Gostaria, a partir de sua experiência, dizer ainda algumas coisas sobre o comportamento suicida além do que já foi aqui perguntado?

10 - Nome do entrevistado / nome e caracterização da instituição religiosa

- cargo ou função que ocupa na instituição
- endereço e/ou telefone

C - Resultados

c.i) Dados Estatísticos

No anexo VII estão todas as tabelas dos que se suicidaram no ano de 1982, nas três regiões observadas. É importante ressaltar que, em alguns casos, os dados não são sempre completos, isto é, não conseguimos todas as informações sobre os suicidas. Quanto à religião ou à profissão dos mesmos, por exemplo, raramente havia um registro mais cuidadoso nas diversas delegacias pesquisadas.

Em suma, como se verá nas páginas seguintes, podemos observar os principais resultados:

1 - Índice de suicídios nas três regiões estudadas:

Calculando a taxa específica de suicídio[1], para

---

(1) Calcula-se o referido índice (I) multiplicando o número de suicídios encontrados na região específica (f) por 100.000 habitantes. Depois divide-se tal resultado pelo número total da população (N), de cada região:

$$I = \frac{f \times 100.000}{N}$$

cada uma das três regiões, observamos:

Copacabana/Leme - 10 / 100.000 habitantes

Barra da Tijuca/S.Conrado - 16,5 / 100.000 habitantes

Morro de Santa Marta - 6,5 / 100.000 habitantes

2 - Com relação ao sexo dos suicidas, nas três regiões observadas, houve uma predominância masculina, variante entre 40% até 100%. Contudo, ocorreu uma exceção na Barra da Tijuca/São Conrado. Nesta região, tal relação não pode ser confirmada por causa de alguns casos de "suicídios suspeitos"[2].

(Vide tabela I - anexo VII)

3 - Quanto à idade , quase a metade dos casos situam-se nas faixas etárias entre 21 até 40 anos, nas três regiões. Ou seja, houve uma variação entre 48 até 100% nas regiões citadas.

Na faixa etária acima de 61 anos, encontramos somente 8 até 20% de suicídios.

(Vide tabela II - anexo VII)

---

2 Consideramos "casos suspeitos" aqueles que, embora não sendo registrados nas delegacias como suicídios, tudo indicava que que seriam, já que apresentavam traços marcantes.

4 - Quanto ao estado civil dos suicidas nas referidas regiões, houve uma predominância de solteiros entre 20 a 44%, seguidos, logo após pelos casados e depois pelos viúvos.

(Vide tabela III - anexo VII)

5 - Em relação à cor dos suicidas, nas três regiões, ocorreu uma predominância da cor branca, variando entre 60 até 100%. Logo após, viria a cor parda e por último a cor preta.

(Vide tabela IV - anexo VII)

6 - Em relação ao meio empregado para o suicídio, podemos observar os principais métodos em ordem decrescente:

Copacabana/Leme:

10 pessoas para lançamento
7 pessoas para gás
5 pessoas para enforcamento

Barra da Tijuca/São Conrado

1 pessoa para lançamento
1 pessoa para enforcamento
1 pessoa para atropelamento
1 pessoa para arma de fogo
1 pessoa para afogamento

Favela do Morro de Santa Marta
1 pessoa para arma de fogo

(Vide tabela V - anexo VII)

7 - Com relação aos dias da semana, excetuando Copacabana/Leme, que apresentaram um aumento do ato suicida na quarta e na quinta-feira (total de 64%), as outras duas regiões não apresentaram nenhuma diferença significativa.

(Vide tabela VI - anexo VII)

8 - No tocante a hora do ato suicida, observamos que em Copacabana/Leme a maioria aconteceram entre 2 da madrugada até 14 horas (52%). Na Barra da Tijuca/São Conrado, no mesmo horário, aconteceram 80%. Na favela, não houve uma diferente significativa.

(Vide tabela VII - anexo VII)

9 - Quanto a profissão, devido à falha dos próprios registros policiais, os dados não são bastantes claros, nem têm uma diferença significativa entre si: não existe uma alta ou baixa variação entre eles.

(Vide tabela VIII - anexo VII)

10 - A propósito das ditas enfermidades mentais, encontramos definidos pelos próprios registros policiais: Copacabana / Leme com 9 suicídios, (ou com 36% dos casos) ligados às enfermidades mentais: "depressão", "esquezofrenia", em "tratamento psiquiátrico"; Barra da Tijuca - um caso de "depressão".

(Vide tabela IX - anexo VII)

11 - Quanto ao local do ato suicida, a maioria dos casos nas três regiões aconteceu na própria residência do sujeito.

(Vide tabela XI - anexo VII)

12 - Em relação às estações do ano e o ato suicida, os dados não mostram uma constelação clara. Em Copacabana/Leme, aconteceram mais suicídios nas estações de Outono e do Inverno; já na Barra da Tijuca/São Conrado, ocorreram nas estações da Primavera e do Verão.

(Vide tabela XII - anexo VII)

C.ii) Dados das Entrevistas

A população dos entrevistados nesta pesquisa está dividida nas categorias de: "Especialistas" (profissionais que trabalham com pacientes suicidas) e "Não - especialistas" (religiosos ou leigos que lidam com pessoas na mesma situação da auto - eliminação . Os entrevistados podem ser resumidos da seguinte forma:

- Especialistas

8 profissionais:

. 1 Antropólogo

. 1 Sociólogo

. 1 Terapeuta de família

. 1 Psiquiatra Existencial

. 4 psicólogos clínicos (base analítica)

- Não especialistas

- 3 Religiosos:

1 dirigente espírita-karcecista

1 pastor luterano

1 padre da Igreja Católica

1 - leigo - dirigente de instituição preventiva ao suicídio

Tanto os "Especialistas" quanto os "Não-especilistas" foram entrevistados através de um questionário básico, dirigido a cada categoria específica (vide pag.96/97). Tal questionário consta dos seguintes pontos relevantes para discussão:

Especialistas:

- Conceituação e causas do suicídio

  Apresentam conceituação preconceituosa ?

  Encaram-no como resultados de que conflitos? (individuais, familiares, sociais?) têm causas exclusivamente psicopatológicas? até que ponto o encaram como uma anomia?

- Experiências com pacientes suicidas:

  Como trabalham com este tipo de clientela. Têm alguma técnica específica? existe algum critério para uma indicação terapêutica para este tipo de cliente? Há alguma modalidade terapêutica mais indicada? o que é contra-indicado?

- Questão epidemiológica e o suicídio:

  Tem conhecimento da situação suicidológica no Rio de Janeiro?

  Sabem das diferentes taxas de suicídio em alguns bairros?

  Têm contato com outras pesquisas a respeito?

- Questão de informações/publicações e o suicídio:

  Têm informação suficiente sobre a situação do suicídio?

  Sabem de alguma publicação especilizada na área?

  Recomendam alguma atitude preventiva ou algum esclarecimento. Objetivo à comunidade, em termos de atendimento imediato a situação do suicídio?

- Prevenção e suicídio:

  O que pensam em relação à prevenção? Têm alguma proposta?

  O que acham da criação de uma instituição com este fim?

  O que acham de uma instituição preventiva visando não só ao atendimento, mas ao esclarecimento à comunidade, à pesquisa, à publicação e à formação especializada?

Não-especialista:

. Religiosos

- Conceituação e causas do suicídio:

  Têm conceituação preconceituosa?

  Quais as causas básicas de suicídio para este credo?

  Há causas sociais? transcendentais, psicopatóligas?

- Fé religiosa e o suicídio:

  A fé numa vida futura atua preventivamente no suicídio?

Têm idéia dos índices de suicídio na sua religião?

Como tal religião pode ajudar no suicídio?

- Suicídio e o "pós-morte":

Qual o conceito de morte e o suicídio na vida "pós-morte"?

Oficiam atos religiosos, realizam culto, etc, rezam missa, ou prestam alguma ajuda ao finado, mesmo que este tenha procurado a morte pelo suicídio? Qual o destino daquele que buscou a morte pelo auto-aniquilamento?

- Suicídio e prevenção:

Desenvolvem algum trabalho prático para as pessoas não se suicidarem?

Como tal religião trata aqueles que tentam mais não conseguem se matar? Existe algum trabalho para reintegrá-los?

O que tal religião pensa a repeito da idéia de um "Centro de terapia e prevenção ao suicídio no Rio de Janeiro"? Estariam dispostos a participar de projeto com caráter inderdisciplinar, sobretudo a nível das religiões?

. <u>Leigos</u>

Dirigente de instituição de prevenção ao sui-

cídio.

- Questão econômica:

  Como se mantêm tal instituição? têm fins lucrativos?

  Recebe alguma ajuda financeira de algum órgão público ou privado? De onde vem sua maior fonte de renda?

- Questão técnica:

  Têm equipe interdisciplinar?

  Trabalham com profissionais ou só há leigos na instituição?

  Tem supervisão? os membros que trabalham se submetem à terapia?

  Enfim, como se dá o trabalho, seguem alguma orientação técnica?

- Pesquisa e prevenção:

  Têm pesquisas sobre os índices de suicídio Antes e Depois da implantação da instituição à qual está vinculada?

  Fazem esclarecimento à comunidade em termos práticos e preventivos quanto ao paciente suicida?

  O que pensam da prevenção? Têm publicações especializadas?

  O que pensam da idéia da criação de outra instituição de prevenção ao suicídio no Rio de Janeiro? Quais são os "prós" e "contra" a este tipo de trabalho?

Entrevistas dos Especialistas

Antropólogo, Mestrando em Antropologia do Museu Nacional da UFRJ, desenvolve tese sobre "Suicídio no Campo".
Pesquisador de "História e Documentação da Fundação Getúlio Vargas".

Conceituação e causas:

Tem duas conceituações a respeito: uma pessoal ("é uma opção existencial colocada para todos em vários momentos da vida"...), e outra mais técnica ("as sociedades criam esta opção suicida para determinadas situações na vida").

Vê o suicídio ligado a causas preponderantemente sociais:

"... as sociedades indicam o suicídio como uma opção para uma determinada situação da vida. Por exemplo, há sociedades acentuando tento o lado da honra (no aspecto comum mesmo) que em certos momentos a falta desta é tão grande que as pessoas não têm outra opção, senão desaparecer, se auto-aniquilar (...). E são as sociedades que colocam isto para estas pessoas".

Acho também que o suicídio expressa uma particularidade de cada sociedade: " o suicídio no campo tem características próprias, diferente do suicídio na cidade. Há vários fatores distintos em jogo: naquela sociedade pesquisada (no campo), as delimitações do suicídio (ligadas a honra, a família e a morte) têm sentido bem diverso do que estas mesmas coisas aqui, (sociedade mais urbanizada, industrializada)".

Exemplificando melhor " por exemplo, a gente vê psicólogos e até sociólogos argumentando que há pessoas nos Centros

urbanos bebendo muito e, dirigindo um automóvel, podem através de um "acidente" se suicidarem: para aquele grupo do campo , não é nada disto".

Há coisas naquele grupo de lá (campo) que o colocam em posição bem diversa deste daqui (cidade): Uma, que eles são pessoas do campo, que já é um choque muito grande; duas , que eles são uma população preponderantemente de imigrantes ou filhos de emigrantes ou netos. Só isto, já os afasta bastante da gente.

"Lá existem formas de se matar que são coisas praticamente nítidas, culturalmente transmitidas. Eles sabem quando alguém se matou, porque obviamente o faz pelo enforcamento-obviamente para aquela cultura. Os índices de suicídio por enforcamento de lá são altíssimos. Praticamente todos o fazem por este método."

"No último trabalho de campo que fiz, tinha uma senhora conversando sobre outros assuntos e lançou no meio da conversa algo assim: " é, meu marido se matou... eu tenho uma foto dele guardada. Quer ver? vou lhe mostrar"... Quando me mostra, qual é meu espanto; é a foto do marido mas enforcado. Uma foto de recordação do marido mas na forca, isto é, enforcado numa árvore. Achei aquilo sui-gêneris. Um tipo de relação com o suicídio completamente estranha à nossa. Penso que isto têm uma relação muito grande com a honra. Em outros termos, podemos dizer que em determinados casos o suicídio de lá pode ser uma forma honrosa de "viver uma situação", ou uma " forma honrosa de se morrer" em busca de uma saída socialmente aprovada para aquele grupo de lá."

Não vê o suicídio ligado necessariamente à psicopatologia:

"O suicídio antes de se relacionar exclusivamente com a patologia individual ou social, pode ser entendido como uma opção existencial colocada a cada um de nós. Inclusive acho hipócrita relacioná-lo à patologia tanto individual quanto social. Pelo social, por exemplo, se em todas as sociedades aconteceram suicídios, então todas as sociedades são doentes?"

Experiências com Suicidas

Não sendo psicoterapeuta não possue experiência clínica.

Tem experiência com o suicídio como pesquisador e diz que, pela sua experiência, os conceitos de suicídio e morte variam de cultura para cultura.

Epidemilógia e Suicídio

Não tem conhecimento da situação suicida no Rio de Janeiro. Nem tem ciência das diferentes taxas na mesma região.

Tem contato com outras pesquisas sobre o assunto, faz tese a respeito:

"Por falta de verba, possivelmente mudará de assunto. Isto é, o suicídio não será mais o tema central da pesquisa. Não estou encontrando o devido apoio, sobretudo financeiro, para continuar pesquisando "suicídio no campo", sendo assim, ele figurará como um entre outros ítens sobre o campo na pesquisa".

Acusa que há poucos trabalhos de campo comparando o suicídio com o campo e os grandes centros urbanos: Também

não há praticamente apoio financeiro para tal empreendimento, infelizmente"...

Informação/Publicação

Constata que a comunidade, tanto do campo quanto dos grandes centros, não dispõe de informação objetiva e clarificadora acerca do suicídio. Pensa que isto se dá muito em função do tabu ou preconceito com a morte:

> " É difícil para aquela população (a da pesquisa do interior do Paraná) falar de morte, e sobre determinado tipo de morte, é mais difícil ainda. Eles parece que a negam, apesar da morte ser muito próxima na existência deles (a mortalidade infantil de lá é muito alta, devido a doenças e falta de assistência médica): é difícil ter uma família mesmo pequena em que não tenha morrido pelo menos um filho".

Desconhece a existência de publicações especializadas (no Brasil) sobre o assunto.

Prevenção e suicídio

Aprova a idéia do Centro de Prevenção "gostaria de participar se fosse convidado".

Tem algumas ressalvas quanto à criação deste Centro. Acha que deve tomar todos os cuidados para não ser mais uma instituição de controle social:

"Propor o quê para os indivíduos que tentam o sui-

cídio?

Supomos,por exemplo, que o indivíduo seja um preso político e, então, nos chamam: isto não tem a ver jamais com nosso trabalho do centro de prevenção. Quem sabe este indivíduo esteja mais do que certo em querer se matar. Ele é um torturado, está vivendo uma miséria humana. Enfim, é preciso pensar qual o tipo de alternativa de vida que está se dando para estas pessoas que querem se matar..."

É favorável a instituição preventiva desde que funcione em caráter interdisciplinar, fazendo inclusive outras ressalvas:

" Uma, que não fosse um centro fechado apenas a uma área.
Funcionasse em caráter multidisciplinar. Outra,que fosse um Centro de prevenção ou intervenção que pensasse sobre si mesmo: por que estamos propondo este trabalho?; "o que queremos com ele?", etc. E mais outra, que o centro fosse um lugar onde se pudesse desenvolver também pesquisas sobre a crise suicida de maneira abrangente".

Pensa que este trabalho de prevenção tenha chances de dar certo se não se ligar apenas ao atendimento à população onde for fundado. Ligue-se, entre outras coisas, à pesquisa:

" Por exemplo, diz, é preciso pesquisar o "que é o suicídio para um grupo e o que não é". Concideranda " o que " determinado grupo tem desta questão já estamos falando bastante do próprio grupo. Outro ponto é que, quando os homens falam da morte, em última instância estão falando da vida.
Quando estivermos falando de morte, no mínimo estaremos falando de vida. Precisamos desenvolver pes -

quisas por aí. O suicídio é a morte por excelência, uma morte que na maioria das vezes é consciente. É uma morte que se presta muito a falar de coisas incríveis. É necessário que pesquisemos coisas por aí, inclusive este preconceito de " não falarmos sobre a morte". Falar sobre a morte é falarmos sobre a vida."

Sociólogo - Mestrando em Educação na Fundação Getúlio Vargas.
Atualmente trabalha na PUC/RJ, como pesquisador.

Conceituação e causas

Tem visão bastante social sobre o assunto. Tende a reduzir toda problemática do assunto ao social;

> " As pessoas não se suicidam, mas são levadas a se suicidarem. Há uma estrutura social responsável por isto. É ela que leva as pessoas a se suicidarem."
>
> " A estrutura social é tão rígida que para algumas pessoas não oferece saída, ou a saída fica tão distante e necessita de tantos mecanismos, de tantas coisas que as pessoas ou perdem a esperança, ou não conseguem visualizar este mecanismo".

Experiência

Não sendo psicoterapeuta não possui experiência clínica.
Possui duas experiências pessoais (uma amiga e ex-colega da turma de sociologia; outra, um parente).
Explica estas duas experiências como sendo suicídios sociais.

Epidemiologia

Desconhece os índices de suicídio no Rio de Janeiro.

Não tem contato com pesquisas na área específica.

Acredito que "na cidade há mais suicídios do que no campo. nos grandes centros existem os "papas", ou seja, aqueles que estudam o assunto e produzem o discurso específico a respeito".

Por isso acha que os números sobre os suicídios na cidade nem sempre correspondem exatamente à realidade.

Informação/publicação

Não tem quase nenhum contato com informação esclarecedora a respeito do suicídio. Argumenta que:

" combatendo a fome, indiretamente as pessoas preservarão a vida".

Não dispõe de dados para saber se existem publicações especializadas.

Prevenção

É a favor da iniciativa da criação de um centro de prevenção , mostrou-se disponível a participar.

Acha, contudo, que é necessário para este trabalho a formulação de certas questões fundamentais:

" primeiro, quem vai fazê-lo?"

" Segundo, que linha vai seguir?"

Colocar-se-ia contrário a um trabalho do gênero, caso fosse feito " para legitimar tudo que está aí nesta ordem (social)".

Exemplificando melhor a idéia acima, argumenta:

" Existem grupos de acompanhamentos de casais em Cristo, enfim, já existe uma série de ins

tituições referendando a ordem vigente: Nem preciso dizer as críticas cabíveis a isto".

Diz que outro contra-ponto seria criar uma instituição desta " voltada essencialmente para a clínica". Acha que seria um trabalho que deveria pensar " o suicídio também fora da esfera médica e psicológica".

Defende um trabaho interdisciplinar.

Faz algumas ressalvas básicas: primeiro " que não seja mais uma instituição de paliativo social ou de controle sobre a vida e a morte".

Segundo, "que o fio central: seja pensar o suicídio pela ótica da vida e não da morte. É preciso pensar o trabalho falando das relações que os homens travam não só no trabalho, ou na economia mas nos relacionamentos do cotidiano: com amigos, amores, etc"

Terapeuta de família - Atende em consultório particular em Ipanema.

É também médico de formação psicanalítica.

Conceituação e causas

Apresenta concepção rica terapeuticamente falando:

" sem negar a individualidade de cada um, quando o suicídio acontece é um efeito do grupo social que foi gerado".

Relaciona o suicídio bastante pela ótica do conflito familiar, sem desconsiderar o indivíduo:

" o suicídio dentro da abordagem familiar nunca é um ato só individual mas coletivo".

Não acha que o suicídio seja necessariamente ligado a causas psicopatológicas:

" pode ser um ato heróico, um Kamikase, por exemplo, às vezes dá sua vida em prol do Imperador do Japão. O suicídio pode ser também um ato político: há suicídios por greve de fome.

" Enfim, podemos observar suicídios de diferentes maneiras que não estão ligados só à visão psicopatológica".

Experiências

Tem experiências com 2 pacientes que se mataram.

Dá especial atenção ao grupo familiar, sobretudo com relação ao suicídio:

> " Ocorrendo suicídio na família, ele se dá na lei do complementar: se alguém se mata, o complementar, a figura-fundo disto, é que a família inteira não conseguiu fazer nada também para que esta pessoa vivesse".

> " Não existe suicídio, mas suicídios"...
> " no grupo familiar encaro-os como adjetivos"

Epidemiologia

Desconhece as taxas de suicídio por bairros e do Rio de Janeiro em geral.

Passa a impressão de que não tem conhecimento a respeito de pesquisas particulares sobre o suicídio.

Informação/publicação

Possui mais informação sobre a teorização e pesquisa na área familiar e pouco ou nada sobre o suicídio especificamente.

Argumenta que , na sua opinião , deveria ser feito um trabalho junto à comunidade "em como lidar" com situações suicidas:

> " no sentido de tentar diminuir a selva de pedra em que vivemos"...

Prevenção

Aprova a idéia da criação de um Centro de prevenção.

Acha que ajudará sobretudo os familiares:

> " Olha, meu irmão, meu primo, minha mulher, está querendo se matar: o que é que eu faço?"

É favorável a que tal trabalho seja interdisciplinar.

Tem ressalvas sobre o trabalho preventivo:

> " Tenho certa prevenção à prevenção. Porque se houver muita coisa preventiva haverá muito "bode expiatório".
> " Se você faz um trabalho preventivo ao suicídio nos bairros, no Brasil e quem sabe no mundo, talvez a família cruze os braços: na hipótese de ter um suicídio, então é o centro de prevenção que cuidará disto...
> " Eu não tenho nada a fazer, isto é com vocês."

Adverte:

> " a gente não pode esquecer que alguns suicídios podem ser estruturantes, alguns suicidas são heróis. Podem mudar certas famílias. Então às vezes é necessário um suicídio ou a fantasia de suicídio. Não se deve esquecer que muitas tentativas podem ser estruturantes para certos grupos.
> Não se pode esquecer que o risco ou o medo de alguém se matar faz que um grupo, um indivíduo, ou uma família procurem tratamento, uma estruturação, uma mudança".

Psiquiatra - médico-psicoterapeuta de orientação existencial . Professor universitário.

Conceituação e causas:

Tem visão do suicídio mais abrangente, inclusive é da opinião de que pode ser gerado por uma multiplicidade de fatores (psicológicos, sociais, existenciais, etc.):

> " A questão de dar fim à própria vida é algo bastante abrangente: há suicídios psicológicos, sociais, existenciais, etc ".

Diz que " o suicídio existencial seria a maior prova da liberdade humana" (conceito baseado em Camus)

> " O suicídio social aconteceria dentro contexto de cada cultura". Exemplifica com o suicídio no Japão (Kamikases) ou de de determinadas religiões orientais.

Acha que o suicídio "não é necessariamente uma manifestação psicopatológica. Há suicídios de outras categorias, como já argumentou".

As causas dos suicídios psicopatológicos "seriam gerados essencialmente por razões, conflitos psicológicos, etc".

Experiências com pacientes suicidas

Teve diversas. Fala de suicídios, dentro de sua experiência, mais ligada a dificuldades psicopatológicas e familiares:

> " suicídios ligados geralmente a depressões fortes. Freqüentemente endógenas"

Diz que há, pela sua experiência, sempre uma certa participação familiar no suicídio dos pacientes:

> "... há sempre uma determinada participação do grupo familiar, quase uma sugestão para que tal coisa ocorra".

Usa dos serviços de auxiliar-psiquiátrico para os casos de pacientes suicidas.

Quanto ao grupo familiar e o suicídio, acha que pode haver participação sobretudo

> " nas famílias simbióticas, onde a vinculação é doentia e o sujeito só consegue libertar-se através do suicídio. Talvez até buscando se diferenciar, agredir, se libertar, fugir, se ausentar, etc..."

Epidemiologia

Desconhece as taxas de suicídio no Rio de Janeiro.

Faz menção de que já viu trabalhos estatísticos a respeito ligados às tentativas:

> "... pela estatística a gente sabe que nem sempre a pessoa tenta o suicídio achando que ...
> tenha plena consciência sobre a morte em si. Tenta-o como uma espécie de saída, uma busca de libertação de determinada situação".

Dá a impressão de que se mantém bem informado quanto a estudos

relativos a sua área (psicopatologia existencial) e seus atendimentos propriamente ditos, mas não sobre a matéria específica do suicídio.

Informação/publicação

Tem conhecimento ligado a casos de suicídios por depressões, caracterizados como psicopatológicos.

Desconhece publicações brasileiras especializada no ponto em questão.

Prevenção

É favorável à idéia da criação do centro de prevenção.

Fez algumas considerações no sentido de ser vital para tal trabalho:

> " primeiro, que haja uma disponibilidade de tempo emocional muito grande do grupo que vai trabalhar com isto".
>
> " segundo, que se utilize todos os recursos possíveis: a Terapia familiar, o grupo de auxiliares psiquiátricos, etc".
>
> " terceiro, que tal trabalho conte com a participação efetiva de todos: terapeuta, família, auxiliares-psiquiátricos e paciente inclusive".
>
> " Enfim - argumenta - é preciso que haja acesso do indivíduo ao serviço (do centro de prevenção), do serviço ao indivíduo e ao grupo familiar e também ao social no qual faz parte".

É a favor de ação multidisciplinar no trabalho preventivo. Faz uma última ressalva, alertando que "quem trabalha com este tipo de cliente deve ficar muito atento. Não se pode bobear sobretudo com pacientes depressivos. Outra coisa, deve-se dar o devido valor às tentativas, mesmo que elas passem a impressão de que tal paciente pode estar nos manipulando, etc, etc." Conta um caso onde não foi possível dar a devida atenção a uma paciente com todos os indicíos de um quadro histérico, e, como o médico não pôde ir - como de costume - evitar a suposta tentativa, o paciente acabou morrendo com gás. O mesmo gás que o costumeiro médico supostamente, avisado antes, costumeiramente iria desligar, "salvando novamente o paciente daquela tentativa simulada".

Psicólogo - Atende em consultório particular, com orientação analítica.
Professor universitário.Mestrando em Psicologia Clínica por uma Universidade no Rio de Janeiro.

Conceituação e causas

Tem visão preconceituosa a respeito do suicídio, inclusive todas as duas emitidas, tanto a primeira (emocional) quanto a segunda (racional):

Emocional: "vejo o suicídio como uma atitude negativa no sentido de abuso de liberdade"

Racional : "É uma opção de liberdade"...

Deixa a impressão de que as causas do suicídio estão sobretudo ligadas a uma problemática intra-psíquica. Pensa que o suicídio relaciona-se muito a questões existenciais sobre o próprio homem: " qual a visão do ser que uma comunidade tem do sentido de vida? O que estamos fazendo aqui nesta vida?"

Experiências com suicidas

Teve diversas ligadas a sua vivência de trabalhar em hospital psiquiátrico. Teve também em consultório.

Não tem técnica específica para tratamento com suicidas. Desconhece as possíveis indicações e contra-indicações para referido tratamento.

O ponto positivo é que, embora muito no improviso, dá a impressão de lidar de maneira mais descontraida com os pacientes suicidas:

" o que posso dizer, é que nunca cen -

> tro meu relacionamento com estes clientes em torno do fato de terem tentado o suicídio. Tenho como maneira de trabalhar tomar isto mais como um dado , dentre outros, na vida destas pessoas: com todo valor simbólico que isto possa ter."

Achei positivo também que, embora não tenha conhecimento na área, faz intuitivamente a separação entre pacientes que tentam o suicídio e tem chances de maiores opções de tratamento e pacientes que qualifica de "clientes em suicídio fatal" (pessoas com grandes chances de suicídio propriamente dito):

> " Em outros termos, excetuando o momento de crise, momento em que a possibilidade de suicídio concreto é grande , o lidar com suicídio transcende um pouco isto.
> Quanto à possibilidade do suicídio concreto, a atuação terapêutica já é uma atuação mais física, quer dizer, de contenção da pessoa, ou seja, já é com outra esfera: (internação hospitalarcom contenção de vida)."

Epidemiologia e suicídio

Desconhece como estão as taxas de suicídio no Rio de Janeiro . Nem sabe de trabalho que dê estimativa sobre a situação nos diversos bairros. Tem idéias vagas a respeito:

> " Acredito que, sendo um bairro onde existam diversos prédios (referência a Copacabana) e uma grande população, estas e outras condições urbanísticas agressivas devem acirrar bastante os

problemas existenciais daqueles moradores".

Sabe de algumas pesquisas sobre o suicídio, mas também de maneira bastante generalizada:

" No tempo da II grande guerra a taxa de suicídio era também pequena"...

Informação/Publicação

Não têm informação, nem formação específica a respeito do assunto.

Desconhece publicação especializada.

Prevenção e suicídio

É favorável à idéia da criação de um Centro de prevenção:

" Acho boa a idéia, seria bastante importante.
Quanto ao trabalho preventivo acho-o como um trabalho de educação. É um trabalho de questionamento de valores. É um trabalho bem mais amplo, que gere mudanças a nível de perspectivas ou cultura, a nível de visão de mundo."

" Melhor maneira de prevenir o suicídio é buscarmos uma comunidade harmônica"...

Tem opinião de que, além de se fazer um trabalho preventivo, tal instituição pense em atender imediatamente a população suicida na sociedade:

" É preciso, além do trabalho preventi-

> vo, a existência de pessoas disponíveis para os que desejem recorrer e buscar uma ajuda imediata".

Sugere que tal trabalho não deve desconsiderar de maneira nenhuma a questão da morte:

> " Que visão se têm dela? Acho importante aprofundar tal ponto, enfrentando todos os possíveis tabus e preconceitos encontrados".

Argumentando a favor desta sua sugestão, diz:

> " A gente não fala da morte, a gente não quer morrer, mas a morte está pelas ruas, pelo mundo. Entra na TV, no jornal, etc. Estamos, inclusive, à beira de cometermos um suicídio coletivo. Acredito que muitas das loucuras deste mundo moderno passam pela questão mal resolvidas da morte".

Psicólogo - Psicólogo clínico de formação psicanalítica. Atende em consultório particular em Copacabana. Trabalha também com pacientes psiquiátricos domiciliarmente, em regime de "não-internação".

Conceituação e causas

Não conseguiu formular uma opinião, pessoal ou teórica, a respeito do assunto perguntado:

> "Não tenho opinião formada sobre o suicídio".

Deu a impressão de que têm dificuldades em falar sobre o assunto, seja por privacidade pessoal ou por preconceito ou tabu que tal ponto o leva:

> " Não gosto de trabalhar com pacientes suicidas, com pacientes deprimidos: isto é algo que não me atrai... possivelmente porque minha experiência com pacientes suicidas deve ter mobilizado meus núcleos suicidas, causando-me muita ansiedade, muita apreensão. Enfim, algo que não transei muito bem".

Experiências com suicidas

Tem receio, como já foi dito, de ter experiência com pacientes suicidas. Encaminha-os, quando aparecem, para outros profissionais:

> "... procuro encaminhá-los, porque esta situação me mobiliza muito".

Desconhece qualquer técnica ou encaminhamento mais sistematizado para tais pacientes. Nem sabe o que possivelmente possa ser indicado ou contra-indicado para esta população específica.

Epidemiologia e suicídio

Desconhece a taxa de suicídio de Copacabana, bem como a do Rio de Janeiro ou de qualquer bairro:

> " Atendo em Copacabana há um ano e meio e, de fato, desconheço a taxa de suicídio por aqui".

Diz ter visão muito ligado ao cliche novayorquino a respeito do suicídio e Copacabana:

> "... as pessoas vivem em centro urbano com muita massificação e conseqüentemente com aquela solidão, no meio de um mundo de concreto. Enfim, imagino que há um alto índice basicamente pela solidão das pessoas".

Tende a generalizar sua opinião acerca do suicídio muito em função de sua vivência pessoal:

> " Eu residi muitos anos em Copacabana. Passei praticamente minha adolescência aqui, então vivi toda a solidão da madrugada, da violência, etc. Vivi a madrugada de Copacabana toda aquela coisa do urbano e tal. Lembro-me de um sujeito jogando-se pela janela de um prédio na av. Copacabana. Recordo-me que não queria ver, mas ele caiu na marqui

> sa... Em suma, o morador típico de Copacabana é solitário. Não deixa este bairro por nada e por conta de que como imagino: fora de Copacabana ele se sentirá mais só ainda".

Não tem contato com pesquisas na área.

Informação/Publicação

Não tem contato com literatura a respeito. Tem mais ou menos opiniões muito elementares sobre o assunto:

> " Intuitivamente tendo a relacionar a solidão com o suicídio. Isto tem a ver?"

Sobre o assunto, baseia-se muito na sua intuição. Não dispõe de informação teórica sobre o assunto.

Não conhece publicações a respeito.

Prevenção e suicídio

É a favor da idéia da criação do Centro de Prevenção.

Já ouviu falar de trabalho semelhante que foi desenvolvido no Hospital Pinel no Rio de Janeiro:

> " Era um serviço que atendia pelo telefone, só não sei como o paciente era atendido e nem sei de fato como funcionava".

Tem visão crítica mais simplista do problema da prevenção:

> " Antes de realizarmos o trabalho de prevenção está a discussão política, a discussão da competitividade, a discus-

são do capitalismo (na empresa, no lucro), etc."

Acha que um trabalho de prevenção não pode acontecer sem a consideração devida as famílias:

" Inclusive toda a família, em ação profilática.
Trabalhar a relação social e não fazer aquele atendimento pelo telefone".

É a favor de um trabalho desta instituição preventiva mas que não se restrinja a área psicológica:

" Tal trabalho não deve ser restrito a apenas a esta área. É um trabalho basicamente da comunidade na medida em que todos participem. Isto é, um trabalho, multidisciplinar, cósmico".

Psicóloga Clínica - Trabalha basicamente com pacientes idosos. Atende em Copacabana. Desenvolve também atendimento domiciliar a pacientes em crises psiquiátricas graves e atende ainda pacientes terminais.

Conceituação e causas

Tem conceituação muito ligada ao modelo intra-psíquico: " o suicídio é um culminar de um processo de sofrimento grande no ser humano".

Acha que para tentar reduzir os índices de suicídios é "preciso dar condições (intra-psíquicas) para que o ser humano aprenda a lidar melhor com seu lado emocional".

Vê o suicídio muito ligado ao lado individual do indivíduo: "algo acontece na sua história de vida pessoal que pode levá-lo a desejar matar-se".

Experiências com suicidas

Tem pouca. Só teve um caso ("na minha clínica só tive um caso de uma cliente que tentou o suicídio, antes de vir a ter comigo".)

Não tem técnica específica para lidar com este tipo de cliente. Não tem conhecimento mais aprofundado sobre o assunto, acha que o atendimento básico para os suicidas está "ligado a necessidades básicas de saúde num nível mais amplo: atendimento mais global na educação, na habitação, etc".

Desconhece objetivamente "Como lidar" relacionalmente com pacientes suicidas.

Epidemiologia e suicídio

Intuitivamente acha que a taxa de Copacabana é alta:

> " Não sei exatamente quais são os índices no Rio de Janeiro, mas imagino que, por aqui no Bairro de Copacabana, eles sejam altos.

Não conhece pesquisas a respeito na área. Nem tem idéia como está a situação do suicídio no Brasil de forma abrangente.

Sobre os índices altos de Copacabana que, intuitivamente acha, explica-os:

> " Imagino que qualquer situação de extremos, seja de muita ou de raríssima densidade populacional, a pobreza de contato é grande. Possivelmente existirá muito sofrimento e as pessoas encontram maiores dificuldades. Nestas situações, talvez estejamos falando até da "solidão interior", que estes dois extremos possam gerar".

Informação/publicação e suicídio

Não tem praticamente nenhuma informação a respeito do assunto. Teve contato com o assunto através de uma palestra na " Equipe de Acompanhamento Psicoterapêutico"- EAP: "Suicídio e Sociedade".

Desconhece publicações especializadas.

Prevenção e suicídio

Tem idéias muito vagas e simplistas sobre a questão:

"Melhorando a saúde do povo, se melhorará a questão do sui

cídio"...

Não sabe explicar objetivamente como fazer isto:

> " Uma prevenção ao suicídio estaria ligada à área de saúde sim, mas isto tudo dentro de um nível mais amplo. Por exemplo, a saúde mental está dentro da saúde , e a saúde dentro de uma série de outras condições que o povo realmente não tem".

É a favor a criação de um centro de prevenção e terapia do suicídio. Pensa que deve ser uma "instituição articulada com as lutas para melhoria das condições básicas de vida, e também preocupada em proporcionar um trabalho terapêutico com acesso facilitado em termos financeiros".

Com relação à velhice frisou:

> " A velhice é bastante discriminada nesta sociedade, e o velho acaba se colocando de forma geral como depressivo . Contudo, isto é um trabalho essencialmente terapêutico. É preciso criarmos juntos perspectivas de que se pode viver e viver bem, dentro de cada uma das etapas da vida.
> Abrir brechas, inclusive espaços para que o desejo de viver vença e toda uma perspectiva de uma existência melhor apareça".

Psicóloga - Psicoterapeuta de orientação bionergética. Atende em consultório particular em Botafogo. Mestranda em psicologia clínica pela PUC/RJ.

Conceituação e causas

" O suicídio é sempre uma possibilidade, sobretudo quando se trabalha com paciente deprimido".

Expressando uma opinião mais pessoal, dá uma visão ligada a um certo tabu em lidar com a morte:

> " O suicído para mim é uma situação muito difícil.
> Não gosto de trabalhar com este tipo de paciente, talvez por dificuldades pessoais em puxar para vida ou em lidar com a morte".

Dá impressão de que vê o suicídio ligado a causas exclusivas do âmbito do intra-psíquico.

Experiências

Pouca experiência, como alega, apesar de já ter tido dois pacientes que se mataram.

Não quis entrar em maiores detalhes sobre estes dois casos.

Não tem técnica específica para tal população.

Acha que a família, nesta situação, deve ser tratada:

> " Freqüentemente a gente depara também com situação meio sem saída, em termos de comprometimento da família, do comprometimento pessoal do paciente, das relações sociais. Quer dizer, acho muito difícil responsabilizar exlcusiva -

mente a família. Embora exista sempre um clima pesado, uma vivência de que não tem saída e que aquele paciente é a ferida aberta da família. Através de le a família sofre".

Desconhece modalidade terapêutica mais indicada.

Epidemiologia

Não tem conhecimento das taxas de suicídio. Não sabe a situação do suicídio no Rio de Janeiro, nem no Brasil.

Não tem contato com pesquisa da particular área.

Reconhece a importância do profissional com interesse específico sobre uma matéria, aprofundar-se na mesma sobretudo através de pesquisas.

Informação/Publicação

Não tem informação básica sobre o suicídio.

Não sabe de publicação especializada.

Diz que não tem nada a acrescentar sobre o estudo do suicídio.

Prevenção

Apoia medidas preventivas, inclusive a idéia do centro de prevenção:

" É uma medida interessante na medida em que as pessoas pudessem contar promtamente com o auxílio. Porque existe sempre o registro de que as pessoas procuram .

Procuram ambivalentemente, sem saber até "por quê".

Quem sabe o fazem até com medo do últi-

> mo medo (medo da morte)... e o pessoal treinado, talvez pudesse ajudar".

Propõe que haja participação, neste trabalho do centro, do próprio paciente que tentou o suicídio:

> " Acho importante isto para que as pessoas pudessem falar com outras mais abertamente sobre a "vivência de morte". Tenho a impressão de que todo suicida pensa que é um caso único e isto tudo só acontece com ele e por isto ele é inviável. À medida em que ele entre em contato com outras histórias semelhantes, aumenta as chances de minimizar isto".

Diz que não tem nada mais a acrescentar sobre tal matéria "porque não tem muita informação a respeito e nem gosta do assunto".

> Dá a impressão de que o assunto suicídio a apavora, sobretudo em função de dois casos passados considerados de insucesso (2 pacientes que se mataram).

Entrevistas dos "Não-Especialistas" (Religiosos)

Entrevistas com representante do Espiritismo-kardecista

Mulher dirigente de Centro espírita e também dirigente de trabalho específico que tal doutrina realiza sobre o suicídio.

Conceituação e causas

" O suicídio é uma violação das leis reguladoras da harmonia do mundo invisível, leis determinadas por Deus, e que, se violadas por conta própria, trazem transtornos sérios na volta forçada à pátria espiritual ".

Vê o ato suicida como " um ato anômolo à harmonia do universo. O suicídio - argumenta - contraria as leis de Deus".

Acha que pode haver causas ligadas aos mais diversos fatores, " desde embriaguez até a loucura". É positivo tal ponto de vista no sentido de relacioná-lo a uma pluralidade de fatores:

> " Os motivos que muitos suicidas deixam como registros são os mais variados possíveis: desde afeições contrariadas, as moléstias consideradas irreversíveis, o desemprego, tristeza, etc".

Dá destaque como um dos principais motivos:

> " a ausência de fé na bondade divina, incapacidade de reflexão nos valores da vida e na ausência de Deus".

Um contra-ponto, nesta visão, é que não o relaciona muito a causas sociais, tendendo a vê-lo mais como "falta de compreensão às leis e a Harmonia Divina".

Enfatiza que podem ocorrer suicídios por razões transcendentais:

> " É possível que ocorram causas ligadas a raízes mais profundas no espírito, isto é, quando o indivíduo já usou dos mesmos recursos em vidas pregressas (reencarnação), é provável que traga uma tendência para tal ato".

Fé e suicídio

Acha que a fé pode ajudar muito "sobretudo porque ela é o primeiro preventivo do suicídio: a falta da mesma pode levar ao suicídio".

Diz que " não tem conhecimento de que alguém que, sendo espírita convicto, tenha se suicidado".

Um ponto extremamente positivo, dentro desta perspectiva, é que, dentre as religiões pesquisadas, esta apresentou-se como uma das menos preconceituosas, principalmente no sentido de realizar atos religiosos para as "almas" ou os "espíritos" dos suicidas. Independente de outros credos não realizarem nenhum ofício religioso pelos suicidas, este

> " faz culto evangélico tanto para o

> espírito daquele que buscou a morte pelo suicídio, como para aquele que está envolvido na tentativa".

Esta religião ajuda diretamente os pacientes suicidas porque tem trabalho específico para estes. Realizam reunião denominada "CULTO MARIA DE NAZARÉ", exclusivamente voltado para este tipo de situação:

> " Temos reuniões de enfermagem espiritual (desobsessão) em favor dos que deixaram a vida física pelas portas do suicídio...
> " Desenvolvemos reuniões de estudo da doutrina, com evangelização e preces visando ao esclarecimento dos que agasalham no coração a idéia nefasta do suicídio".

Suicídio Pós-morte

Diz que "após a morte os suicidas entram em clima de profundo sofrimento:

> " Reconhecem tardiamente que não encontraram a paz que ilusoriamente pretendiam ao se arrojarem ao suicídio, como solução para seus dissabores. Todos têm padecimentos agravados por se sentirem mais vivos do que nunca, uma vez que o espírito é imortal".

Argumenta que o destino "pós-morte" do suicida não compensa.

Baseia sua opinião nos relatos dos espíritos em reuniões mediúnicas (reuniões onde ocorre a comunica -

ção entre as pessoas que estão neste plano terreno e as que já deixaram tal plano) e em uma das obras clássicas da literatura espírita (também baseada em relato de ex-suicida): Memórias de um suicida.

Prevenção

Desenvolve trabalho preventivo para as pessoas não se suicidarem (outro ponto bastante positivo deste credo em relação a outras religiões entrevistas).

São duas reuniões: uma pública, onde o acesso é facilitado a todos que quizerem comparecer (frequentada principalmente pelos familiares ou o próprio paciente que tentou o suicídio); outra privativa ou mediúnica, onde o acesso só é permitido aos médiuns. Nesta última é feita uma espécie de enfermagem espiritual, uma espécie de trabalho terapêutico, tanto para evitarem o suicídio daqueles que o tentaram, como para dar o devido amparo aos que já passaram ao plano espiritual.

Aprovou a idéia do centro de prevenção; colocou-se disponível a uma eventual participação.

Entrevista com Representante da Igreja Luterana

Pastor-Luterano - Igreja luterana no Brasil. Localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro.

Conceituação e causas

" Nossa igreja nos ensina que não temos direito de tirar a vida, nem a nossa nem a de outra pessoa, porque Deus no-la deu"

Argumentando melhor quanto a isto:

> " Devemos temer e amar a Deus e, por - tanto, não causar dano algum ao nosso próximo (o que vale para a própria pessoa) em seu corpo".

Passa uma visão de condenação enfática ao suicídio:

> " Nenhum de nós vive para si mesmo , nem morre para si. Porque vivemos e morremos para o Senhor"...

Acha que a vida pertence exclusivamente ao Senhor:

> " Quem reconhece o senhorio de Deus , sabe que ele determina sobre a vida e a morte conforme sua vontade".

Dá a entender que os que se suicidam estão se colocando contra Deus. Uma espécie de ovelhas revoltadas ou, quem sabe desgarradas.

> " O suicídio pode ser uma tentação humana em situações de crise, fracasso ou frustração".

Fé e suicídio

Acha que a fé, atuante, pode diminuir as taxas. Inclusive pensa que um tratamento analítico pode ajudar no sentido de

> " reconhecimento da culpa e da limitação humana".

Não tem idéia dos índices de suicídio no seu credo.

> "Não posso informar os índices. Não temos estatísticas ao nosso alcance sobre o assunto".

Diz que, em termos de trabalho neste sentido (ajudar a diminuir as taxas), "não estamos desenvolvendo nada neste sentido".

Mostrou-se bastante favorável a participar de trabalho neste sentido.

Suicídio e pós-morte

" O que acontece com criatura que busca suicídio no pós-morte foge ao nosso alcance. O juízo e julgamento final está nas mãos de Deus e de seu Filho Jesus Cristo, a quem deu poder de julgar sobre vivos e mortos.

Propõe, contudo, para ajudá-los a penitência dos familiares:

> " Somente a penitência poderá ser considerada como expressão de fé e esperança junto aos familiares em que viveu o suicida".

Suicídio e prevenção

Não tem idéias formadas a respeito.

Mostrou-se bastante disponível a participar de trabalho interdisciplinar a respeito.

Entrevista com representante da Igreja Católica

Sacerdote católico - Mestrando em Teologia. Professor universitário.

Conceituação e causas

Defende a idéia de que o suicídio relaciona-se preponderantemente com anomia social. Faz uma pequena retrospectiva histórica dizendo:

> " Até pouco, antes do II Concílio do Vaticano , o princípio básico de análise desta questão era o direito à vida, tributando ao homem o respeito fundamental à existência. Já que esta pertencia a Deus, nenhum homem poderia se outorgar a si o direito de eliminá-la. Nega-se pois o direito ao fratricídio nas suas diversas formas".
> " Numa consideração pastoral, e mais especificamente nas bases do catolicismo ou cristianismo popular (referência ao protestantismo), o suicida seria alguém que engrossaria as fileiras do ontologicamente perdido - Judas o Escoriotes - e por esta razão negado à própria condenação Eterna".
> " Numa consideração mais avançada - diz - o suicida estaria acontecendo dentro de estado de anomalia (o suicida não estaria em estado de decidir sobre sua liberdade, inclusive de sua vida), suscitando então a necessidade de compreensão e amor para com ele".
> " O suicídio é um desrespeito fundamental a vida, que é determinada basicamente por Deus".

Um ponto favorável a esta argumentação religiosa é quanto às cauas do suicídio: esta foi a única das entrevistas que

admitiu que o mesmo tenha relação com o social.

> " É precisamente a marginalização do processo dos bens de produção (material e simbólico) que o torna vítima da morte (por decisão própria)."

Fé e suicídio

Para ele a questão da fé ou da religião quanto ao suicídio só é relevante na medida em que esta mesma fé contribua para uma participação política por uma melhor estrutura social:

> " A questão não está em o adepto ter ou não uma religião, mas que esta seja ou não conivente com a estrutura social de morte e de crime. É neste grau de participação religiosa - velada ou explícita de situações de morte - que se situa o suicídio".

Apesar de ter pontos de vista sócio-históricos questionáveis, é a única das abordagens religiosas pesquisadas que toca em pontos críticos da estrutura social deste mundo:

> " E toda estrutura sócio-econômica que prepara o suicídio. Isto equivale dizer que suicídio é também sinônimo de homicídio".

Argumenta que, quanto aos índices de suicídio de sua religião.

> " os que têm participação efetiva e afetiva (no credo), quase não [illegible] se suicidado, mas a medida em que a par-

ticipação diminui, aumenta o índice".

Quanto a como a religião pode ajudar a diminuir a taxa de suicídio, tem opinião muito vaga e simplista, no sentido que não apresenta resultados concretos para os suicídios da atualidade:

> " Minha proposta é intensificar todo um processo de superação de marginalização do homem quanto à participação de produção, gerência e consumo dos bens de produção"

Como outras abordagens pecam por reduzir toda problemática social ao transcendental, tal credo em questão faz justamente o contrário e tende a cair nos mesmos equívocos simplistas, só que de maneira inversa. Por exemplo, diz que concretamente realizam trabalhos para os suicidas com :

> " Movimentos comunitários em diversos níveis:
> Movimentos comunitários de base é o mais palpável".

Suicídio e pós-morte

Não apresenta teorização a respeito de maneira mais consistente, ou condena-o ao "fogo eterno (segundo ponto de vista mais tradicional)" ou então apresenta discurso teológico vago:

> " A postura atual é de que o suicida merece a misericórida de Deus e seja julgado pela experiência de amor que viveu e não apenas pelo tipo de vítima

> que foi. Os criminosos sim, respon derão diante de Deus".

Ficam divididos quanto a "atos religiosos" para a alma dos suicidas: há padres que realizam cultos (ligados a um ponto de vista mais avançado), há padres que não realizam.

Prevenção

Mostrou-se disponível à participação e discussão da idéia de criação do centro.

Penso que pode colaborar sobretudo nas análises sócio-políticas e de participação comunitária, ponto extremamente positivo em relação às outras abordagens pesquisadas.

Em termos de sua experiência comunitária colocou:

> " Nenhuma vítima de suicídio buscará mais a auto-eliminação como forma de superar a própria experiência de vi - ver, se há uma comunidade viva, que o permita experimentar a própria realização,multi-horizontal de ser homem concreto aqui e agora".

D. - Discussão dos Resultados

D.i) Discussão dos dados estatísticos

Introduzindo a discussão da interpretação dos dados estatísticos, fazem-se necessários alguns comentários:

O primeiro refere-se à falácia dos dados estatísticos. Não podemos afirmar com a absoluta segurança que todos os casos de suicídio ocorrido nas três regiões pesquisas no ano de 1982 estão registrados aqui. Temos que admitir que nem todos os suicídios foram registrados e, dos que foram registrados como tal, nem todos são de fato casos de suicídios.

Por exemplo, uma das primeiras lacunas que encontramos nos registros policiais foi representada pelos denominados "casos suspeitos". Algumas mortes eram denominadas e registradas nesta categoria, mas, por um estudo mais detalhado, tudo indicava tratar-se de suicídio. Explicando melhor, um destes "casos suspeitos" referia-se à morte de um guarda noturno de um shopping-center localizado na Barra da Tijuca. Segundo consta, ele, brincando com um colega de roleta russa, isto é, apontando o revólver contra seu ouvido, dispara um tiro fatal contra si mesmo. De acordo com o depoimento colhido no registro policial, naquela noite específica o tal guarda noturno "esqueceu-se de descarregar a sua arma".

Uma outra lacuna é quanto ao próprio registro dos casos de suicídio. Notamos que muitas famílias de certa influência, por motivos que não vêm ao caso discutir agora aqui, usando de seu prestígio, conseguem dar um "jeitinho" para que aquele parente que se matou de fato não seja registrado como suici-

da.

Outro hiato apontado, levantado também por fontes que não quiseram identificar-se, é que corríamos o risco de estarmos contando como "suicídios" um ou outro caso registrado como tal, mas que na verdade poderiam estar encobrindo uma outra causa de morte. Em outros termos, o registro de suicídio aqui poderia servir para esconder os interesses e até mesmo crimes de alguns indivíduos. Por exemplo, um sujeito jogando uma mulher pela janela, possivelmente poderia criar toda uma situação para que este assassinato fosse registrado como suicídio , etc...

Enfim, mesmo considerando estas e outras lacunas dos dados estatísticos , ainda assim acreditamos na sua utilidade , não só porque como qualquer outro material de pesquisa sejam também passíveis de críticas, mas sobretudo por poder nos indicar uma estimativa da situação de um determinado fenômeno ocorrido num particular tempo e lugar da sociedade. Sem esquecer, é claro, que o dado em si não é absoluto e está sujeito às diversas manipulações sociais e políticas, tanto daquele que o registra como daquele que o interpreta.

Depois destes comentários introdutórios, passemos para a interpretação propriamente dita:

1- Taxas de suicídios nas três regiões estudadas:

Tendo em vista que, para Cassorla(1980) o índice suicida no Brasil está em torno de aproximadamente 4 suicídios por ano, e para Lucenna(1965)[3] o mesmo índice está em torno de

3 Vide Stubbe (1984).

5-7 suicídios ao ano/100 mil habitantes, mesmo levando em conta tais pontos que se contradizem, ainda assim podemos argumentar que as taxas de suicídios observadas tanto em Copacabana / Leme quanto na Barra da Tijuca/São Conrado podem ser consideradas elevadas e até altas(4).

Com relação a Copacabana/Leme, o número considerável de suicídios por ano pode ser entendido pela perspecitava de que geralmente os índices crescem em áreas de grande concentração populacional (5). Já em relação a Barra da Tijuca/ São Conrado, tal acontecimento pode ser entendido pela perspectiva de que, frequentemente, como acusam diversos pesquisadores (entre outros, Durkheim - 1982, Capstick - 1960), a taxa de suicídio é elevada sobretudo nas regiões de níveis sócio-econômicos elevados e nos meios de maior instrução.

---

(4) - A taxa de suicídio encontrada em Copacabana/Leme (10 suicídios 100 mil habitantes) e na Barra da Tijuca/São Conrado(16,5 suicídios/100 mil habitantes) refere-se à população como um todo. Considerando que, no meio desta população total, não se levou em conta que mais da metade nos respectivos bairros é constituída de uma população infantil e ainda, no tocante a esta categoria, os índices geralmente são baixos, então a taxa de suicídio (da população acima de 15 anos) na realidade pode ser bem maior que a apresentada.

(5) - Quanto ao nível populacional e o suicídio, é importante ressaltar que a taxa é elevada tanto para as regiões de forte quanto de pouca densidade. Além das pesquisas em outros países também acusarem isto (vide: capítulo II - Perspecetiva sócio-cultural), recentemente uma reportagem acerca do interior do Brasil mostra o suicídio ganhando destaque, justamente em lugares de baixa densidade populacional (Revista "Isto É" - 26 de maio de 1986, nº 43:31-33).

Uma outra explicação para a região de Copacabana/Leme e Barra da Tijuca/São Conrado é quanto à possível preponderância de atitudes anômicas nestes grupos. Diz Durkheim(1982) que não existe sociedade sem disciplina ou ordem coletiva respeitada por todos. Na medida em que esta regulação na ordem está confusa, no momento em que os mínimos limites sociais não estão sendo admitidos, vive-se uma espécie de "vale-tudo": tem-se o estado anômico, situação onde a taxa de suicídio tende a se elevar, muito comum em lugares urbanizados. A ocorrência de tal desregulação leva geralmente a crises nos valores, tanto nos meios econômicos, quanto nos intelectuais ou conjugais. Em situações como esta prepondera uma espécie de descontentamento coletivo, pois, não havendo barreiras ou o respeito de fato aos mínimos limites, os desejos tornam-se praticamente insaciáveis. Argumentando sobre a anomia, é o próprio autor citado que se explica: "na medida em que as forças sociais são assim liberadas, não encontram equilíbrio e seus valores parecem indeterminados e, por conseguinte, abre-se uma lacuna de regulação durante certo tempo. Já não se sabe o que é justo ou injusto, que reivindicações e esperanças são legítimas e quais as que ultrapassam a verdade" (Durkheim / op. cit., p. 199).

Por que a favela apresenta índice de suicídio baixo? Logo de início poderemos argumentar, como dizem outros trabalhos, sobretudo o de Capstick (1960), de forma abrangente os índices de suicídio são menores nos meios de baixo poder aquisitivo e de menor nível de instrução. Praticamente isto é a mesma argumentação já colocada, quanto à Barra da Tijuca/São Conrado, só que em termos opostos.

Uma das explicações para tal fenômeno pode estar no fato de que na favela o nível de ascensão social é menor do que nas regiões de níveis sócio-econômicos elevados, deixando o nível de tolerância à frustração bem maior. Quer dizer, não que o favelado não deseje melhorar de vida, só que seus planos encontram a priori uma série de impedimentos que, escapando ao seu controle direto (grande risco de desemprego; salários baixos; longa jornada de trabalho, etc, etc.), acabam por deixá-lo mais modesto quanto a estes sonhos e objetivos; o que tem por conseqüência um nível de frustração menor em relação a outros grupos. Já quanto aos grupos de maior poder aquisitivo, geralmente constituídos por indivíduos que podem e pensam que "vale tudo" para alcançar suas metas, são vitimados muitas vezes pelo próprio sistema que cumpliciam diretamente. Em outros termos, vivendo em meio onde prepondera a "Regra do Jogo" da total disputa em prol da ascensão social, as metas de tais indivíduos per si não têm limitações. Quando praticamente não há a mínima limitação para uma meta, aumenta-se a impossibilidade de alcançá-la, gerando-se graus de frustrações bem maiores, crescendo a insatisfação com a vida e o conseqüente aumento do risco de suicídio.

Além destas e de outras explicações sobre os índices de suicídios nas três regiões, gostaríamos de trazer outra pela qual simpatizamos. Partilhamos da opinião de que o suicídio varia no grau direto da integração entre as pessoas nos lugares citados. Tal ponto de vista vai ao encontro sobretudo das idéias de Johnson (1965) e de Durkheim (1982): "O suicídio varia com o grau de integração nos diversos grupos sociais". Em outros termos, quanto maior o nível de desintegração entre os indivi

duos, maior será a taxa de suicídio deste mesmo lugar.

Copacabana/Leme, das três regiões estudadas, além de ser uma das mais problemáticas - em termos de crescimento urbano exacerbado (alta densidade, poluição sonora, trânsito congestionado, etc) -, é também uma das regiões que apresentam uma baixíssima integração entre os habitantes. Alguns moradores, argumenta Velho (1973), "residem anos no mesmo prédio e às vezes não sabem o nome do vizinho", ou então, "raramente se cumprimentam pelos corredores", etc. Em geral, as relações são superficiais e restritas essencialmente ao necessário, quando é o caso.

Entende-se desintegração entre os indivíduos no grupo como algo relacionado com a "falta de calor humano" e outros sentimentos, tais como "solidariedade", "amizade", o "mínimo" e o "necessário grau de respeito pela pessoa humana" e outras coisas do gênero, que muitas vezes, em certos grupos sociais, sobretudo urbanos, apresentam-se como totalmente sem sentido, impossíveis de serem vivenciados. Tais fatores ou são vividos como "coisas do passado" que "já caíram de moda", ou então como algo que "nada tem a ver com a vida de Cidade Grande": "isto é coisa de suburbano ou de morador de cidadezinha do interior". Lamentavelmente, o resultado é que tais indivíduos, dentro destes grupos, tendem a relacionamentos cada vez mais superficiais e racionais, perdendo a chance de tentar estabelecer vínculos emocionais mais sólidos: na medida em que os anos vão passando, seus vínculos vão diminuindo, tendendo cada vez mais a um número reduzido de pessoas.

Tal maneira de se relacionar (relacionamentos superficiais), além de ser característica das grandes metrópoles, como diz (Simmel-1950), é a maneira preponderante apresentada tanto dos moradores de Copacabana/Leme quanto da Barra da Tijuca/São Conrado. Nesta maneira preponderantemente desintegradora e distante afetivamente falando de relacionamento, está uma das explicações básicas das taxas de suicídios elevadas. Pois trazendo novamente Durkheim: "a taxa de suicídio varia, nos diversos segmentos sociais, na razão inversa da integração entre seus membros".

Em recente seminário sobre a questão urbana, realizado no Rio de Janeiro, levantaram-se pontos que foram ao encontro do discutido aqui. Argumentava-se que a Barra da Tijuca, entre outras coisas, bairro projetado por Lúcio Costa visando evitar os erros da já então urbanizada Copacabana, estava caindo nos mesmos equívocos. Além de toda problemática do crescimento do bairro seguir padrões ligados mais à especulação e ao interesse financeiro do que ao próprio bem-estar dos moradores, constatava-se também a existência de muita falta de calor humano entre os habitantes (Bonfim - 1985). Este tendia a existir bem mais nas regiões do subúrbio carioca ou até nas favelas.

Em suma, por este raciocínio podemos formular a hipótese de que, se há regiões onde a integração afetiva é maior, a taxa tenderá a ser menor (Favela do Morro de Santa Marta - 6,5 suicídios). Lamentavelmente, o contrário também é verdadeiro, observando os dados deste trabalho (Copacabana/Leme - 10 suicídios; Barra da Tijuca/S.Conrado - 16,5 suicídios).

2 - Com relação ao sexo, houve uma preponderância do masculino. Isto é um fato praticamente universal na suicidologia; desde o século passado observam-se diversas pesquisas confirmando isto, por exemplo a do próprio Durkheim. Por tais estudos os homens matam-se mais que as mulheres. Estas só se destacam dos homens em relação às tentativas.

A razão de tal acontecimento ser mais freqüente nas pessoas de sexo masculino gira em torno de toda uma educação e de uma cultura machista que, se, por um lado, aparentemente favoreceu o tal macho em termos de poder, por outro também o vitimou, aprisionando-o a toda uma série de comportamentos disfuncionais na sua socialização: "homem não pode nunca falhar"; "homem tem que ser sempre forte"; "não pode nunca chorar", entre outros exemplos. Curiosamente a mulher, além de sofrer todo um jugo injusto desta questionável cultura machista, ao lhe ser permitido chorar, ser mais afetiva, demonstrar mais seus afetos e emoções, acaba lidando melhor com seus conflitos, tendo mais chances de elaborá-los e conseqüentemente apresentando uma menor taxa de suicídio fatal.(6)

Ilustrando melhor quanto à questão da cultura machista, levando preponderantemente os homens a maior

6) Há ainda algumas teorizações mais organicistas, defendendo que as razões dos homens apresentarem maior taxa do que as mulheres, está em que as pessoas de sexo masculino são biologicamente mais agressivas do que as de sexo feminino. Polêmicas à parte, continuamos com a opinião de que as causas básicas deste fator passam bastante pela cultura. Na medida em que tanto os homens quanto as mulheres pudessem mostrar seu lado emocional sem medo do estigma de serem qualificados de "fracos" ou outras adjetivações do gênero, um grande passo já se alcançaria. Não é à toa que Simone de Beauvoir argumentava: "as mulheres não nascem mulheres, elas são feitas mulheres".

autodestrutividade do que as mulheres, exemplificaremos com um fato. Embora reconheçamos o papel vital das forças armadas para uma pátria, lamentavelmente nos meios militares encontramos ainda o máximo destas atitudes machistas: "seu ideal tem que ser sempre o sucesso, você não pode nunca fracassar"; "a honra e a disciplina estão acima de tudo, inclusive da própria vida", etc. Nestes meios, muitas vezes, em nome da exacerbação destes e de outros códigos do gênero as pessoas são levadas a atitudes absurdamente suicidas . . Há pouco tempo veio a público pelos jornais o caso dos recrutas que, não podendo assumir que "tinham medo" na frente de outros, ou então que "não obedeceriam", entre outros argumentos, acabam passando um material ácido no rosto em obediência a ordem de um de seus superiores...

3 - Com relação à idade, o suicídio preponderou nas faixas de 21 a 40 anos.

Diversos são os fatores que podem estar em jogo nesta faixa. Imediatamente observa-se ser esta a idade da realização emocional, tanto para homens como para mulheres. É a faixa também da idade de produção, da realização profissional. Conseqüentemente é uma fase onde possivelmente aparecerão problemas ligados ao relacionamento conjugal e/ou familiar e ao trabalho em geral. No tocante à realização profissional é uma fase onde as frustrações podem aumentar: podemos nos deparar com muitas dificuldades em torno disto, indo desde a possível perda de emprego, até o "estar empregado" em algo bem aquém de nossos sonhos ou nossa auto-estima pessoal.

Um outro dado interessante é que, sobretudo nas faixas de 35/40 anos, em geral, as pessoas pensam mais na morte: já não se tem a mesma vitalidade de anos anteriores, em alguns a calvice começa a tomar conta, em outros aparecem cabelos brancos, etc. Fatos superficiais? Possivelmente, só que em uma sociedade onde, lamentavelmente, cultua-se como ideal do belo apenas o "jovem", tendemos a nos aprissionar a tipos de padrões como este e encontramos a maior dificuldade em perceber em cada fase da vida a juventude e a criatividade interna potenciada em cada ser. Em uma cultura em que o velho, o índio, o preto e todas as outras coisas que fogem ao padrão social colonizador, são considerados inferiores ou menores, certas fases ou idades que atravessamos podem nos levar a sentir certos estigmas e termos grandes dificuldades em enfrentá-los, ocorrendo com alguns inclusive um risco sério de suicídio.

Outro ponto relevante é que, segundo nossos dados, não houve suicídios nas faixas preponderantemente de adolescentes, isto é, abaixo das idades de 21 a 40 anos. Isto vai ao encontro dealgumas outras pesquisas, indicando que, de maneira geral, os jovens têm taxa maior em termos de tentativas (Cassorla-1982). Os adultos, por sua vez, têm índices maiores no tocante ao suicídio fatal. Nos países com a população destacadamente jovem a taxa maior se concentra nesta fase de 20-40 anos.

Outra questão é quanto ao suicídio fatal no meio de pessoas idosas. Ao contrário dos países da Europa e do primeiro mundo, apresentando geralmente índices maiores, no nosso meio, com uma expectativa de vida menor e ainda sendo uma população destacadamente jovem, as taxas tenderiam - como foi o caso - a ser bem menores.

4 - Com relação ao estado civil, houve uma preponderância de solteiros. Tais resultados só vem confirmar o já defendido por outros autores, tais como Durkheim (1982). Tal autor argumenta que o preventivo do suicídio não está na instituição do casamento em si, inclusive porque em determinados casos esta também pode levar a atos suicidas. O casamento ou a família daí decorrente atua preventivamente mais pela integração promovida entre as pessoas do que pela própria instituição em si. Entende-se como integração os laços que a família e o casamento podem dar ao sujeito, vínculos estabelecidos entre esposos, filhos, outros parentes. Enfim, possibilidades de laços integradores, contribuindo muito na sustenção e estruturação social de cada ser. Defende Durkheim que certos grupos sociais, entre outros a família, atuam na prevenção do suicídio na razão direta dos laços integradores entre seus membros. O grupo de solteiros, em geral, tendo pouca possibilidade de aumentar e amadurecer suas vinculações com outros indivíduos, somado à solidão e à desintegração urbana característica das grandes cidades, tenderiam a ficar mais à mercê das possibilidades de suicídio.

Outras pesquisas apontam ser o suicídio freqüente no meio dos solteiros porque estes se encontram no grupo de alto risco de suicídio (Stubbe-1982). Tal ponto de vista argumenta que geralmente nos diversos segmentos sociais há grupos de alto risco propensos para a auto-eliminação. Tais grupos são constituídos basicamente pelos alcóolatras, os toxicômanos, e os solteiros, entre outros.

5 - Em relação à cor dos suicidas, houve preponderância ao segmento de brancos. Apesar de tais dados irem ao encontro de diversas outras pesquisas indicando, geralmente, mais suicídios nestes segmentos, não achamos que a cor é fator determinante na auto-eliminação. A taxa de suicídio, antes de variar em função da raça biológica, varia na razão da cultura e da camada social de cada grupo. Portanto, o que se pode dizer é que os índices são altos, de forma geral, nos meios sócio-econômicos elevados e de maior instrução, e é sobretudo nestes meios que se encontram as pessoas preponderantemente de cor branca. Há estudos interessantes sobre tal matéria: nos Estados Unidos, no Texas, por exemplo, as classes de menor poder aquisitivo são constituídas de negros. Tais segmentos sempre tiveram índices menores em relação aos brancos. Tão logo os negros começam a iniciar sua emancipação e ascensão às classes mais abastadas, apresentam também um crescimento na taxa de suicídios. (Stubbe-1982).

6 - Em relação ao meio empregado pelos suicidas buscando à morte, diante dos dados coletados não é possível uma interpretação mais completa. Autores, contudo, defendem que o método usado indica-nos algo sobre a estrutura de personalidade do indivíduo. Como não tivemos acesso a casos individuais, não arriscamos formular hipóteses neste sentido. Preferimos apenas descrevê-los como o fizemos (vide tabela V, anexo VII, além de tecermos ainda alguns comentários gerais: o sexo masculino geralmente usa de métodos mais violentos para se matar do que o sexo feminino (homens , armas de fogo; mulheres , envenenamento). Os métodos variam

muito em função da cultura e dos costumes sociais. Em certas sociedades onde o acesso às armas de fogo é facilitado, os suicídios por este meio são frequentes, em áreas onde a paisagem é preponderantemente constituída por edifícios ou arranhas-céus, o lançamento ganha maior destaque. Em sociedades muito ritualísticas, o método para a morte pode ocorrer quase como um rito, tal como no Japão, através do Harakiri, e assim por diante. (Stubbe-1982/Capstick-1960).

7 - Em relação aos dias da semana, a profissão e as estações do ano, pelos dados que temos, não podemos dar uma interpretação também mais exata. No tocante às estações do ano, por exemplo, fazendo um breve comentário, pode-se dizer que em alguns países da Europa há um aumento da taxa de suicídio sobretudo em novembro e maio, isto é, começo e final do inverno.

8 - Com relação à hora do ato suicida, houve uma preponderância na parte da manhã e pela madrugada. Embora haja grande polêmica em torno da relação da hora e do ato para a auto-eliminação, não há uma formulação específica comprovada nos diversos estudos. Diz-se que antes da hora preferida para tal atitude, existe uma brecha propícia num tempo existencial e contexto de impacto. O caso desta pesquisa, acusando mais suicídios na parte da manhã e na madrugada, possivelmente está ligada a conflitos representados no início do trabalho (pela manhã) e pela solidão urbana ou pela insônia rebelde nas noites. Há estudos apontando para uma provável "depressão matinal", ocorrendo geralmen

te com as pessoas que não têm ou perdem um trabalho ou uma ocupação útil ou mesmo porque ficam impedidas de desempenhar tal função. Existem indivíduos que, ao contrário, ficam deprimidos assim que largam o trabalho e voltam para a residência. Tanto numa quanto na outra situação, o trabalho e a solidão podem entrar como uma espécie de catalizador de conflitos internos ou inter-relacionais não resolvidos que, com sucessivas depressões, podem levar ao suicídio. (Stubbe-1982).

9- Quanto à profissão, devido a falhas nos próprios registros policiais, isto é, não havia quase nenhuma anotação a respeito, os dados não permitem uma interpretação.

10- Em relação às enfermidades mentais, é interessante discutir que em Copacabana aconteceram quase 1/3 dos suicídios ligados a este fator.

Isto vai ao encontro do raciocínio de que os pacientes psiquiátricos (diagnosticados como depressivos) têm índices altos. Partilha também do ponto de vista de que 15% dos pacientes com depressões ou crises psiquiátricas graves se suicidam. Contudo, antes da própria doença mental levando ao suicídio, está o estigma que isto representa. A sociedade em geral, com seus preconceitos e estigmatizações, diante de alguém com um tipo de distúrbio deste nível acaba isolando ou até enfermizando (para não dizer infernizando) ainda mais tais indivíduos. Em outros termos, na clínica particular ou em hospitais (tanto quanto nos seus próprios contextos), observa-se que tais pacientes, antes de sofrerem por causa das suas diagnosticadas enfer-

midades psíquicas, apresentam muito mais padecimentos pelo estigma que estas acarretam. É mais fácil para muitos de nós, inclusive, admitir que um paciente se matou tentando escapar da "doença mental" do que propriamente da discriminação que ela ainda carrega nos diversos grupos sociais desta sociedade definida como civilizada.

11- Com relação ao local do ato suicida, a maioria dos casos aconteceram na própria residência dos sujeito. Isto vem partilhar a opinião dos que argumentam que o ato suicida ocorre geralmente nas proximidades ou nos lugares de grande intimidade destes pacientes, no caso aqui, nas suas residências. Estudos apontam que o lugar onde a pessoa reside ou tem maior intimidade pode ser também a área de maiores conflitos íntimos. Geralmente, a intimidade de uma pessoa tende a se expressar com mais facilidade nos lugares que lhe são mais familiares, lugares estes que podem estar relacionados as suas próprias moradias. (Stubbe-1982).

12- No tocante às estações de ano, pelos dados de que dispomos, coletados nos registros policiais, também não é possível fazer uma interpretação mais segura.

D.ii) Discussão das Entrevistas

a - Aspecto Religioso

Todos os três pontos de vistas pesquisados são unânimes na condenação da atitude suicida. Tais abordagens, cada qual à sua maneira, opõem-se ao suicídio basicamente em torno do argumento de ser uma violência à própria existência que é determinada por Deus:

> " O suicídio é uma violação das leis reguladoras da harmonia no mundo invisível, leis determinadas por Deus, e que se violadas por conta própria trazem transtornos sérios na volta forçada à pátria espiritual"
>
> (ponto de vista espírita)

> " Não temos o direito de tirar a vida , nem nossa, nem a de outra pessoa, porque Deus no-la deu"
>
> (ponto de vista protest./luterano)

> " O suicídio é um desrespeito fundamental a vida, que é determinada basicamente por Deus".
>
> (ponto de vista católico)

É importante considerar que estas opiniões, embora sejam defendidas por um representante de cada religião citada, não devem ser tomadas como absolutas: sobretudo porque cada uma delas não representa a religião particualar como um

todo. Entre algumas religiões, como, por exemplo, a católica , há opiniões diversas quanto ao suicídio, tanto da ala mais tradicional quanto da ala mais progressista. Neste estudo colhemos a opinião da última ala citada desta igreja. Tal representante, entre os procurados do catolicismo, foi o único que se mostrou disponível a colaborar com a pesquisa.

Das abordagens religiosas pesquisadas, a visão católica apresenta certo avanço, relacionando o suicídio também às questões sociais:

> " É toda uma estrutura sócio-econômica que prepara o suicídio. Isto equivale dizer que suicídio é sinônimo também de homicídio nas sociedades".

É interessante abordar que dentro do credo católico há algumas visões bastante ortodoxas quanto ao suicídio(7). Existem alguns representantes desta igreja que não realizam missas pelas almas daqueles que procuram a morte pelo suicídio . Contudo, pelo ponto de vista do entrevistado desta igreja nesta pesquisa:

> " Os suicidas de hoje devem re

(7) Na Bíblia há raros episódios tratando de suicídios. No Antigo Testamento observa-se, entre poucos, o de Sansão e o de Saul. No Novo Testamento, há o de Judas, que, depois de vender seu Mestre por algumas moedas, ao vê-lo seguindo pacíficamente para a crucificação, "Retira-se e vai enforcar-se" (Mateus, 27:5). Executando o Quinto mandamento do decálogo, "não matarás" (...), não encontramos nenhuma proibição direta e enfática à auto-eliminação. Contudo, se por um lado não há uma condenação explícita, por outro, pela nossa interpretação, há também uma proibição implícita nos diversos textos tratanto do assunto.

> ceber um tratamento menos dogmático, considerando que são frutos também de uma sociedade anômica, onde seus atos acontecem inclusive condicionados pelo meio".
>
> (Padre da Igreja Católica)

Ao passo que a Igreja Católica, pela Teologia da Libertação, avança na conceituação e aceitação do suicida em relação ao catolicismo tradicional que se negava a realizar missas pelas almas de tais indivíduos, o Espiritismo apresenta também seus avanços em termos práticos e preventivos. Tal credo, apesar de parecer não estar muito preocupado com as questões sociais implicadas na autodestruição fatal, desenvolve um trabalho prático e específico para os espíritos ou as almas dos que buscaram a morte pelo suicídio:

> "Temos reuniões de enfermagem espiritual (desobsessão) em favor dos que deixaram a vida física pelas portas do suicídio... (Reuniões Privativas)
> " ... desenvolvemos reuniões de estudo da doutrina, com evangelização e preces visando o esclarecimento dos que agasalham no coração a idéia nefasta do suicídio" (Reuniões Públicas)
>
> - Dirigente espírita entrevistado.

Este trabalho é realizado tanto para os que "deixaram a vida física pelas portas do suicídio" (reuniões privativas de desobsessão ou enfermagem espiritual), como para os que alimentam em vida as idéias, atitudes ou pensamentos suicidas

(reuniões públicas). Ambas reuniões são quinzenais: a primeira só é facultada aos médiuns da instituição; a segunda tem acesso franqueado a todos e, em geral, é freqüentada por parentes das pessoas que se suicidaram e por aqueles que direta ou indiretamente estão ligados também à atitude suicida. Neste último tipo de reunião, são discutidos preceitos e argumentos da própria valorização da existência, baseados sobretudo no evangelho de Jesus e na obra mediúnica intitulada Memória de um suicida (Pereira - 1985).

A abordagem católica através das pastorais diz realizar trabalho social que, atuando em alguns problemas da estrutura sócio-econômica, contribui indiretamente para a diminuição da taxa de suicídio. A despeito de acharmos tal movimento de importância fundamental, sobretudo a nível de prevenção primária, ainda assim se faz necessária uma intervenção mais específica no meio da sociedade quanto às atitudes suicidas, principalmente discutindo, entre outras coisas, tais atitudes e suas prováveis implicações no seio de cada comunidade em questão.

Um detalhe que nos chamou atenção nas três abordagens pesquisadas, na palavra dos seus respectivos representantes, é quanto à relação do suicídio e às causas de ordem social: se por uma lado, houve algumas abordagens que nem chegaram a citá-lo textualmente, relacionando-o inclusive a fatores transcendentais (" o suicídio acontece por ausência de fé na bondade Divina"; ou " o suicídio ocorre por tentação humana, pois quem reconhece o senhorio de Deus, sabe que Ele determina sobre a vida e a morte. Devemos obedecê-lo"). Por outro lado, noutro extremo, houve abordagem relacionando-o a fatores sociais que, embora seja um ponto de vista progressivamente avançado, incorre no

risco de ser um ponto de vista simplista:

> " É precisamente a marginalização do processo dos bens de produção (material e simbólico) que torna o indivíduo vítima da morte de si mesmo".

Outro ponto extremamente interessante, da posição de futuras pesquisas, é que nenhuma das três religiões pesquisadas têm conhecimento de como se apresenta de fato a taxa de suicídio no seu próprio meio. É de vital importância estudo, sobretudo por estavia, levantando a incidência suicida nestes credos, averiguando qual se apresenta com maior destaque no Rio de Janeiro . Será a abordagem católica, considerada oficialmente a maior em número de adeptos no País? Será a protestante, geralmente apresentando-se como a de maior índice de suicídios em outros países? Ou será a espírita?

Quanto a esta última abordagem, poderia ser formulada a seguinte questão: considerando o intercâmbio realizado em reuniões mediúnicas com os que já deixaram o plano terrestre , até que ponto estes contatos freqüentes, cheios de mensagens e relatos da vida "pós-morte", não podem atuar preventivamente contra o suicídio?

Quanto ao conceito de morte nas três religiões estudadas, cada uma delas acredita que a vida não acaba simplesmente com a morte e concordam em que o suicídio não é melhor opção para a vida, sobretudo a vida "pós-morte". Contudo, das três formulações, somente a abordagem espírita apresenta toda uma teorização (baseada principalmente nos relatos dos próprios espíritas, ou as almas dos suicidas) argumentando porque não

é aconselhável a busca voluntária da morte:

> " Os espíritas nos trazem relatos que após a morte provocada pelo suicídio a criatura entra em clima de profundo sofrimento...
> " Reconhecem tardiamente que não encontraram a paz que ilusoriamente pretendiam ao se arrojarem ao suicídio, como solução para seus dissabores. Todos têm procedimentos agravados por se sentirem mais vivos do que nunca, uma vez que o espírito é imortal"...
>
> (Ponto de vista Espírita)

Tais relatos são colhidos, geralmente, em reuniões mediúnicas privativas; alguns destes tornaram-se obras de pesquisa na literatura espírita (8).

É extremamente interessante ainda observar como geralmente os adeptos do espiritismo lidam com a morte. Apesar desta também apavorá-los, talvez pelo intercâmbio direto com os espíritos nas reuniões mediúnicas e toda uma série de livros dando notícias do que se passa depois do desenlace (a morte física), os espíritas têm uma visão bem mais rica do sentido da vida e da morte (Kardec, 1974; Pereira, 1985; Bastos, 1983).

---

(8) Pereira (1985); De Castro, A. - O martírio dos suicidas, Rio de Janeiro, 6a. edição; Xavier, F. - Nosso Lar (pelo espírito de André Luiz), Rio de Janeiro, 28a. edição.

Enfim, para finalizar a discussão sobre religiosos, gostaríamos apenas de acrescentar que das religiões pesquisadas os seus respectivos representantes mostraram-se muito disponíveis, inclusive para trabalharem no possível Centro de Prevenção. Gostaríamos de agradecê-los pela sua valiosa colaboração e novamente lamentar a não participação de representantes de outros credos, que, quando solicitados, não se dispuseram a fazê-lo.

b- Aspectos Terapêuticos e Sociais

Em termos de causas, dentro de todos os especialistas consultados, houve basicamente três grupos distintos:

O primeiro deles, constituído pelo antropólogo e o sociólogo, apesar de apresentarem argumentação mais rica em termos sócio-culturais, tenderam a explicar o suicídio muito por este lado, correndo o risco de, em alguns momentos, reduzirem toda a problemática ao social:

> "... as sociedades indicam o suicídio como opção para determinada situação da vida. Por exemplo, há sociedades acentuando tanto o lado da honra (no aspecto comum mesmo) que em certo momento a falta desta é tão grande que as pessoas não têm outra opção, senão desaparecer, se auto-aniquilar. São as sociedades que colocam isto para as pessoas(...)."
>
> - Antropólogo que desenvolve tese sobre o suicídio

> " As pessoas não se suicidam, mas são levadas a se suicidarem. Há uma estrutura social responsável por isto. É ela que leva as pessoas a se auto-destruirem".
>
> - Sociológo que trabalha como pesquisador em Universidade

O segundo grupo, por outro lado, constituído pe-

los psicólogos clínicos, apesar de apresentarem contato direto com pacientes suicidas em termos de atendimento, marcaram posição bastante ligada ao modelo do intra-psíquico. Como se incorressem no equívoco oposto ao primeiro grupo, isto é, a tendência deste último foi a de reduzir toda a problemática suicidológica ao indivíduo. Dentre outras opiniões, podemos ilustrar:

> " O suicídio é algo que acontece na história da vida pessoal de alguém , levando-o a desejar se matar".
>
> - Psicóloga que trabalha com pacientes idosos e terminais

> " O suicídio é sempre uma possibilidade, sobretudo quando se trabalha com paciente deprimido" (...).
>
> - Psicóloga Clínica que também faz Mestrado na área de atendimento

O terceiro grupo, contudo, apresentou visão mais globalizante do assunto no sentido de relacionar o suicídio tanto aos fatores sociais quanto aos psicológicos. Algumas destas opiniões, inclusive trouxeram a argumentação de que a atitude autodestrutiva está ligada a uma pluralidade de fatores (sociais, psicológicos, culturais, etc). A seguir podemos assinalar os respectivos pontos de vista dos entrevistados deste grupo :

> " A questão de dar fim à própria vida é algo bastante abrangente: há suicídios psicológicos, sociais, existenciais, etc".

" As causas do suicídio psicopatológico seriam gerados essencialmente por razões, conflitos psicológicos;
" Os da ordem do social acontecerriam dentro do contexto de cada cultura, como por exemplo, o suicídio Kamikase no Japão ou de determinadas religiões orientais;
" O suicídio existencial, como dizia Camus, seria a maior prova da liberdade humana. Uma atitude, vamos dizer assim, que não necessariamente esteja ligada a psicopatologia".

- Psiquiatra Existencial e Professor Universitário

"... Sem negar a individualidade de cada um, quando o suicídio acontece é um efeito do grupo social que foi gerado".

- Terapeuta de família, atende em consultório particular. É também médico de formação psicanalítica

Com relação à conceituação, as opiniões foram as mais díspares. Por um lado, houve entrevistados que nem conseguiram formular nenhuma conceituação específica a respeito , talvez por tabu em lidar com situações de morte.

> " Não tenho opinião formada sobre o suicídio. Não gosto de trabalhar com pacientes suicidas, com pacientes deprimidos: isto é algo que não me atrai(...). Possivelmente porque minha experiência com este tipo de paciente deve ter mobilizado meus núcleos suicidas, causando-me muita ansiedade, muita apreensão".
>
> - Psicólogo Clínico de formação psicanalítica

Por outro lado, encontramos ainda opiniões frequentemente preconceituosas, no sentido de pouco contribuição em lidar funcionalmente com a questão do suicídio dentro da sociedade. Em outros termos, opiniões que simplesmente o põem no pedestal máximo da liberdade humana:

> " O suicídio é uma opção da liberdade"...

Ou então, conceituando ao contrário, acabam caindo na mesma atitude só com o sentido oposto:

> " O suicídio é uma atitude negativa , no aspecto do abuso da liberdade"...

As opiniões pesquisadas que consideramos mais viáveis em termos de lidar <u>terapêutica</u> e <u>preventivamente</u> com o suicídio dentro da sociedade foram as que o consideraram simplesmente como uma opção existencial, dentre muitas, colocadas a cada um de nós ao longo da vida, sem ter necessariamente relações diretas com a psicopatologia.

Quanto à doença mental, ela foi registrada como uma das possíveis relações e nunca como o único fator determinante e o de maior peso na grande maioria dos casos de suicídios, tanto do ponto de vista particular quanto do social:

> " O suicídio antes de se relacionar exclusivamente com a patologia individual ou social, pode ser entendido como uma opção existencial colocada a cada um de nós. Pelo lado do social, por exemplo, se em todas as sociedades aconteceram suicídios, então todas as sociedades são doentes?"
>
> - Antropólogo que desenvolve tese sobre o suicídio

> " O suicídio não é necessariamente uma manifestação psicopatológica. Há suicídios de diversas outras categorias como já argumentei.
>
> - Psiquiatra Existencial e Professor Universitário

Outros pesquisadores, entre os quais Henry e Short(9), compartilham também da mesma opinião, argumentando que geralmente a incidência do suicídio no meio dos enfermos mentais é baixa. Não que se queira negar as dificuldades e os problemas da ordem do intra-psíquico no suicídio, só que a dita enfermidade mental por si só não é a determinante maior para estes atos. Em síntese, a formulação de Henry e Short poderia ser entendida da seguinte forma: a) - não é preciso ser considerado doente mental para buscar a auto-eliminação; b) - muitos destes ditos enfermos se matam menos do que os não portadores desta particular característica na sociedade.

De todos os entrevistados nenhum se colocou defendendo o suicídio como saída existencial mais viável. De forma abrangente, longe de se colocarem contra ou a favor do suicídio, os profissionais estavam muito mais preocupados na bus-

---

(9) Henry e Short - Suicide and a homicida. Nova York: The Free Press, 1954. Em Kastenbaun, 1983.

ca de argumentação em defesa da vida. Tal defesa, pelo que pude captar, passa por diversas esferas: a da esfera pública e a da esfera privada; da politização das macro e das micro-relações. Em outros termos, a defesa da vida está tanto nas lutas mais gerais (nos partidos, nos sindicatos, nas instituições de ensino, etc), quanto na intervenção pela melhoria das relações do cotidiano no grupo de amigos, no grupo de trabalho, nas vinculações com nossos filhos, namorada, esposa, etc. Entre outras opiniões sobre este ponto, ilustramos:

> " É preciso pensar tal empreendimento (movimento a favor da vida) falando das relações que os homens travam não só no trabalho, ou na economia, mas nos relacionamentos do cotidiano: com amigos, amores, etc."
>
> - Sociológo, trabalha em Universidade como pesquisador

> " ... é preciso criarmos juntos perspectivas de que se pode viver e viver bem, dentro de cada etapa da vida. Abrir brechas, inclusive espaços para que o desejo de viver vença e toda perspectiva de uma existência melhor apareça".
>
> - Psicóloga que trabalha com pacientes idosos e terminais

No tocante à maneira de "como trabalham" ou "lidam diretamente com pacientes suicidas", as opiniões divergiram. Encontramos desde as que acham bastante dificultoso, ou até não gostam e, por "motivos pessoais, preferem encaminhá-los

para outros profissionais", até as que lidam de maneira bastante descontraída:

> " Antes de tratar suicidas, trato pessoas humanas. Excetuando alguns casos mais graves onde a questão é a contenção enfática e não a psicoterapia, o suicídio é apenas um dado dentro de todo processo global do paciente. Ele só ganha importância na relação terapêutica na medida em que signifique algo na história individual do sujeito".
>
> - Psicólogo, Professor Universitário e Mestrando em Psicologia Clínica.

Observamos que, inegavelmente, há uma falta de estudos sobretudo na maneira de "como lidar relacionalmente com pacientes suicidas".

Muito em função disto, desenvolvem-se atitudes tabus em deparar-se com a morte, principalmente a auto-eliminação, ou então posturas carregadas de descaso onde, independente das boas intenções, possivelmente estamos desqualificando ou negando a morte por suicídio. Tanto numa quanto noutra posição estamos nos colocando de maneira preconceituosa e distante na relação com este tipo de cliente. Nada pior para eles que esta particular postura. É necessário relembrar e não esquecer: as possibilidades de alguém se suicidar diminuem na medida em que o paciente estabelece vínculos. O terapeuta, conseguindo espontâneamente criar uma proximidade relacional com este tipo de pessoa, já deu um um bom e grande passo.

Em termos de pesquisas específicas na área, poucos profissionais têm conhecimento ou contato freqüente com as mesmas. Trabalhos epidemiológicos recentes sobre o suicídio no Rio de Janeiro, são raríssimos. Publicações especializadas, até o momento, não existem. Todos estes fatores, somados ainda ao tabu em lidar com a morte e principalmente a auto-eliminação, como abordamos ainda há pouco, não só dificultam o interesse como podem reprimi-lo com grande freqüência.

Reside aqui, na falta de pesquisa e informação especializada, um dos grandes fatores explicativos de poucos profissionais estarem melhor inteirados desta matéria, inclusive para poderem atender de maneira muito mais prática e funcional a demanda do comportamento suicida na comunidade desta cidade.

No tocante à idéia da criação do "Centro de Intervenção na crise de suicídio no Rio de Janeiro", a maioria dos entrevistados foi inteiramente a favor. Muitos, inclusive, se mostraram bastante disponíveis para participarem, caso tal empreendimento seja concretizado.

Com relação à concretização de tal idéia, houve uma reflexão crítica dos profissionais que, tentando sintetizar, apresentaremos abaixo como considerações fundamentais:

1- Que a temática do suicídio ou da defesa da vida não se restrinja apenas ao atendimento psicológico no velho sentido tradicional, isto é, desvinculada de toda uma macro e micro-política dinamicamente interligada. É necessário pesquisar, estudar e discutir com a comunidade em questão por onde passa

a "melhoria e a defesa da vida". Achamos que isto pode ser feito tanto nos consultórios quanto nos sindicatos, nas escolas, em palestras públicas, sem esquecer de maneira alguma a luta pela melhoria das relações e questões do cotidiano.

2- Que se evite criá-lo apenas ligado a uma só forma de compreensão da realidade, seja ela política, profissional, religiosa ou acadêmica. Em outros termos, que tal Centro de Intervenção procure um trabalho interdisciplinar nas suas intervenções teóricas e práticas às crises de suicídio.

3- Apesar de se mostrarem disponíveis, muitos profissionais levantaram críticas quanto a um possível trabalho preventivo do suicídio, no sentido de "não se transformar em mais uma intervenção de controle social". Em outras palavras, realizar algo nesta área não é simplesmente acabar com todas as possibilidades suicidas dentro da sociedade. Há momentos em que a mera fantasia ou as possibilidades fortes da realização do ato suicida até mesmo a fantasia e o medo da sua concretização estruturam famílias e grupos sociais. Haja vista alguns suicídios políticos realizados em certos cárceres de Estados Totalitários ou mesmo algumas tentativas acontecidas dentro do seio familiar que, independente das possíveis manipulações, podem transformar o padrão relacional deste grupo em posições bem mais estruturadas e funcionais.

c - Centros de Intervenções

Centro de Intervenção de Crise de Viena (Áustria)

Segundo podemos observar (Centros de Prevenção / em Cap: "Prevenção e Terapia"), o Centro da Áustria tem diversos pontos interessantes para discussão da possibilidade de implantação de projeto semelhante no Brasil. Um deste, por exemplo, seria toda uma política de financiamento estatal e de outras instituições (Igreja Católica, alguns sindicatos, etc.) Outro, talvez a maneira multidisciplinar adotada em tal trabalho, ou então o regime ambulatorial de sua proposta ou, quem sabe, toda uma intervenção de esclarecimento à sociedade no tocante a lidar melhor com os preconceitos e tabus relativos ao suicídio, além de todo um departamento de pesquisa e formação de profissionais junto aos pacientes suicidas.

Apesar da realidade de Viena (Áustria) ser totalmente diferente da do Rio de Janeiro (Brasil), independente da primeira cidade pertencer a um país de dimensões territoriais bem menores e de ter muitas das condições básicas de sobrevivência econômica bem mais resolvidas que o nosso; em vista deste e de outros fatores indicando-nos fortes diversidades entre uma cultura e a outra, nem por causa disto achamos inviável a criação de um Centro similar. Na Áustria, há nas principais capitais instituições para este tipo de crise; assim também, poderia se pensar na viabilidade da implantação de tais instituições de forma semelhante no Brasil. No Centro de Intervenção de Crise de Viena, há estudos apontando que, quando

uma destas instituições é implantada na comunidade, os índices de suicídios tendem a descer. Talvez um dos primeiros passos em termos do aprimoramento da questão suicidológica no nosso país seja a implantação de Centros desta natureza nas principais capitais brasileiras, apresentando inclusive pesquisas sobretudo das taxas antes e depois da implantação dos mesmos.

É claro que fica difícil pensar isto sem fazermos as devidas contextualizações, principalmente as econômicas. No Brasil, por exemplo, país onde a saúde ainda não é socializada e nem tida como compromisso formal do Estado, uma das maiores dificuldades será a manutenção e viabilização econômica de uma idéia desta sem fins lucrativos. Penso que uma das lutas fundamentais para a concretização de tal idéia passa por aí; como mostrar para as autoridades brasileiras a necessidade de apoio, preservando a autonomia e garantindo objetivos sem visar lucros econômicos? Acredito ser de vital importância tal postura; se formos comercializar a vida e a morte com os pacientes suicidas, e se, antes de sermos terapeutas, tornarmo-nos simples business-man, que argumentos teremos para que tais pacientes se liguem à vida, se somos os primeiros a não atendê-los porque não nos podem pagar?

Retornando ao Centro de Intervenção de Viena, observa-se que um dos pontos passíveis de crítica seria o contato telefônico a um tempo restrito, das 10 hs às 18:30 hs. Independente daquela cidade poder ter uma movimentação própria diferente da carioca, ainda assim não concordamos, porque, para quem quer se matar, não há necessariamente uma hora preferida e sim uma brecha num contexto de impacto. Embora as pesquisas

na área sobre o "Horário preferido e o suicídio" não estejam comprovadas cientificamente e muitos autores ainda divirjam quanto a isto, prudentemente somos a favor de que - diante de um trabalho como este - todo e qualquer centro de intervenção de crise de suicídio possua um contato telefônico de 24 horas.

Centro de Valorização da Vida (CVV)

O Centro de Valorização da vida (CVV) do Rio de Janeiro, como observamos (Vide: Centros de Prevenção em cap - "Prevenção e Terapia"), ao contrário do Centro de Intervenção de Viena, não apresenta nenhum problema no tocante ao contato telefônico: funcionando em regime de 24 horas, apresenta, inclusive, o maior número de chamadas à noite.

Apesar de acharmos tal empreendimento válido, e com o destacado mérito de ser atualmente, entre outras coisas, a única instituição carioca trabalhando 24 horas sem fins lucrativos, visando antes de tudo à valorização da pessoa, ainda assim o CVV é passível de algumas reflexões críticas em vista de um aprimoramento.

O primeiro contra-ponto seria quanto ao contato da pessoa com a instituição ser basicamente apenas pelo telefone. Sem negar que em alguns casos a simples possibilidade de

ter alguém disponível para me escutar funciona como apoio ou continente, sem desqualificar o fato de que muitas vezes, diante de situações desesperadoras, a voz de alguém interessado em mim pode ajudar muito, sobretudo se esta voz está pouco preocupada em saber "que posição social ocupo" ou "quanto ganho", mesmo com estas e milhares de outras considerações a favor, nada justifica o contato restringir-se apenas à linha telefônica. Quem passa por momentos de crise de tal ordem necessita, antes de tudo, de um contato não só funcional mas também bem mais integral de pessoa para pessoa. Um indivíduo buscando ajuda numa situação desta necessita escutar não só minha voz (muitas vezes empobrecida por um aparelho transmissor), mas sentir-me como uma espécie de todo: precisa vivenciar minha fala, meus olhos, minhas expressões faciais, enfim, diversos sentimentos e características de pessoa humana em encontro particular, cara a cara. Tanto isto precisa acontecer dele para mim, como de mim para ele. Ou seja, tal acontecimento necessita ocorrer não por nenhuma máquina intermediando, mas apenas pelo ser de cada um no próprio encontro entre ambos, de corpo presente.

São legítimas as teorizações, entre elas a de Rogers, defendendo a palavra como veículo básico no processo relacional frente às crises existenciais. Entretanto, tal instrumento jamais deve ser usado ou confundido ao pé da letra. Para nós a palavra passa tanto pelo comunicação verbal tradicional (linguagem cognitiva) como também por outro tipo de linguagem ou comunicação: a linguagem ou comunicação da esfera emocional. Tal forma de linguagem não só conduz, mas dá sentido aos nossos diálogos e às nossas relações. Funcionando em outra ordem, ela passa a ser transmitida pela linguagem falada com palavras, ou pela lingua-

gem falada pelo silêncio; pelas expressões faciais, pelo brilho do olhar, em suma, por fatores outros de difícil captação apenas por um contato telefônico. A nosso ver, uma instituição proposta a trabalhar com pessoas envolvidas no comportamento suicida , restringindo sua intervenção apenas a estes contatos básicos, empobrece-se muito. Sobretudo porque, se considerarmos que o indivíduo tende basicamente a se ligar na vida ou não através das relações afetivas no relacional ou vivencial, no simples e maquinal contato de um telefone, as possibilidades disto diminuem.

Um comentário bastante favorável é quanto à formação da equipe: o indivíduo proposto a trabalhar em tal instituição não necessariamente precisa ter um diploma acadêmico. Isto pode ser tremendamente enriquecedor na medida em que a própria instituição forneça cursos ou uma espécie de especialização específica para a matéria em questão. Pelo que podemos captar, parece que o CVV oferece esta espécie de orientação para seus voluntários. Há instituições adotando a mesma política apresentando resultados bastante razoáveis em termos dos objetivos propostos.

Há, contudo, uma consideração crítica quanto a isto. Existem pesquisas mostrando que não necessariamente é terapeuta apenas aquele com um diploma universitário. Por exemplo, se treinarmos um grupo de senhoras e lhe oferecermos uma espécie de formação especializada, elas poderão desempenhar funções iguais e até melhores do que as pessoas formadas. Embora experiências como estas possam ser enriquecedoras, a instituição que, além disto, não oferecer uma supervisão ou uma espécie de acompanhamento sistemático dos casos desta pessoa treinada,

poderá correr o risco de ter grandes problemas terapêuticos e institucionais no trabalho. Achamos, de uma maneira geral, reuniões freqüentes como esta de suma importância para todos, sejam eles formados academicamente ou não.

Há ainda um grande hiato no meio deste grupo que lida com pacientes suicidas. Observamos que o CVV não considera necessária a exigência de estar empsicoterapia ou em processo terapêutico as pessoas que realizam tal trabalho.

Como já vimos, é de suma importância o estabelecimento de uma vinculação funcional para pacientes suicidas. Na medida em que a criatura diretamente envolvida no tratamento ao paciente suicida não esteja aberta para perceber as coisas de seu processo pessoal, corre o grande risco de se embolar disfuncionalmente e minar bastante a relação. Uma psicoterapia, sobretudo nestas situações, é um grande trunfo para diminuir as possibilidades de dificuldades neste particular. Assim, acreditamos ser praticamente impossível a realização de um trabalho de tal ordem sem que os membros da equipe estejam em terapia ou em processo terapêutico.

VI - UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO E TERAPIA:

" CENTRO DE INTERVENÇÃO DA CRISE SUICIDA NO RIO DE JANEIRO"

VI - Uma proposta de prevenção e terapia: "Centro de Intervenção na Crise de suicídio no Rio de Janeiro"

Tentando responder os diversos hiatos encontrados ao longo deste trabalho, constatando entre outras coisas que tanto a nível teórico quanto prático há um grande desesclarecimento em relação a questão do suicídio, nasceu a idéia de se criar um Centro de Intervenção para a crise de suicídio no Rio de Janeiro. Tal instituição visará sobretudo não só o atendimento à esta mesma crise mas a detonação e problematização do assunto em termos de pesquisas, formação e discussão sobre o comportamento suicida dentro da própria sociedade onde funcionará.

É importante frisar que, antes de passarmos para a exposição do Centro,tais idéias devem ser entendidas como pontos fundamentais de discussão e nunca como formulações completas, absolutas e acabadas. Sendo assim, passemos então ao desenvolvimento da proposta.

Quatro aspectos fundamentais devem ser considerados:

I - Aspectos Gerais;

II - Aspectos terapêuticos;

III - Aspectos de Pesquisa e Prevenção;

IV - Aspectos econômicos.

I - Aspectos Gerais:

1 - Localização:

Tal centro necessita estar em uma região ou bairro, ou pelo menos nas imediações, que tenha comprovadamente uma grande incidência de suicídios por ano. No caso, por este trabalho, proporíamos que se localizasse em Copacabana ou nas imediações deste bairro, que apresenta uma taxa de suicídio considerável por ano. Tal raciocínio não elimina a possibilidade de

se pensar em filiais em outros bairros.

2 - Contato telefônico 24 horas:

É imprescindível a possibilidade de um contato imediato com o centro 24 horas por dia, de modo que os necessitados possam receber assistência terapêutica. Para que isto ocorra, basta contactar com o centro através de um determinado número (anteriormente divulgado na comunidade). Uma vez feito o contacto, inicialmento pelo telefone, o interessado será entrevistado e devidamente encaminhado para uma pluralidade de opções terapêuticas - cada uma, singularmente, em função de cada pessoa e caso.

Neste primeiro contato, não necessariamente a pessoa precisa se identificar. Ficará a seu critério esta identificação no caso de uma ajuda mais constante ou um tratamento mais prolongado. Outro fator importante é quanto ao caráter monetário. Uma vez estabelecido o contato, estando dentro do comportamento suicida, ninguém deixará de ser atendido e/ou encaminhado por razões econômicas. O centro de intervenção na crise de suicídio proposto não terá objetivos lucrativos (Vide, "aspecto econômico").

3 - Constituição da Equipe

Será constituída por profissionais e leigos (não necessariamento com títulos acadêmicos). Tal equipe terá como requisito um caráter multidisciplinar, ou seja, como já vimos, considerando que o suicídio pode ser gerado por uma multiplicidade de fatores (psicológicos, sociais, econômigos,religiosos,

etc), faz-se necessário tal caráter de trabalho entre as diversas áreas profissionais, sem prescindir inclusive da ajuda de outros grupos, tais como os religiosos, ou qualquer outro que possa dar grandes contribuições em defesa da vida.

4 - Formação de Equipe de Trabalho

Além do caráter interdisciplinar citado, é preciso que haja uma formação teórico-prática aberta a todos que quiram participar do centro. Em outras palavras, a pessoa que quiser trabalhar com o tipo de população de comportamento suicída, independente de seu título acadêmico, deverá se submeter a todo um curriculo teórico-prático, cujo objetivo central será aprofundar a questão de suicídio com todas as suas devidas implicações no social, no psicológico, etc. Tal especialização será dada por suiciodólogos formados pelo mesmo centro carioca ou por outros convidados de fora de mesma formação ou formação afim.

5 - O Fator Religioso

Como já foi discutido em páginas anteriores, o fator religioso pode também funcionar como preventivo do suicídio. Em face disto, já que tal centro tem como uma das filosofias a multidisciplinaridade (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas, terapeutas de família, sociólogos, antropólogos, assistentes sociais, etc), propomos também que haja uma diversidade de religiões, com seus devidos representantes: padre(s) católico(s); pastor(es) protestante(s); umbandista(s); kardecista(s),

etc., todos enfim voltados para a defesa da vida, e em face a uma indicação onde o próprio cliente opte por particular credo, possam dar uma espécie de orientação religiosa.

II - Aspectos terapêuticos

1 - Equipe terapêutica

É de vital importância, como já foi argumentado, o funcionamento interdisciplinar. Além da diversidade de áreas profissionais é interessante que haja, se possível, dentro da própria psicologia uma diversidade de linhas: psicanálise, psicologia existencial, psicodrama, etc.

É imprescindível também que a pessoa disposta a trabalhar com pacientes no comportamento suicídico esteja em psicoterapia (na linha que for), ou pelo menos se encontre em "processo psicoterapêutico". Nada mais antiterapêutico para este tipo de demanda do que o profissional desacostumado a lidar com seu lado pessoal mais "obscuro", vamos dizer assim, inclusive com sua própria autodestrutividade. Agir assim, mesmo bem intencionado, é ter grande possibilidade de se embolar e desgastar a relação.

Em termos relacionais, fato que julgamos ser o mais importante no tratamento deste cliente, nada mais distanciador do que a pessoa defendida e outras dificuldades do gênero, atitudes apresentadas em geral por aqueles que não estão em processo psicoterapêutico. Quem quer que for trabalhar com paciente suicida necessita lidar relativamente bem com seus limi

tes e possibilidades, inclusive, se for o caso até assumi-los no relacional. Quanto maior o contato de alguém com aquilo que verdadeiramente é, quanto mais clara estiver sobre sua própria opção de vida e de morte, maiores serão as chances de estabelecer um elo ou um vínculo emocional funcional com aquele que deseja naquele momento pôr termo à sua existência.

Sobre a questão de formação propriamente dita, esta dependerá de cada contexto e estrutura social da cidade em questão. Por exemplo, um Centro fundado no Rio de Janeiro na década de 80 terá um tipo de curriculo teórico-prático. Já outro fundado em Curitiba ou em São Luís do Maranhão terá um tipo diverso.

2 - População a ser atendida

Em relação à população que procurará tal centro, dependendo do lugar específico em que o mesmo for criado, terá indubitavelmente de ser contextualizado o tipo de indicação e tratamento.

Independente disto, em linhas gerais podemos pensar: primeiro contato telefônico, uma ou mais entrevistas; indicação ou encaminhamento visando a atender à demanda específica do caso (Vide capítulo "encaminhamento para um paciente suicida"): possíveis participações em trabalhos no próprio centro (grupos de ex-pacientes "suicidas" propensos a discutir a situação do suicídio na sociedade), etc.

III - Aspecto de Pesquisa e de Prevenção

Dificilmente pode-se desenvolver um trabalho mais aprofundado sobre o suicídio, inclusive trazendo a discussão de um "Centro de Intervenção na Crise", desvinculado de toda uma série de pesquisas da matéria: não só no âmbito psicológico, mas principalmente na própria sociedade específica onde está sendo manifestada a atitude suicida.

Em termos de prevenção, há um universo de fatores a serem observados. Além do que já foi discutido aqui em páginas anteriores ("Prevenção e Terapia"), não é demais frisar que diante de um trabalho preventivo do suicídio, algumas vezes e em certas situações, talvez estejamos lidando mais com problemas sócio-políticos estruturais do que necessariamente com crises psicológicas do âmbito individual.

Para o campo de pesquisa, em linhas gerais, pode-se apontar para várias direções. Daremos a seguir uma espécie de quadro geral que, a princípio, achamos ser de básica importância:

a) Pesquisas gerais sobre conflitos, sejam estes psicológicos, familiares ou sócio-políticos: muito dentro de uma perspectiva - "quais são os fatores que possivelmente poderiam causar conflitos a ponto de gerarem atitudes suicidas?" Por exemplo, Vianna Jr. (1984) aponta que, no interior do Paraná, os colonos em conflitos pela perda da terra, muitas vezes acabam buscando o suicídio.

b) Pesquisa acerca da atitude preconceituosa e a imagem do suicida dentro da sociedade, tais como "o suicídio é um ato de coragem; o suicídio é um ato de covardia; todo suicida comete esta atitude porque está psicótico, etc". Estas e outras maneiras de lidar com a situação, como, por exemplo, o sensacionalismo dos meios de comunicação sobre o suicídio, também dificultam bastante e acabam gerando ainda mais preconceitos. Tais pesquisas deveriam ser feitas mais em função de estimular a discussão e o esclarecimento das imagens e preconceitos nos diversos grupos sociais,pois que em vez de diminuirem os graus de suicídio as mesmas imagens e preconceitos tendem a levar ao suicídio fatal. Por exemplo, alguns dias atrás, quase toda a imprensa noticiou que um rapaz desempregado subiu no alto de uma torre de televisão, e diante de suas reclamações ("Esta vida é uma m...."; "estou desempregado"; "quero matar-me" etc), a multidão, devido a um certo preconceito, acabou induzindo-o a se jogar aos gritos de: "Pula! Pula logo, tenho que trabalhar e não posso perder meu tempo..."

c) Pesquisas no sentido de intervenções preventivas e terapêuticas: qual será, por exemplo, o tipo de intervenção que mais necessita a sociedade em termos de suicídio? Carecerá de uma intervenção mais no sentido de terapias individuais? Terapias de grupo? Terapias familiares? Carecerá nossa sociedade de um tipo de esclarecimento social, ou não teríamos inclusive de discutir toda uma modificação na própria estrutura e organização social?

d) Pesquisa no sentido epidemiológico: estudos que possam levantar áreas geográficas específicas onde possivelmente haja concentrações de suicídios em potencial numa cidade.

e) Pesquisas para levantar o efeito das intervenções de terapia e prevenção implantadas em uma comunidade: por exemplo, na Inglaterra foi realizada uma pesquisa objetivando levantar a taxa de suicídio em uma comunidade específica antes e depois da implantação de um centro de prevenção e terapia.

f) Pesquisas sobre o sentimento religioso e o suicídio: alguns estudos, como já foi visto, apontam que de uma maneira geral os adeptos do credo católico matam-se menos que os de outros credos. Seria isto relevante na sociedade brasileira? Qual deverá ser a relação do suicídio e o credo religioso no Brasil, tendo em vista que, embora seja um país preponderantemente católico, há uma grande diversidade de religiões, e onde há também um grande número de adeptos do espiritismo?

g) Pesquisas acerca do aspecto histórico -econômico em termos de suicídio no Brasil: haveria tempos, sócio - historicamente falando, em que tenderiam a aparecer mais suicídios? Dependeria isto apenas de situações econômicas?

h) A partir destas e outras tantas milhares de pesquisas que poderiam ser realizadas, tentaremos então elaborar um possível programa para a intervenção da crise de suicídio em uma cidade, no caso de desejarmos a criação de um Centro (sobre

tudo para lidar com grupos especiais, tais como, o de jovens, os solteiros, os "grupos de auto-risco", etc).

IV - Aspecto econômico

O "Centro de Intervenção na Crise de suicídio" que propomos aqui é uma instituição sem fins lucrativos e com caráter de utilidade pública.

Para tanto, em termos de subsistência, propomos montá-lo com financiamento de várias fontes, sejam estas provenientes de instituições de pesquisas (Estatais ou não), seja de outras instituições: igreja, fundações e o próprio Estado. Pensamos que, se tal idéia for de interesse da população, os órgãos federais, estaduais e outras instituições possivelmente teriam interesse em participar.

VII - CONCLUSÃO

Se não se pode provar que todo suicida é um personagem fictício inventado por Kafka, também não se pode afirmar que a sociedade segregadora, discriminadora e fertilizadora de absurdos desumanos não seja fruto da criação de todos - ou quase todos os seres humanos. Não dá para negar que muitos destes absurdos sociais têm boa dose no caminho para a auto-eliminação

É preciso acabar com todos os suicídios?

É possível mudar o mundo, modificar e pulverizar as estruturas sociais?

Até que ponto não urge a pulverização de tais estruturas, não só pelo fim da concentração de renda na mão de poucos em detrimento de muitos, mas sobretudo em defesa da própria vida? Até que ponto não se faz necessária uma posição quando dirigentes das nações ditas mais desenvolvidas, armando-se infantilmente com artefatos atômicos, dizem com a cara mais limpa: "estes mísseis são para garantir a paz da humanidade"...(?!)

Talvez seja tão difícil lutar contra certos preconceitos e absurdos do existir (legitimados sutilmente ou não pela maioria) que para alguns, lamentavelmente, só o suicídio parece ser a melhor saída.

Chega!

É preciso desejar um fim, mas desta ordem! É necessário ousar pela defesa da vida nas micro-e nas macro-relações, e quem sabe, gritar como o poeta Affonso Romano de Sant'Anna: "Ti

rem as botas de nossas rosas". Basta! Não é matando os outros ou a nós mesmos que apagaremos os incêndios de nossas flores, causados por absurdos existenciais onde muitos de nós, direta ou indiretamente, ainda cumpliciamos[1].

Particularmente estou entre os que vêem o suicídio como uma criação social. Sem negar as possíveis implicações individuais na gênese deste ato, quando acontece é muitas vezes um efeito do grupo específico, por isto não deve ser generalizado como a saída mais viável da existência. Assim, se tais contradições sociais e/ou individuais geradoras desta atitude foram construídas, pedem para ser modificadas. Estou entre os que pensam que não é suicidando-se individual ou coletivamente que conseguiremos a paz e nem a modificação do mundo para um existir mais pleno.

---

1) "Até que ponto o indivíduo tem pleno direito de se suicidar?" - os argumentos em torno desta formulação se dividem: radicalmente do lado "pró" vemos obras ensinado "como Suicidar", ou então a posição do filósofo suíço Jean Améry, defendendo-o como "a forma máxima da liberdade humana" e que, anos depois, este próprio se suicida. Thomas Szasz argumenta que o homem além de viver subjugado por todo um aparelho Estatal (ao nível das leis e todo um comportamento padrão, entre outras coisas), ao entrar em crise e até desejando se matar, quem sabe em protesto a esta tal subjugação, ainda é internado à força e dado como alguém que perdeu a consciência, sofrendo então todo um despotismo de uma instituição asilar. Pelo lado radicalmente "contra", observamos certas posições religiosas, simplesmente condenando-o mais em nome de proconceitos do que de uma argumentação razoável ao afirmar: "o suicídio é obra de satã". Das posições menos preconceituosas pesquisadas, está a do espiritismo Kardecista fundamentada basicamente em relatos de ex-suicidas (Pereira-1985) e também a de vários trabalhos realizados com pacientes que tentaram o suicídio, buscando medir as atitudes Antes e Depois da crise de tal comportamento. O resultado é que todos eles, neste segundo momento, acabavam alegando que "não queriam morrer de fato".

Desta maneira, fica difícil discutir algo sobre a auto-destruição fatal sem esbarrar no tipo de vida corrente, aquela aprovada por todos ou por alguns no momento da gênese de tal ato. Fica difícil colocar tal ponto relacionando-o apenas a caracterizações psicopatológicas ou então aprisionando-o a formulações simplistas e preconceituosas, como "o suicida é um covarde", "é um herói", etc. Tentando desvencilhar-nos de visões estigmatizantes do gênero, desenvolvemos este estudo, com todas as surpresas e dificuldades do percurso.

Dentre muitas dificuldades e surpresas, quando resolvemos pesquisar tal assunto, deparamo-nos com uma: não existia trabalho atual dando a mínima estimativa dos diferentes índices, pelo menos, nos principais bairros do Rio de Janeiro. Havia alguns realizados principalmente por Lima (1913), Tácito (1939), Salles (1943) e Pires Cordeiro (1968), mas pela data de sua realização não atendiam muito a nossos interesses. Buscávamos basicamente desenvolver toda uma discussão terapêutica e preventiva acerca do suicídio na cidade carioca, mas sobretudo sem o apoio de trabalhos bem recentes, isto seria quase impossível.

Assim, além de todo um levantamento bibliográfico visando à conceituação e às principais teorizações acerca da matéria, desenvolvendo inclusive uma pesquisa histórica do mesmo ponto desde o início do descobrimento do Brasil até a atualidade, fizemos também um trabalho de campo em dois momentos: no primeiro, levantamos a taxa de suicídio em três regiões específicas do Rio de Janeiro (Copacabana/Leme; Barra da Tijuca/ São Conrado ; Favela do Morro de Santa Marta), no segundo, fize

mos toda uma série de entrevistas com "Especialistas" (psicólogos, terapeutas de família, sociólogos, etc) e "Não-Especialistas (religiosos e leigos) que de maneira geral lidam com pessoas envolvidas em comportamentos suicidas. Ainda aqui, neste segundo momento, introduzimos também dois exemplos de instituições lidando com pacientes suicidas: o Centro de Intervenção de Crise de Viena (Áustria) e o Centro de Valorização da Vida (CVV) do Rio de Janeiro (Brasil).

Constatamos, além de diversos pontos semelhantes a outros estudos ("solteiros matam-se mais que casados", "homens mais que mulheres", etc), uma taxa elevada nas regiões da Barra da Tijuca/São Conrado (16,5) e Copacabana/Leme (10), comparada com a favela do Morro de Santa Marta (6,5). É interessante ressaltar, que entre estas três regiões escolhidas há grandes disparidades sócio-culturais e econômicas: as duas primeiras apresentam nível financeiro alto em relação à favela; Copacabana é considerada a área de maior densidade populacional do Rio de Janeiro em oposição à Barra da Tijuca, de menor densidade; o Morro de Santa Marta apresenta o maior índice de analfabetismo e praticamente uma total falta de infra-estrutura sanitária e habitacional frente às duas regiões citadas, etc.

Com relação às entrevistas, tanto no meio dos especialistas quanto no dos considerados leigos, observamos de forma geral grandes hiatos no tocante a informação, às pesquisas e à formação específica da matéria em questão. Talvez por falta de publicações especializadas e pouquíssimos estudos no assunto, raros são os profissionais lidando funcionalmente com os pacientes suicidas. Há, por exemplo, muita falta de infor-

mação com relação ao tipo de indicação mais viável para o particular tratamento . No tocante à comunidade, há inclusive falta de esclarecimentos objetivos em "como" lidar com situações de suicídio numa emergência. Dos credos religiosos pesquisados, (católico, luterano e espírita), apesar de apresentarem alguns avanços, tais como a proposta de tratamento ao suicida oferecido pelo espiritismo, nenhum dos três têm ainda um trabalho integrado com a comunidade no sentido de abordar tal assunto com mais funcionalidade e não apenas com "boa vontade".

Enfim, frente a um considerável desesclarecimento tanto no meio leigo quanto no profissional e na sociedade em geral, e em vista desta e de outras lacunas encontradas, buscando toda uma problematização funcional da questão do suicídio no Rio de Janeiro, nasceu a proposta deste trabalho: a criação de um Centro de Intervenção na Crise de suicídio. Tal proposta, mesmo correndo o risco de ser pretenciosa, ousa apresentar maneiras de lidar com tão polêmica matéria, visando não só ao atendimento, mas às pesquisas, às publicações, à formação especializada e à disseminação de toda uma discussão acerca do assunto dentro desta cidade.

A N E X O I

ANEXO I

Imigrantes integrantes no Brasil	
1890	106 819
1891	215 239
1892	85 906
1893	132 589
1894	60 182
1895	164 831
1896	157 423
1897	144 866
1898	76 862
1899	53 610
1900	37 807
1901	83 116
1902	50 472
1903	32 941
1904	44 706
1905	68 488
1906	72 332
1907	57 919
1908	90 536
1909	84 090
1910	86 751

(In: Abril Cultural - 1980)

A N E X O II

ANEXO II

Períodos	Total de imigração para o Brasil segundo a nacionalidade (1820-1910)						
	Portugueses	Italianos	Espanhóis	Alemães	Japoneses	Outros	TOTAL
1820-1890	313 025	360 224	45 834		-	193 079	987 461
1891-1900	202 429	678 761	157 119	75 299	-	78 517	1 129 315
1901-1910	187 236	215 886	129 404	17 553	1 809	88 689	640 577
TOTAL	702 690	1 254 871	332 357	105 341	1809	360 285	2 757 353

Fonte: Paul Hugon - Demografia Brasileira - Fundação IBGE - Rio de Janeiro

(In: Abril Cultural - 1980)

A N E X O III

ANEXO III

QUADRO ESTATÍSTICO SÔBRE O SUICÍDIO NO BRASIL ATÉ 1962

Região	Ano	Número de suicídios	Tentativas	Masculino	Feminino	COR				
						Branca	Parda	Negra	Amarela	Ignorada
Rio	1911 a 1915	557		347	210	311		186		
Rio	1864 a 1907	1.856		1.454	402	259	74	30		
P.Alegre	1934	435		128	325	285	104	64		
Curitiba	1937 a 1946	232		153	79	202	24	5		1
Recife	1952 a 1963	783		351	432	251	472	49		10
				8.73*	9.14*	5.8*	13.33*	5.20*		35.10*

ANEXO III - cont.

Região	Ano	Número de suicídios	Tentativas	Masculino	Feminino	COR				
						Branca	Parda	Negra	Amarela	Ignorada
Rio	1930 a 1939	1.935	1	1.237	698	1.313	365	256	1	
S.Paulo**	1925	91	286	147	139	242	25	19		
S.Paulo	1926	67	39	78	28	77	6	4		19
S.Paulo	1937	305	727	382	345					
S.Paulo (Capital)	1948 a 1962	6.000		4.003	1.997	10*	80*	10*	20*	
(Estado)	1930 a 1962	10.289		7.237	3.052	7.538	1.439	834	474	4
				16.58*	7.37*	10.43*	49.43*	12.18*	16.42*	2.79*

* Coeficiente p/ 100.000
População: 85 086.985
** Coeficiente p/ 798.995
*** Coeficiente p/ 907.065

M = masculino
F = feminino

(Paiva, 1982 / p. 36-37)

A N E X O IV

ANEXO IV

SUICÍDIO NO RIO DE JANEIRO

Espaço de tempo	Freqüência do comportamento suicídico.	Estimativa	Origem da amostra	Autor
1864 - 1907	1856 S	-	Polícia	Cassio apud Salles (1943)
1866	23 S (16 N) 25 SV (10 N)	-	Polícia	Goulart (1972)
1870 - 1887	549 S (114 N) 798 SV (177 N)	20 - 25 (1872)	Polícia	Viveiros de Castro (1894)
1903 - 1933	4582 S	8.81 (1903) 12.55 (1910) 9.22 (1920) 16.65 (1930)	Polícia	
1903	66 S	8.81	Polícia	Tacito (1939)
1908 - 1912	519 S 1197 SV	-	Polícia	Lima (1913)
1915	586 SV	-	Hospital	Freire (1916)
1911 - 1915	557	-	Hospital	Moretzsohn (1916)
1920 - 1936	1085 S	-	Hospital	Moncorvo (1937)
1927	44 S (Jgl)	-	Polícia	Castelar apud Pantoja (1941)
1933	139 S	-	Polícia	Roppe (1935)
1903 - 1938	6869 S	19.12 (1930) 14.20 (1935) 20.98 (1938)	Polícia	Tacito (1939)
1939	3 S (+ 7 Ku.Jgl.) 82 SV	-	Clínica Ambulatório	Araújo (1940)
1930 - 1939	1935 S	10.86 (1930) 10.46 (1935) 17.44 (1938)	I.M.L	Salles (1943)
1970	749 SV	-	Clínica Ambulatório	Pires Cordeiro (1971)

S - Suicídios
SV - Tentativas
N - Negros
C - Crianças
Jgl - Jovens

(Stubbe - 1984)

A N E X O V

ANEXO V

Lista de criterios para la evaluación del riesgo de suicidio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1. Hombre			0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0
2. Mujer			0	0	0	0	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	0	0
3. Menos de 45 años					0	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0
4. Más de 45 años					0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0
5. Soltero									1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0
6. Casado									1	2	1	1	1	0	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0
7. Viudo									1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0
8. Divorciado/separado									1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0
9. Ausencia de religiosidad										2	2	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Dificultades familiares											2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1
11. Problemas amorosos, conyugales y sexuales												2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	1
12. Dificultades profesionales													2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
13. Dificultades financieras														2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	0
14. Enfermedad o delirio de enfermedad, dolores crónicos															2	2	1	2	2	2	1	2	0	2	1	1	0	2	1	1	2	2	0	1	1
15. Crisis biológicas (pubertad, climaterio, gravidez)																2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1
16. Aislamiento, desgana de vivir																	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1
17. Aislamiento/Prisión																		2	2	2	1	2	2	2	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	1
18. Tentativas anteriores de suicidio																			2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19. Amenazas de suicidio/ideas suicidas																				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20. Fantasías y sueños en torno a la muerte																					2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21. Suicidios en la familia o en el ambiente inmediato																						0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0
22. Angustia																							2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23. Inhibición de agresiones																								2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2
24. Insomnio rebelde																									1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1
25. Abusos alcohólicos																										2	2	1	2	1		2	1	2	2
26. Abuso de medicamentos																											2	1	2	1	2		0	1	1
27. Depresión determinada por las circunstancias ambientales (psicógena)																												2	2	2	2	2	2	2	2
28. Depresión no determinada por circunstancias ambientales (endógena)																													2	2	2	2	2	2	2
29. Personalidad psicopática																														2	2	2	2	2	2
30. Desarrollo anómalo neurótico																															2	2	2	2	2
31. Alcoholismo crónico																																2	2	2	2
32. Toxicomanía																																	1	2	1
33. Esquizofrenia																																		1	1
34. Enfermedad cerebral orgánica																																			1
35. Oligofrenia																																			
Cifra de riesgo																																			

W. Pöldinger: «La tendencia al suicidio». © 1968 por Verlag Hans Huber, Bern y Stuttgart. Morata, Madrid, 1969.

A N E X O VI

ANEXO VI

Lista de criterios para la evaluación del riesgo de suicidio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
1. Hombre			0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	
2. Mujer			0	0	0	0	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	0	0	19
3. Menos de 45 años					2	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	
4. Más de 45 años					0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	
5. Soltero									1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	9
6. Casado									1	2	1	1	1	0	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
7. Viudo									1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
8. Divorciado/separado									1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	
9. Ausencia de religiosidad										2	2	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10. Dificultades familiares											2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	
11. Problemas amorosos, conyugales y sexuales												2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	1	9
12. Dificultades profesionales													2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
13. Dificultades financieras														2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	0	
14. Enfermedad o delirio de enfermedad, dolores crónicos															2	2	1	2	2	2	1	2	0	2	1	1	0	2	1	1	2	2	0	1	1	8
15. Crisis biológicas (pubertad, climaterio, gravidez)																2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	
16. Aislamiento, deseana de vivir																	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	
17. Aislamiento/Prisión																	1	2	2	2	1	2	2	2	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	1	7
18. Tentativas anteriores de suicidio																			2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
19. Amenazas de suicidio/ideas suicidas																				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
20. Fantasías y sueños en torno a la muerte																					2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21. Suicidios en la familia o en el ambiente inmediato																						0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	
22. Angustia																							2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
23. Inhibición de agresiones																								2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	3
24. Insomnio rebelde																									1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	
25. Abusos alcohólicos																										2	2	1	2	1		2	1	2	2	
26. Abuso de medicamentos																											2	1	2	1	2		0	1	1	2
27. Depresión determinada por las circunstancias ambientales (psicógena)																												2	2	2	2	2	2	2	2	
28. Depresión no determinada por circunstancias ambientales (endógena)																													2	2	2	2	2	2	2	
29. Personalidad psicopática																														2	2	2	2	2	2	
30. Desarrollo anómalo neurótico																															2	2	2	2	2	
31. Alcoholismo crónico																																2	2	2	2	
32. Toxicomanía																																	1	2	1	
33. Esquizofrenia																																		1	1	
34. Enfermedad cerebral orgánica																																			1	
35. Oligofrenia																																				
Cifra de riesgo																																				59

W. Poldinger: «La tendencia al suicidio», © 1968 por Verlag Hans Huber, Bern y Stuttgart. Morata, Madrid, 1969.

A N E X O VII

TABELAS DE SUICÍDIOS

TABELA: I - Sexo dos suicidas nas três regiões observadas

Bairro: Copacabana/Leme - DPs: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Sta. Marta D.P: 10ª
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.
(1) Sexo	Freqüência	Freqüência	%	Freqüência
H	14	2 (*)	40	1
M	11	3 (**)	60	0
TOTAL	25	5	100	1
(-) casos suspeitos		* (1) caso suspeito ** (2) casos suspeitos		(-) casos suspeitos

TABELA: II - Idade dos suicidas nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(2) Idade	Freqüência	(2) Idade	Freqüência	(2) Idade	Freqüência
21-30 anos	6	20-30 anos	2	21-30 anos	0
31-40 anos	6	31-40 anos	1	31-40 anos	1
41-50 anos	5	41-50 anos	0	41-50 anos	0
51-60 anos	5	51-60 anos	1	51-60 anos	0
Acima de 61	2	Acima de 61	1	Acima de 61	0
Não consta	1	Não consta	0	Não consta	0
TOTAL	25	TOTAL	£	TOTAL	1

TABELA: III - Estado civil nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Fabela: Santa Marta D.P: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(3) Estado civil	Freqüência	(3) Estado civil	Freqüência	(3) Estado civil	Freqüência
C	5	C	1	C	1
S	11	S	1	S	0
V	2	V	1	V	0
Dq	1	Dq	0	Dq	0
Dv	2	Dv	0	Dv	0
Não consta	4	Não consta	2	Não consta	0
TOTAL	20	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: IV - Cor dos suicidas nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela Sta. Marta D.P: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(4) Cor	Freqüência	(4) Cor	Freqüência	(4) Cor	Freqüência
Branca	18	Branca	3	Branca	1
Preta	1	Preta	0	Preta	0
Parda	1	Parda	1	Parda	0
Não consta	5	Não consta	1	Não consta	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: V - Meio de suicídio nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela Santa Marta D.P. 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(5) Meio	Freqüência	(5) Meio	Freqüência	(5) Meio	Freqüência
Afogamento	0	Afogamento	1	Afogamento	0
Gás	7	Gás	0	Gás	0
Arma-Fogo	2	Arma-Fogo	1	Arma-Fogo	1
Atropelamento	0	Atropelamento	1	Atropelamento	0
Enforcamento	5	Enforcamento	1	Enforcamento	0
Lançamento	10	Lançamento	1	Lançamento	0
Incêndio	1	Incêndio	0	Incêndio	0
Envenenamento	0	Envenenamento	0	Envenenamento	0
Não-consta	0	Não-consta	0	Não-consta	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: VI - Dia de suicídio nas três regiões observadas

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P.: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(6) Dia da semana	Freqüência	(6) Dia da semana	Freqüência	(6) Dia da semana	Freqüência
Segunda	1	Segunda	1	Segunda	0
Terça	2	Terça	1	Terça	0
Quarta	8	Quarta	1	Quarta	0
Quinta	8	Quinta	1	Quinta	0
Sexta	2	Sexta	1	Sexta	1
Sábado	1	Sábado	0	Sábado	0
Domingo	3	Domingo	0	Domingo	0
Não-consta	0	Não-consta	0	Não-consta	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: VII - Hora de suicídio nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P.: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 Hab.	
(7) Hora	Freqüência	(7) Hora	Freqüência	(7) Hora	Freqüência
8-14 Hs	8	8-14 Hs	1	8-14 Hs	0
14-20 Hs	5	14-20 Hs	1	14-20 Hs	0
20-24 Hs	3	20- 2 Hs	0	20- 2 Hs	1
2-8 Hs	5	2-8 Hs	3	2-8	0
Não-consta	4	Não-consta	0	Não-consta	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: VIII - Profissão dos suicidas nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps.: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps.: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P.: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(8) Profissão	Freqüência	(8) Profissão	Freqüência	(8) Profissão	Freqüência
Guarda	0	Guarda	1	Guarda	0
Trab.Embratel	1	Trab.Embratel	0	Trab.Embratel	0
Servente Obra	0	Servente Obra	1	Servente Obra	0
Aposentado	1	Aposentado	0	Aposentado	0
Emp.doméstica	3	Emp.doméstica	0	Emp.doméstica	0
Sociólogo	1	Sociólogo	0	Sociólogo	0
Costureira	1	Costureita	0	Costureira	0
Artista(Pintor)	1	Artista(Pintor)	0	Artista(Pintor)	0
Func.da L.B.A.	1	Func.da L.B.A.	0	Func.da L.B.A.	0
Bacharel/Ciênc. Jurídicas	1	Bacharel/Ciênc. Jurídicas	0	Bacharel/Ciênc. Jurídicas	0
Não-consta	15	Não-consta	3	Não-consta	1
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: IX - Estado do suicida nas três regiões observadas

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P: 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15000 hab.	
(9) Est.psíquico	Freqüência	(9) Est.psíquico	Freqüência	(9) Est.psíquico	Freqüência
Depressão	4	Depressão	1	Depressão	0
Esquizofrenia	1	Esquizofrenia	0	Esquizofrenia	0
Em tratamento psiquiátrico	4	Em tratamento psiquiátrico	0	Em tratamento psiquiátrico	0
Não-consta	16	Não-consta	4	Não-consta	1
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: X - Nacionalidade de suicidas nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P. 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(10) Nacionalidade	Freqüência	(10) Nacionalidade	Freqüência	(10) Nacionalidade	Freqüência
Brasileira	12	Brasileira	4	Brasileira	1
Francesa	0	Francesa	1	Francesa	0
Espanhola	1	Espanhola	0	Espanhola	0
Bras/Israelita	2	Bras/Israelita	0	Bras/Israelita	0
Iuguslava	1	Iuguslava	0	Iuguslava	0
Não-consta	2	Não-consta	0	Não-consta	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

TABELA: XI - Local de suicídio nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D. P. 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(11) Local	Freqüência	(11) Local	Freqüência	(11) Local	Freqüência
Residência	15	Residência	2	Residência	1
R/trabalho	3	R/trabalho	0	R/trabalho	0
R/parente	3	R/parente	0	R/parente	0
R/amigo	1	R/amigo	0	R/amigo	0
Trabalho	2	Trabalho	1	Trabalho	0
Rua	1	Rua	2	Rua	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

R = Residência

TABELA: XII - Estações de suicídio nas três regiões observadas.

Bairro: Copacabana/Leme - D.Ps: 12ª e 13ª		Bairro: Barra da Tijuca/S.Conrado D.Ps: 16ª e 15ª		Favela: Santa Marta D.P. 10ª	
População ≈ 250.000 hab.		População ≈ 30.000 hab.		População ≈ 15.000 hab.	
(12) Estações do ano	Freqüência	(12) Estações do ano	Freqüência	(12) Estações do ano	Freqüência
Primavera (22 set.a 21 Dez)	4	Primavera (22 set.a 21 Dez)	2	Primavera (22 set.a 21 Dez)	0
Verão (21 dez-21 mar)	7	Verão (21 dez-21 mar)	2	Verão (21 dez-21 mar)	0
Outono (21 mar.21 jun)	10	Outono (21 mar.21 jun)	0	Outono (21 mar.21 jun)	1
Inverno (21 jun-22 set)	4	Inverno (21 jun-22 set)	1	Inverno (21 jun-22 set)	0
Não-consta	0	Não-consta	0	Não-consta	0
TOTAL	25	TOTAL	5	TOTAL	1

BIBLIOGRAFIA

1 - ABADI, M. e outros. La Fascinacion de la muerte. Buenos Aires. Ed. Paidos, 1973.

2 - ABRIL, E. "Nosso Século - 1908/1910". São Paulo. Abril Cultural, vol. I, 1980.

3 - ARIÉS, P. A História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro. Francisco Alves, 1977.

4 - BARSA, E. Elaborada sob supervisão da Enciclopédia Britânica. Vol. 12. Rio de Janeiro, pp. 320-321, 1964.

5 - BASTOS, O. Atuações psicoterápicas diante da ameaça do suicídio. Jornal de psiquiatria 32(3): 147-50, 1983.

6 - BASTOS, R. Morte o grande interdito do século XX. Rio de Janeiro. Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), 1984a. Mimeo.

O Suicídio e o Espiritismo. Rio de Janeiro, Mestrado em Psicologia da PUC/RJ, 1983. Mimeo.

Incêndio nas Flores - Poesias para Sobreviventes, Rio de Janeiro. 1984b. Mimeo.

Poeta não é Business - man. Rio de Janeiro. Editora Corcovado., s.d.

7 - BAUDELAIRE, C. As Flores do Mal. Belém do Pará. Tradução de Ignácio de Souza Moitta. Conselho Estadual de Cultura de Belém, 1971.

8 - BERGER, P. e LUCKMAN, T. A construçãosocial da realidade. Petrópolis, Ed. Vozes, 1978. 4ª edição.

9 - BÍBLIA, S. Antigo e Novo Testamento. Brasília (D.F.) Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

10 - BLEGER, J. Simbiose e Ambiqüidade. Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves, 1977.

11 - BOMFIM, B. Seminário discute o Rio. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro, 2º caderno, p. 2. 6-II, 1985.

12 - CAMUS, A. A Queda. Tradução de Valeie Rumjanek. Rio de Janeiro. Editora Record, s.d. 4ª edição.

A morte feliz. Trad. Valerie Rumjanek. Rio de Janeiro. Editora Record, s.d.

13 - CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria Preventiva. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro. Zahar, 1980.

14 - CAPSTICK, A. Urban and rural Suicide. Journal of Mental Science, 106: 1327-1336, 1960.

15 - CARDOSO, O. Psicologia do suicida. Rio de Janeiro. Editora Conquista, 1969.

16 - CARNEIRO, T.F. A Família: diagnóstico e terapia. Rio de Janeiro. Zahar Editora, 1983.

17 - CASSORLA, R. Jovens que tentam o suicídio. Tese de doutorado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 1981.

O que é o suicídio? São Paulo, Editora Brasiliense, 1984.

18 - CASTRO, F. O suicídio na Capital Federal. Estatísticas de 1870 a 1890. Organizado pelo Cel. Chefe de Polícia Manoel Presciliano de Oliveira. Publicação Oficial, Rio de Janeiro. Imprensa Nacional, 47 págs. 1894.

19 - CÉSAR, A. A teus pés. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1983. 2ª edição.

20 - CLOPTON, O. e Jones W. Use of the MMPI in the prediction of suicide. Journal of Clinical Psychology, 31(1), 52-54, 1975.

21 - COSTA, J.F. A ordem médica e a norma familiar. Rio de Janeiro. Editora Graal, 1979.

História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Campus. 1981. 3ª edição.

22 - DANTE; A. A divina Comédia. Belo Horizonte e São Paulo, Ed. Itatiaia e Universidade de São Paulo. 1979

23 - DEBRET, J. Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil. Biblioteca Histórica Brasileira. São Paulo. Livraria Martins, ol. IV, s.d., 2ª edição.

24 - DONZELOT, J. A polícia das Famílias. Graal Editora. Rio de Janeiro, 1980.

25 - DINES, A. Morte no Paraíso: a tragédia de Stefan Zweig. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1981, 2ª edição.

26 - DORNAS FILHO, J. A escravidão no Brasil. Biblioteca de Divulgação Científica. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, Vol. XVII, 1939.

27 - DOSTOIEVSKI, F. Os irmãos Karamázovi. Tradução de Natália Nunes e Oscar Mendes. Os imortais de Literatura Universal, Vol. I. São Paulo. Abril Crultural, 1973. 2ª edição.

28 - DUARTE, S. Contribuição ao Estudo Clínico e Histórico do "Banzo". Instituto Brasileiro de História e Medicina. Revista Brasileira e Histórica Médica. Anais do I Congresso Brasileiro de História de Medicina, 3:75-89, 1952.

29 - DURKHEIM, E. O suicídio. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1982.

30 - FENICHEL, O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, Norton, 1945.

31 - FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1979/a.

O Elogio da Subelevação. Jornal Movimento. São Paulo, p. 17. 21 a 25 de maio de 1979.

32 - FREIRE, R. Viva Eu/Viva Tu/Viva o Rabo do Tatu. Rio de Janeiro. Editora Global.

33 - FREUD, S. Luto e Melancolia (1917). Obras completas, vol. XIV, Rio de Janeiro, 1974, 1ª edição.

O ego e o Id (1923). Obras completas, vol. XIX. Rio de Janeiro. Editora Imago, 1974, 1ª edição.

Introdução ao Narcisismo (1914). Obras completas. vol. XIV, Rio de Janeiro, 1974, 1ª edição.

34- FREYRE, G. Casa Grande e Senzala. Rio de Janeiro. José Olympio Editora, 1950, 6ª edição.

35- GAIARSA, J. Suicídio. Em D'Assunção. Bessa e outros- Morte e suicídio. Petrópolis, Editora Vozes, 1984.

36- GOETHE, W. Werther. São Paulo. Editora Abril, 1971 Fausto. Rio de Janeiro. Edições de Ouro, (s.d.)

37- GOMES GIL, M. El suicidio en Mexico. D.F. Bib.de ensayos sociológicos. México, D.F. Inst. de Investigacions sociales. Univers. Nacional del Mexico, 1963.

38- GOULART, J. Da Fuga ao Suicídio. Aspectos de rebeldia dos escravos no Brasil. Rio de Janeiro, Conquista, 1972.

39- GUATTARI, F. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. Editora Brasiliense. São Paulo, 1981.

40- GULLAR, F. Toda poesia. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1983, 3ª edição.

41- GUZZO, A. "El suicidio: definicion y psicodinamismos". Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires. Vol. XXXIX, nº 1: 177/195, 1982.

42- HALBWACHS, M. Les causes du suicide. Paris. Bib.Inst.Inv. Sociales. 1930.

43- HENDIN, H. Suicide and Scandinavia. New York. Grune and Stratton, 1964.

44 - IBGE. Informações básicas sobre o Rio de Janeiro. Anuário Estatístico do Brasil. Vol. 43. Rio de Janeiro. Inst. Brasil. de Geografia e Estatística (IBGE). 1981, p-1.904.

45 - JOHNSON, E. Durkheim's one cause of suicide. American Sociological Review. 30: 875-886, 1965.

46 - JUAREZ de Oliveira, M. Código Penal. São Paulo. Edições Saraiva, 1982, 19ª edição.

47 - KAFKA, F. A metamorfose. Tradução de Brenno Silveira. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1969, 3ª edição.

48 - KARDEC, A. O livro dos Espíritos. Rio de Janeiro. Federação Espírita Brasileira, 1974.

49 - KASTENBAUM, R. e AISEMBERG, R. Psicologia da morte. São Paulo. Universidade de São Paulo, 1983.

50 - LIMA, H. "O Suicídio no Rio de Janeiro". Rio de Janeiro. Biblioteca do Boletim Oficial. Imprensa Nacional, 1913.

51 - LIMA, R. Já tem os suicidas direito às missas? Rio de Janeiro. Casa Publicadora Batista, 1955.

52 - LIMA JUNIOR, A.V. O suicídio vai ao campo. Museu Nacional, PPGAS - UFRJ. Rio de Janeiro, 1984. Mimeo.

53 - MACHADO, A. Os suicídios na capital de São Paulo. (1876-1904), São Paulo. Editora Brasil, São Paulo, 1905.

54 - MAIAKÓVSKI, V. Poemas. São Paulo, Editora Perspectiva, 1982, 2ª edição.

55 - MALHEIROS, A. A Escravidão no Brasil. Ensaio Histórico Jurídico e Social. 3 volumes. Rio de Janeiro. Tipografia Nacional, 1866/1867.

56 - MANN, T. Morte em Veneza. Tradução de Maria Deling. São Paulo. Abril Cultural, 1971.

57 - MARCUSE, H. Eros e Civilização. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1981, 8ª ed.

58 - MENDONÇA, R. A Influência Africana no Português do Brasil. Col. Brasiliana. Vol. 46. São Paulo. Editora Nacional, 1935, 2ª ed.

59 - MELLO, M.H. Estudo Epidemilógico do Suicídio no Município de São Paulo. Boletim de Psiquiatria, S.P. Vol. XII,47-59. Mar/Jun.Set.Dez/1979.

60 - MENNINGER. K. Eros e Tânatos o homem contra si mesmo. São Paulo. Editora IBRASA, 1970.

61 - MOREIRA, J. e PEIXOTO, A. "Les maladies mentales dans les climats tropicales. Rapport au XVme. Congrêss International de Médicine. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, 1906.

62 - MOURÃO, G.M. Entre a cicuta e a loucura. Folha de São Paulo. São Paulo, p. 40: 27-VII, 1985.

63 - NEURINGER, C. The Rorschach Test as a research device for the identification, prediction and understanding of suicidal ideation and behavior. Journal of Projective Technique, 29: 71-82, 1965.

64 - NIETZSCHE, F. Assim Falou Zaratustra. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1983. 3ª edição.

65 - NINA RODRIGUES. Os africanos no Brasil. Coleção Brasiliana, Vol. 9. São Paulo. Cia Editora Nacional. 1945, 3ª edição.

66 - NOBEL, M. O suicídio: conceitos psicodinâmicos. Bol. de Psiquiatria, (SP), 12, 1979: 60-65

67 - NOVAES, M. A abolição no Espírito Santo. Vitória, 1963.

68 - O Novo Testamento. São Paulo. Edição Loyola, 1972.

69 - PAIVA, L. Depressão e suicídio. Rio de Janeiro. Editora Imago, 1982.

70 - PAPINI, G. Vida de Santo Agostinho. Tradução de G. Rangel. São Paulo. Companhia Editora Nacional, 1954.

71 - PÉLICER, Y. História da Psiquiatria. Coleção Saber. Lisboa. Publicação Europa América, 1973.

72 - PEREIRA, Y. Memórias de um Suicida. Rio de Janeiro. Federação Espírita Brasileira, 1985, 12ª ed.

73 - PIRES, C.M. Como saber se há suicidas entre os seus pacientes. Medicina Moderna. Rio de Janeiro, 10 - 1971: 5260.

74 - PLATH, S. Chegando lá. Trad. Brito Rezendo. A Folha de São Paulo. São Paulo, Cad. Folhetim, p. 4. 26-II, 1984.

75 - PÖLDINGER, W. La tendencia ao suicidio. Madri. Morata. 1969.

76 - QUEIROZ JUNIOR, J. O Suicídio de Getúlio Vargas através da psicanálise na interpretação de Gastão Pereira da Silva. Rio de Janeiro. Editora Copacabana, 1957, 111p.

77 - QUERINO, M. Costumes Africanos no Brasil. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1938.

78 - RAMOS, E. Anatomia do Suicídio. Arquivos Brasileiros de Psicolocia Aplicada. Rio de Janeiro, 26(2): 79-98.Jun. 1974.

79 - RAMOS, A. A Aculturação Negra no Brasil. Col. Brasiliana, vol. 224. São Paulo, Editora Nacional, 1942.
- O negro Brasileiro. Col. Brasiliana, vol. 188, São Paulo. Cia. Editora Nacional, 1940, 2ª ed.

80 - RIBEIRO; D. Os brasileiros. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983, 7ª edição.

81 - RINGEL, E. Der Selbstmord. Abschluss Einer Krankhaften psychischen Entwicklung. Wien. Maudrich, 1953.

82 - RIVIÈRE, P. El processo grupal. Buenos Ayres, Editora Nueva Visión, 1978.
Teoria del vínculo. B. Ayres, Ed. Nueva Visión, 1979.

83 - RUGENDAS, J. Viagem pitoresca do Brasil. Trad. Sérgio Milliet. Biblioteca Histórica Brasileira. Vol. I, São Paulo. Livraria Martins Editora, s.d., 4ª edição.

84 - RUIZ, J. Metodologia Científica. Guia para Eficiência nos Estudos. São Paulo, Ed. Atlas, p. 168, 1980.

85 - SAINSBURY, P. Suicide in London. Maudsley Monographs nº 1. London.Chapmen and Hall. 1965.

86 - SALLES, N. Contribuição ao Estudo do Suicídio no Rio de Janeiro. Tese. Rio de Janeiro. Editora Tipográfica América, 1943.

87 - SANTOS, M. A pobreza urbana. São Paulo. Hucitec, 1979, 2ª edição.

88 - SELIGMAN, M. Erlernte Hilflosigkeit. München Urban und Schwarzenberg, 1979.

89 - SONNECK, G. Kriseninterventionszentrum. Tradução Servaes E. e outros. Wien, 1982.

90 - SHAKESPEARE, W. Hamlet. Obras Completas. Rio de Janeiro. José Aguilar Editora, 1969.
Antonio e Cleópatra. Ob. completas, idem.

91 - SIMMEL, G. "The metropolis and Mental life". The sociology of George Simmel. Traduzido e editado por Kurt H. Wolff. Glencoe, Illinois.The Free Press, 1950.

92 - SOARES DE SOUZA, G. Tratado Descritivo do Brasil em 1587. Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro. Rio de Janeiro, nº XIV, pp.292-293. 1879.

93 - STENGEL, E. Suicide and attempted suicide. New York, Peguin Books, 1964.

94 - STIERLIN, H. Delegation und Familie. Frankfurt.Suhrkamp, 1978.

95 - STORK, J. Fragebogentest Zur Beurteilung der Suizidgefähr. Müller. Salzburg, 1972.

96 - STUBBE, H. Estudos Socioecológicos do suicídio no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), 1984. Mimeo.

97 - STUBBE, H. e BOJANOVSKY, J. Der depressive Mensch. Stuttgart: Enke, 1982.

98 - TÁCITO, C. Suicídio e Homicídio no Rio de Janeiro. Revista do Direito Penal. Rio de Janeiro, nº 27: out/dez. 1939, 5-31.

99 - TEIXEIRA, N. O suicídio em face da psicopatologia, da literatura, da filosofia e do direito. Tese. Brasil. Ed. Guaíra, 1947.

100 - TOLSTOI, L. Ana Karenina. Tradução de João Gaspar Simões. Obras Completas, Vol. II. Rio de Janeiro. Editora Nova Aguilar, 1976.

101 - TORRES, V. e outros. A psicologia e a morte. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 1983.

102 - TORRES, V. e outros. Morte como fator de desenvolvimento. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. RJ. 39(2): 146-52. Abr/Jun, 1983.

103 - TUCKMAN, J. e YOUNGMAN. W. A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. Journal of Clinical Psychology, 24(1): 17-19, 1968.

104 - VELHO, G.O. O fenômeno urbano. Rio de Janeiro. Zahar Editora. 1976.

105 - VELHO, G. A Utopia urbana: Um Estudo de Antropologia Social. Rio de Janeiro. Zahar Editora, 1973.

106 - VIDAL, A. Três séculos de escravidão no Brasil. Em: Estudos Afro-Brasileiros , vol. I, p. 125, 1935.

107 - VEITH, G. Bemerkenswerte Anatomische Defunde bei Selbstmördern. Em: Zwingmann, Ch. (ed), Selbstvernichtung. Frankfurt/M.: Akademische Verlagsanstalf, 1965.

108 - WHO, (OMS) Prevention of suicide. Public Healt Paper, Genf. 1968.

109 - WISSE, J. Selbstmord und Todesfurcht bei den Natur völkern. Zutphen, W.J. Thieme U. Cie. 1933.

110 - XAVIER, F. Reportagens de Além Túmulo. (Obra mediúnica, ditado pelo espírito de Humberto de Campos. "Desapontamento de um suicida"). Rio de Janeiro, Federação Espírita Brasileira, 1974, 5ª ed.

111 - ZANFRA, M. Suicídio infantil: um problema adulto. Manchete, nº 1762. 25-I, 1986: 28-31.

112 - ZILBOOG, G. Suicide among civilized and primitive reces. Am. J. Psychiat, 92: 1347-1369; Vol. 92, 1936.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Hannes Stubbe

PUC/RJ

Terezinha Féres Carneiro

PUC/RJ

Monique Rose Aimée Augras

PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 1986

Vera Maria Ferrão Candau

Coordenadora dos programas de Pós-Graduação do Centro de Teologias e Ciências Humanas