

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL DOUTORADO

CLAUDIA WEYNE CRUZ

**AS MÚLTIPLAS MORTES DE SI:
SUICÍDIO DE IDOSOS NO SUL DO BRASIL**

SÃO LEOPOLDO

2014

Claudia Weyne Cruz

AS MÚLTIPLAS MORTES DE SI:
suicídio de idosos no Sul do Brasil

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos – UNISINOS.

Área de Concentração: Políticas e
Práticas Sociais

Orientador: Prof. Dr. José Rogério Lopes
Coorientador: Prof.(a) Dra. Marta Conte

São Leopoldo

2014

C957m Cruz, Claudia Weyne
As múltiplas mortes de si: suicídio de idosos no sul do Brasil /
por Claudia Weyne Cruz. -- São Leopoldo, 2014.

138 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, São
Leopoldo, RS, 2014.

Área de concentração: Políticas e práticas sociais.

Orientação: Prof. Dr. José Rogério Lopes ; Coorientação:
Profª Drª Marta Conte, Escola de Humanidades.

1.Suicídio. 2.Idosos – Comportamento suicida. 3.Idosos –
Rio Grande do Sul. 4.Idosos – Condições sociais. 5.Suicídio –
Prevenção. I.Lopes, José Rogério. II.Conte, Marta. III.Título.

CDU 616.89-008.441.44
616.89-008.441.44-053.9
613.98:316

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

À minha mãe, Maria Luiza Weyne Cruz,
amiga de todas as horas, que
amorosamente acompanhou cada etapa
deste trabalho com uma escuta atenta.

Ao meu pai, Luciano Volino Cruz (*in
memoriam*), por ter lutado bravamente
pela vida.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Maria Cecília de Souza Minayo, Fátima Cavalcante, coordenadoras da pesquisa sobre o suicídio de idosos, que generosamente me disponibilizaram os dados para este trabalho, e à Marta Conte, pela grande parceria em tantos projetos.

Ao Professor José Rogério Lopes pelo acolhimento, como sua orientanda, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Às queridas amigas Angela Moni, pela esperança na longa caminhada, Cláudia Gulko, pelo doce cuidado, Lia Freitas, pela confiança no meu trabalho, Maria Eni Moura dos Reis, pelas delicadas orações e Nilda Athaides, pela alegria sem fim.

Aos tios, Juarez Callegaro e Carmen Lígia Weyne pelo imenso carinho.

RESUMO

O suicídio de idosos, tema deste estudo, é um fenômeno social que, na atualidade, tem se constituído em um grave problema de saúde pública, especialmente no estado do Rio Grande do Sul. Nesta pesquisa, o suicídio foi considerado, pelas rupturas que engendra, um evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012) de grande impacto na vida dos familiares e da comunidade em geral que reflete, de certo modo, um processo social mais amplo. A pesquisa teve como objetivo compreender o processo social em que os suicídios dos idosos ocorreram e seus efeitos na vida dos sobreviventes. O método utilizado privilegiou uma abordagem qualitativa dos dados. Foram realizadas 15 autópsias psicossociais de idosos (10 homens e cinco mulheres) que cometeram suicídio e sete entrevistas semiestruturadas. Participaram da pesquisa, ao todo, 22 familiares (ou sobreviventes) de idosos que se suicidaram. A análise textual discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2007) permitiu a emergência de categorias que foram reorganizadas a partir do conceito de homologia (WILLIAMS, 1979) e da noção de evento crítico. Os resultados mostram: a) a complexa rede de fatores que interagem e se sobrepõem na produção do evento crítico que é o suicídio de idosos, entre os quais estão: a baixa escolaridade, a influência da colonização alemã, a importância do trabalho na vida dos agricultores, a penalização do corpo pelas condições de trabalho no cultivo do fumo, a ausência de lazer, a desvalorização do idoso, a perda de sentido da vida com a interrupção do trabalho, o medo de ser um estorvo para os familiares, a perda da saúde e do vigor físico, a ausência da fé, o histórico de agressividade, a perda financeira; b) efeitos na vida dos sobreviventes: o adoecimento psíquico (ansiedade, insônia, dificuldade de retomar a vida), as práticas religiosas para auxiliar o duplo da pessoa que morreu no pós-vida, o abandono da casa ou tentativa de apagar, no âmbito da materialidade, os vestígios dessa morte que tem mana; c) a necessidade de Programas de Prevenção ao suicídio e a circulação da palavra sobre o tema.

Palavras-chave: Evento crítico. Suicídio. Idosos. Sobreviventes. Autópsia psicossocial. Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

Elderly suicide is a social phenomenon which has become a major public health problem, especially in Rio Grande do Sul. In this research, due to the disruptions caused by suicide, it has been considered a critical incident (DAS, 1997; MISSE et al., 2012) of great impact in the lives of the family members and the community in general which it reflects, in a certain way, a broader social process. The goal of this research was to understand the social process in which the suicide of elderly people took place and the effects of these critical incidents on the lives of the survivors. The research method focused on a qualitative approach to data. We performed 15 psychosocial autopsies of elderly people (10 men and five women) who committed suicide, and seven semi-structured interviews. Altogether, twenty-two family members (or survivors) took part in this research. The discursive textual analysis (MORAES; GALIAZZI, 2007) allowed the emergence of some categories which were reorganized based on the concept of homology (WILLIAMS, 1979) and the notion of critical incident. The results showed: a) the complex network of factors which interact and overlap, leading up to this critical incident (elderly suicide), some of them being: a low level of education, the influence from German colonization, the importance of work in the lives of farmers, the body injuries caused by the working conditions of tobacco cultivation, the lack of leisure time, the devaluation of the elderly, the loss of meaning in life due to interruption of work, the fear of being a hindrance for the family, the health loss and reduced physical energy, the lack of faith, a history of aggressiveness, a financial loss; b) the effects on the lives of suicide survivors: mental disorders (anxiety, insomnia, difficulty to resume normal life), religious practices to help the deceased's double in their afterlives, house abandonment or attempt to remove, materially, traces of the death, which has *mana*; c) the necessity of creating suicide Prevention Programs and spreading the word on the subject.

Keywords: Critical incident. Suicide. Elderly. Survivors. Psychosocial autopsy. Rio Grande do Sul.

APRESENTAÇÃO

Esta tese representa o fechamento de uma etapa importante de minha vida pessoal e de minha formação acadêmica, que teve início com um convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos, por meio do qual tive a oportunidade de me candidatar a uma bolsa de estudos para a realização do Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Foi um período intenso de aprendizagem; diante dos meus olhos, descortinava-se outro mundo, novos autores – alguns nem tão novos, já que me refiro também aos clássicos do pensamento sociológico – e novos referenciais teóricos. Na sequência do curso, deparei-me com um grande desafio: encontrar, para a tese, um tema que me instigasse a paixão pelo conhecimento. A leitura de *O Suicídio: estudo de sociologia*, de Durkheim (1897/2000), despertou em mim o interesse pelo tema, já que esse fenômeno, por sua complexidade, permitia uma aproximação (intersecção) entre as Ciências Sociais, a Psicologia e a Saúde Pública, áreas do conhecimento nas quais tenho diferentes formas de inserção. A possibilidade de estabelecer um diálogo entre essas áreas tornava a temática ainda mais interessante. A aproximação com o campo das Ciências Sociais me oportunizou um modelo de interpretação para pensar o suicídio diferente do modelo proposto pela Psicologia, que, sem desconsiderar os aspectos sociais, privilegia o registro individual na compreensão do sofrimento humano.

Nesse período em que defini o tema a ser estudado, o acaso conspirou a meu favor, pois recebi o convite para ingressar, como colaboradora, na pesquisa intitulada “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde”, do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação das professoras Maria Cecília de Sousa Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante. O convite, além de ter sido uma honra, possibilitou a construção, a partir do estudo nacional, do projeto de pesquisa para o meu doutoramento.

Participaram deste estudo multicêntrico, além dos pesquisadores do CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, colaboradores da Universidade Federal do Amazonas,

Universidade Federal do Piauí, Universidade de Fortaleza, Universidade Católica Don Bosco, Universidade Veiga de Almeida, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, instituição pela qual ingressei no grupo de pesquisa. O objetivo geral do estudo foi “compreender a magnitude e a significância do suicídio na população brasileira” (MINAYO; FIGUEIREDO; CAVALCANTE, 2012, p. 5) com idade igual ou superior a 60 anos, de forma que a socialização dos resultados pudesse ser apropriada pelos profissionais de saúde, de assistência social e de direitos humanos, visando à promoção da qualidade de vida da população idosa e à prevenção dos sofrimentos que podem influenciar na ocorrência do ato letal. O trabalho, desenvolvido no período de 2010 a 2012, integrou a abordagem epidemiológica e a abordagem qualitativa psicossocial. A pesquisa qualitativa foi realizada em Manaus (Amazonas), na região Norte; Fortaleza e Tauá (Ceará) e Teresina (Piauí), na região Nordeste; Campo Grande e Dourados (Mato Grosso do Sul), na região Centro-Sul; Campos de Goytacazes (Rio de Janeiro), na região Sudeste; e Venâncio Aires, Candelária e São Lourenço (Rio Grande do Sul), na região Sul.

O período de participação na pesquisa nacional foi profícuo em termos de aprendizagem e trabalho; fomos várias vezes ao interior para realização das entrevistas com os familiares dos idosos que cometeram suicídio. Por meio dessa experiência, entrei em contato com uma realidade até então desconhecida: a vida dos agricultores, as áreas rurais no interior e o sofrimento lancinante das famílias enlutadas pelo suicídio. Paralelamente a essa atividade, realizávamos as Rodas de Conversa sobre o Suicídio na Escola de Saúde Pública. Esse espaço fecundo de discussão sobre o tema destinava-se aos profissionais da saúde, da educação e do sistema prisional, aos residentes, acadêmicos, professores e à comunidade em geral.

Durante a pesquisa, tive também a oportunidade de participar de um encontro com todos os pesquisadores, em Araras, Rio de Janeiro, no qual foram discutidos e analisados os 51 casos de suicídio de idosos coletados no país. Após esse encontro, a equipe do Rio Grande do Sul integrou ativamente os grupos de trabalho destinados à produção em rede de diferentes artigos, que foram publicados na *Revista Ciência & Saúde Coletiva* (volume 17.8), lançada em agosto de 2012 no I Seminário Nacional sobre Prevenção de Suicídio de Pessoas Idosas, onde os

resultados da pesquisa foram amplamente discutidos. Obtive a autorização da coordenação nacional da pesquisa para utilizar todo o banco de dados produzido no estudo durante a elaboração da minha tese. Optei por trabalhar apenas com os casos de suicídio do Rio Grande do Sul por acreditar que, desse modo, poderia estudar mais profundamente o contexto social e cultural no qual os idosos estavam inseridos e contribuir de alguma forma para dar visibilidade ao tema na Secretaria de Estado da Saúde.

Com relação a esta pesquisa, a ideia era abordar os dados coletados sob uma perspectiva teórica ainda não explorada e, para tanto, os autores e referenciais indicados pelo trabalho de orientação foram imprescindíveis. Como estava profundamente tocada pelo sofrimento dos que partiram (os que cometeram suicídio) e dos que ficaram (os sobreviventes), em função da experiência de campo, queria encontrar um instrumento teórico que permitisse estudar essas duas dimensões em um único projeto de pesquisa. A noção de evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012; VIEIRA, 2009; LOPES; SILVA; SILVA, 2011) viabilizou esse intento, ao estabelecer no suicídio um marco que permitiu olhar tanto para a teia de fatores que influenciaram sua produção como para os efeitos por ele desencadeados. O suicídio de idosos foi considerado, pelas rupturas que engendra, um evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012) de grande impacto na vida dos sobreviventes e da comunidade em geral que, de certo modo, reflete um processo social mais amplo. Em decorrência disso, o objetivo geral deste estudo consistiu em: compreender o processo social em que os suicídios de idosos ocorreram e os efeitos desse evento crítico na vida dos sobreviventes e da comunidade.

E os objetivos específicos foram: identificar e tipificar os casos de suicídio de idosos no contexto social e cultural dos municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul; discriminar as práticas sociais associadas ao suicídio que o configuram como um evento crítico com impacto social de ampla magnitude; analisar os recursos utilizados pelos sobreviventes para lidar com a perda do idoso por suicídio com o intuito de pensar estratégias de prevenção no campo da saúde.

Estou certa de que parte da riqueza dessa experiência de pesquisa não poderá ser descrita, pois o olhar, a voz embargada, a lágrima que acompanharam muitos depoimentos, assim como a gratidão dos sobreviventes por poderem falar de

sua perda, “dá, definitivamente à Vivência alguns passos de vantagem sobre a Palavra” (DEJOURS, 1988, p. 11).

Este trabalho reflete o esforço em tornar visível o fenômeno do suicídio de idosos no Rio Grande do Sul. Tal empreendimento comporta, em primeiro lugar, um breve histórico sobre a prática do suicídio e os argumentos teóricos utilizados na construção do objeto de estudo desta tese. Também é apresentado o Programa de Prevenção ao Suicídio – Vida, Sim – de Candelária, considerado um modelo para o país.

No capítulo 2, o suicídio é abordado sob diferentes perspectivas teóricas: a vertente biológica, que fundamenta a psiquiatria tradicional; a vertente psicanalítica, referenciada no pensamento freudiano; e a vertente sociológica, representada por dois teóricos que contribuíram na formação da Sociologia Moderna: Marx (1846/2006) e Durkheim (1897/2000). Além das concepções dos autores acerca do suicídio, são apresentados os fundamentos da Sociologia Compreensiva. Ainda que Weber não tenha se dedicado ao tema do autoextermínio, sua produção teórica possibilita a apreensão de sentido da conduta humana e, por conseguinte, um maior aprofundamento acerca deste fenômeno. As contribuições da Fenomenologia também são discutidas. No capítulo 3, são descritos o método utilizado para coleta e análise de dados, bem como os meios de acesso aos participantes e os cuidados éticos em relação a eles.

O capítulo 4 é o resultado do trabalho de análise e de interpretação das autópsias psicossociais de idosos que cometeram suicídio. O texto privilegia as correspondências (ou conexões) por semelhança entre as formas de suicídio, que pareciam diferentes, e indica uma origem comum para elas. Ao final, explora o fenômeno por meio de tipificações, ressaltando as diferenças entre as formas de suicídio. De certa forma, ele narra a teia de fatores que contribuem para a ocorrência desse evento crítico.

O conjunto de dados apresentados no capítulo 5 permite que se visualize o motivo pelo qual o suicídio, para fins deste estudo, é considerado um evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012; VIERA, 2009) de ampla magnitude no espaço e no tempo. O capítulo apresenta os efeitos desse acontecimento traumático na vida dos sobreviventes e as estratégias utilizadas por estes para lidar com o sofrimento.

Na última parte, as considerações finais, são retomados os aspectos mais importantes deste estudo, bem como as dificuldades enfrentadas no tratamento do tema. Há também uma reflexão sobre os motivos pelos quais as comunidades não conseguem transformar sua dor em ação social.

SUMÁRIO

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	13
1.1 SUICÍDIO: um breve histórico	13
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO E ESCOPO DO OBJETO	17
1.3 OBJETIVOS	28
1.3.1 Objetivo geral	28
1.3.2 Objetivos específicos	28
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 VERTENTE BIOLÓGICA	29
2.2 VERTENTE PSICANALÍTICA	32
2.3 VERTENTE SOCIOLÓGICA	37
2.3.1 O suicídio em Marx	38
2.3.2 O suicídio em Durkheim	41
2.3.3 Os impasses teóricos	46
2.3.4 Contribuições da Sociologia Compreensiva	48
3 METODOLOGIA	53
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.2 ANÁLISE DOS DADOS	61
3.3 A ESCOLHA E A APRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	62
3.3.1 Venâncio Aires	63
3.3.2 São Lourenço do Sul	65
3.3.3 Candelária	67
4 A VIDA DOS AGRICULTORES E O SUICÍDIO (EVENTO CRÍTICO)	69
5 O SUICÍDIO DE IDOSOS E SEUS EFEITOS	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE A — ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AUTÓPSIA PSICOSSOCIAL	122
APÊNDICE B — ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	127
APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	128
ANEXO A — MUNICÍPIOS COM TAXAS ELEVADAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM IDOSOS	129
ANEXO B — AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO BANCO DE DADOS	130

ANEXO C — TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – VENÂNCIO AIRES	131
ANEXO D — TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE — CANDELÁRIA	132
ANEXO E — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	133
ANEXO F — DADOS SOBRE O MUNICÍPIO DE VENÂNCIO AIRES	134
ANEXO G — DADOS SOBRE O MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL .	135
ANEXO H — DADOS SOBRE O MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA	136

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O velho sem conselhos
De joelhos
De partida
Carrega com certeza
Todo o peso
Da sua vida.
Chico Buarque de Hollanda

Neste capítulo introdutório, sem ter a pretensão de esgotar o assunto, procuro mostrar as diferentes concepções, ao longo do tempo, em relação à morte voluntária e os motivos pelos quais o suicídio de idosos, na atualidade, constitui-se em um problema de saúde pública, especialmente no Rio Grande do Sul. Além disso, apresento o modo pelo qual esse problema social foi transformado em um problema de pesquisa.

1.1 SUICÍDIO: um breve histórico

O tema suicídio¹ tem desafiado pensadores de diferentes áreas do conhecimento. As artes, mais que a ciência, parecem melhor compreender o sentido trágico da vida, os desenganos e as misérias que assolam a alma humana. Segundo Kurcgant e Wang (2004), em Hamlet, um dos mais célebres textos da literatura mundial, Shakespeare, por meio da formulação “ser ou não ser, eis a questão”, interroga o sentido da existência. A possibilidade do suicídio que espreita o personagem expressa uma preocupação presente no pensamento inglês e europeu durante os anos de 1580 a 1620. As mudanças trazidas pelo Renascimento colaboraram para o aumento das mortes voluntárias. A escassez de registros, na época, favoreceu a crença de que esse fenômeno era mais frequente na Inglaterra, o que contribuiu para a propagação do mito do “mal inglês”. A produção literária do século XVI, de certa forma, fez com que ressurgisse o questionamento sobre o direito ao suicídio.

Esse direito existia em Roma, na Antiguidade Clássica, ainda que não fosse usufruído por todos. Os soldados e os escravos não podiam praticar o suicídio, para

¹ Unitermos: suicídio, morte voluntária, morte de si, antecipação da morte, autoaniquilamento, autoextermínio, morte autoinfligida e morte autoprovocada.

salvaguardar os interesses patrióticos e econômicos. Se um soldado sobrevivesse à tentativa de suicídio, seriam-lhe imputadas algumas penas pelo exército, enquanto que os escravos não dispunham de sua vida para ter direito a essa decisão. Já para os homens livres, não havia interdição religiosa e legal do suicídio, desde que os motivos, apresentados diante do Senado, justificassem o anseio pela morte. Até o século II d.C., o direito romano permitia que cada um escolhesse sua morte; porém, a partir de então, o suicídio passou a ser reprimido mais severamente.

Durante a Idade Média, a interdição do suicídio, formalizada pelos escolásticos, foi consolidada pelo pensamento cristão. A morte voluntária, praticada nos diferentes segmentos sociais e por ambos os sexos, estava associada à ação diabólica. O ato em si, considerado um crime, justificava as punições previstas. Os bens do suicida, em geral, eram confiscados, e seu corpo, exposto a uma série de sacrifícios. Na Inglaterra, por exemplo, o cadáver era depositado em uma encruzilhada, de preferência bem movimentada, com uma estaca de madeira que lhe atravessava o peito, prendendo-o, dessa forma, ao solo. O costume, além do efeito repressivo sobre a população, tinha por objetivo garantir que essa alma errante não viesse assombrar os familiares e a comunidade. De modo geral, a morte voluntária somente era socialmente aceita, nesse período, quando tivesse por finalidade frustrar o inimigo ou escapar de uma humilhação. Nesse caso, era restrita aos clérigos, cavaleiros e aristocratas, como um ato de coragem em nome da fé ou da honra. A morte para escapar da miséria e do sofrimento era considerada uma demonstração de covardia.

Retornando a Shakespeare, a discussão sobre o direito à morte produziu uma grande reação por parte das autoridades religiosas, tanto no protestantismo quanto na Contrarreforma Católica. O suicídio representava uma afronta à ordem monárquica e divina. Desejar a própria morte ou matar-se por qualquer infortúnio era considerado um pecado mortal. Nesse período, os teólogos e pregadores na Inglaterra chegaram a sistematizar “a lista dos oito procedimentos pelos quais o diabo nos conduz ao suicídio” (KURCGANT; WANG, 2004, p. 45). Diante dessas certezas sobre a influência do mal, surgiu uma explicação, defendida por intelectuais e médicos, de que o suicídio seria resultante de um processo mental denominado melancolia. Esse mal atingiria pessoas cultas cuja tendência à reflexão poderia desencadear uma “mórbida ruminção”. Haveria nessas pessoas um excesso de

bílis negra que seria responsável pelo comportamento sombrio. Essa tese, mais tarde, possibilitou uma maior tolerância da sociedade em relação à morte voluntária.

Aos poucos, as explicações médicas auxiliaram a desresponsabilizar aqueles que tentam suicídio. Em vez de criminosos, eles passaram a ser vítimas de uma doença sobre a qual não têm controle. A internação, nesses casos, tornou-se uma prática comum. No século XIX, a associação do suicídio à loucura ainda não era suficiente para atenuar as estratégias de repressão a essa conduta, e cabia ao poder impedir que isso ocorresse, uma vez que o cidadão deveria honrar seu compromisso com o Estado.

A apropriação da morte pelo poder merece uma reflexão mais cuidadosa. Segundo Rodrigues (2006), poder algum pode se curvar diante da liberdade de suicídio. Afinal, dispor da própria vida é uma afronta perigosa e intolerável ao poder. Tanto é que, em geral, condenados à morte são proibidos de se suicidarem – precisam se submeter ao poder que lhes determina a pena de morte. Há também registro de indivíduos que, após tentativas frustradas de suicídio, foram condenados à morte. Nessas situações aparentemente inversas, o que precisa ser suprimido é a liberdade humana, já que o poder compreende o ato suicida como sua maior forma de expressão.

O discurso, assumido pelo poder, de que o suicida estaria infringindo o dever para com o próximo e a sociedade, já havia sido questionado por Hume, em 1750, em um ensaio que escreveu sobre suicídio. O argumento defendido pelo filósofo era que um homem, ao se retirar da sociedade, não faz nenhum mal; deixa apenas de produzir um bem. O autor se perguntava por que não pôr um fim nos sofrimentos de alguém que não podia mais usufruir da vida. Ele advertia que, por vezes, a enfermidade ou a idade avançada poderia fazer do indivíduo um encargo a outrem, que, por sua vez, ficaria impedido de ser útil a sua comunidade. Dessa forma, rejeitava em seus escritos a concepção corrente de que o suicídio seria um pecado, uma ofensa a Deus, ao próximo e a si mesmo. Seu ensaio suscitou um forte mal-estar entre as autoridades religiosas, sendo publicado apenas após a morte do autor (HUME, 1750 apud PIPKIN, 2009).

Como podemos ver ao longo desse pequeno resgate histórico, o direito ao suicídio sempre foi um tema controverso e, por motivos variados, quase em todas as

épocas foi combatido. A escolha pela antecipação do fim provoca, de modo geral, um profundo desconforto. Camus (1989) no livro *O mito de Sísifo*, sustenta que o suicídio é o único problema filosófico realmente sério. Hoje, a coibição dessa forma de morte justifica-se pelo ideário de defesa da vida, assumido pelo campo da saúde coletiva. O suicídio, além de ser uma questão filosófica, constitui-se, na atualidade, em um problema de saúde pública. No mundo, a cada 40 segundos, uma pessoa morre por suicídio, e, a cada três segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Muitas delas, nos serviços de emergência, enfrentam a crítica velada dos profissionais, que se ressentem por ter que socorrer alguém que quis a própria morte, enquanto outras pessoas, na mesma emergência, lutam desesperadamente para viver (TAVARES, 2013). O autoextermínio, segundo Cassorla (2005), por ser um ato de transgressão, afronta as equipes de saúde que foram treinadas para salvar vidas. De certa forma, esses profissionais, por despreparo, desqualificam o sofrimento e o pedido de socorro que o comportamento suicida encobre.

A morte voluntária inevitavelmente nos remete ao sentido da existência. Afinal, o que leva uma pessoa a pôr fim à própria vida? Será que no suicídio o indivíduo deseja mesmo morrer ou busca denunciar, por meio desse ato extremado, que não suporta mais sua vida da maneira como ela se apresenta? Certamente, a maneira como concebemos esse fenômeno e, conseqüentemente, o interrogamos determinará os limites e as possibilidades de intervenção. Se considerarmos que o indivíduo não deseja morrer, mas pôr um fim ao sofrimento – posição a qual me filio – algo poderá ser feito em favor da vida. Se ele está capturado em um projeto de morte, a aposta deverá ser nos fluxos que potencializam a vida.

O filme *Tabou*, de Orane Burri (2008), ao retratar o drama vivido por Thomas nos meses que antecedem seu suicídio, apresenta alguns elementos que nos ajudam a refletir sobre o valor da vida em nossa sociedade. O documentário traz imagens e falas do jovem intercaladas por depoimentos de amigos e familiares. Em uma das cenas, o rapaz afirma preferir a morte a ter uma vida medíocre, já que seu projeto de ser um cineasta bem-sucedido não poderia, na sua interpretação, ser alcançado. A morte de Thomas reflete a importância atribuída ao sucesso, ao êxito social, nas sociedades contemporâneas. Segundo Ferry (2010, p. 14), “tudo concorre hoje para fazer do sucesso enquanto tal e seja qual for o domínio de

referência almejado um ideal absoluto”. O êxito social tornou-se um imperativo, uma nova tirania, capaz de incutir nos indivíduos a culpa pelo fracasso. O anseio por uma “vida bem-sucedida” em nada lembra o que os antigos denominavam de “vida boa”. Estes ensinavam que a vida deveria ser conduzida a partir de valores transcendentais. O segredo do bem viver estava em fazer da vida uma bela obra de arte.

No mundo laico, o sentido da vida, antes pautado pela sabedoria antiga, foi substituído, aos poucos, por outros ideais: a busca pelo conhecimento científico, a noção de pátria, a crença no progresso e na Revolução. O enfraquecimento desses ideais, como nos ensina Ferry (2010), propiciou que a busca pelo êxito social – reduzido à *performance* – se tornasse exacerbada. Atualmente, o valor de uma vida pode ser medido pelo prestígio, riqueza e poder alcançados. Tanto isso é verdadeiro que não são poucos os casos de pessoas que, ao olharem com desprezo para suas trajetórias, por não terem obtido o sucesso almejado, desistiram de suas próprias vidas por considerá-las desprovidas de valor. O equívoco inerente a essa forma de avaliação, na visão de Ferry (2010, p. 14), é que ela não leva em conta tudo o que, em uma existência, não depende do esforço pessoal, “mas regressa aos acasos do nascimento, à pura contingência dos acontecimentos, à sorte ou aos infortúnios mais cegos”. O padrão de sucesso perseguido na maioria das vezes é difícil de ser alcançado.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO E ESCOPO DO OBJETO

O suicídio, como nos ensina Durkheim (1897/2000), é um fato social que, na atualidade, tem se constituído em um grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ele vitima cerca de um milhão de pessoas por ano, sendo considerado a 13ª causa mundial de morte na população geral. Estima-se que, até o ano de 2020, sua incidência chegará a aproximadamente 1,53 milhão de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; OMS, 2000).

As taxas de mortalidade por suicídio atingem coeficientes três a quatro vezes maiores entre pessoas do sexo masculino e aumentam conforme a idade (OMS, 2000; BOTEAGA et al., 2009). No Brasil, em 2006, as taxas de suicídio registraram

uma média de 5.7/100.000 para a população em geral e 8.0/100.000 para a população idosa, o que demonstra que os mais velhos constituem o grupo de maior vulnerabilidade à morte por autoaniquilamento (MINAYO et al., 2010). De modo geral, a maior concentração de suicídios no país encontra-se na região Sul, especialmente no Rio Grande do Sul, e na região Centro-Oeste, principalmente no estado de Mato Grosso do Sul (WAISELFISZ, 2011), o que indica a importância de maior investimento em estudos nessas regiões.

Quanto ao suicídio de idosos no Brasil, tema desta tese, foram registrados 10.434 óbitos no período de 2000 a 2008. Existem diferenças regionais no que diz respeito à ocorrência do fenômeno: a região Sul apresentou as taxas mais elevadas do país, ainda que tenha registrado um decréscimo no período em questão (49,4/100.000 em 2000 e 38,9/100.000 em 2008). A região Sudeste, em seguida, obteve uma taxa média de 15,8/100.000, ao passo que a região Centro-Oeste apresentou as menores taxas (1,2/100.000). Nas regiões Norte (3,8/100.00 em 2000 passando para 5,1/100.000 em 2008) e Nordeste (4,3/100.000 em 2000 e 6,6/100.000 em 2008), houve um aumento das taxas registradas (MINAYO et al., 2010).

O suicídio é definido como um ato de violência autoinfligida que foi decidido, iniciado e levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (WERLANG, 2000). Nas várias definições encontradas sobre esse fenômeno, a intenção de morrer aparece como elemento central. Reconstituir a intencionalidade, após o ato consumado, é uma tarefa muito difícil, pois em inúmeros casos os legistas não conseguem determinar se houve, de fato, a intenção de morrer ou se a morte foi acidental. O grau de dificuldade é maior quando a vítima planeja a própria morte para que pareça um acidente. De certa forma, essa impossibilidade em determinar a causa (natural, acidental, suicídio ou homicídio) contribui para a subnotificação, fazendo com que o fenômeno não seja conhecido em sua magnitude.

Com o intuito de auxiliar os peritos na investigação da intencionalidade é que surge, nos Estados Unidos, na década de 1950, a autópsia psicológica. Segundo Cavalcante et al. (2012), o instrumento, concebido por Edwin Shneidman, auxilia no levantamento de informações *post mortem* sobre as circunstâncias em que o óbito

ocorreu. De modo geral, o instrumento visa, por intermédio do depoimento de uma ou mais pessoas próximas à vítima, conhecer a saúde física e mental, o estilo de vida e a história desta. Por isso, é fundamental que o entrevistado seja alguém que tenha convivido com a pessoa que morreu. A autópsia psicológica, com o tempo, passou a ser utilizada não só no campo da medicina legal como também em trabalhos científicos sobre o tema do autoextermínio. O próprio Shneidman fez uso do instrumento para estudar em profundidade o suicídio de um estudante de filosofia. Na ocasião, ele entrevistou os pais, os irmãos, a ex-esposa, a namorada, o psicoterapeuta e o psiquiatra da vítima. Todo o material produzido foi disponibilizado para outros pesquisadores que, então, puderam agregar ao estudo os seus pontos de vista sobre o evento trágico. Ao afinal do trabalho, foram apresentadas dezoito hipóteses a respeito dos motivos que teriam influenciado o estudante a cometer suicídio.

Ainda que Shneidman tenha denominado de autópsia psicológica o instrumento por ele desenvolvido, seus estudos em muito transcenderam o próprio campo da psicologia. O instrumento em si consiste em um roteiro de entrevista pautado em categorias norteadoras (CAVALCANTE; MINAYO, 2012). Essa estratégia, diferente de um roteiro fixo, permite uma maior flexibilidade, por parte do pesquisador, na condução da entrevista. No Brasil, os pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES/FIOCRUZ, pautados nesse instrumento e em outros, como o proposto por Werlang (2000), desenvolveram um modelo de autópsia que, além de abordar as questões individuais (psicológicas), investiga os aspectos sociais e culturais que podem ter colaborado para a ocorrência do suicídio. A autópsia psicossocial – como o instrumento foi denominado pelo grupo de pesquisadores – busca aprofundar as relações entre o registro biográfico e a sociedade.

Dada a complexidade do fenômeno, não são apenas os fatores sociais e culturais que precisam ser incluídos na compreensão do comportamento suicida, mas também os fatores de risco biológicos (distúrbios psiquiátricos), psicológicos (psicodinâmico) e ambientais (exposição a agrotóxicos e outras substâncias nocivas que possam causar depressão). A revisão de literatura nacional e internacional, realizada por Minayo e Cavalcante (2010), indica que nenhum fator isoladamente é explicativo por si só – são necessários, assim, diversos saberes e olhares na

abordagem do tema do autoextermínio. Ainda que a realização de uma pesquisa implique a escolha de um recorte teórico, é importante não perder de vista a interação e/ou sobreposição de diferentes fatores.

No caso específico dos idosos, visto que a idade é um marcador importante para a ocorrência do suicídio, as questões sociais e culturais têm forte influência. Segundo Minayo (2004), nas sociedades modernas existe uma tendência a segregar, real ou simbolicamente, os mais velhos e, por vezes, endereçar-lhes um mandato de morte. A violência contra o idoso no Brasil, assim como em outros países, apresenta diferentes configurações, sendo, muitas vezes, a expressão da crença de que os mais velhos constituem um “estorvo”, um “fardo” para as famílias e para a comunidade.

Embora a formalização do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004) tenha sido uma grande conquista para a sociedade brasileira e signifique um avanço na garantia dos direitos sociais, as agressões, negligências, abandono e maus-tratos físicos e psicológicos não vão desaparecer com a brevidade que se gostaria. Essas formas de violência “naturalizadas” nas práticas cotidianas estão arraigadas no imaginário social que associa a velhice a valores negativos.

A sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e, por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e quase sempre, ganhando uma pequena aposentadoria, podem ser descartados: são considerados *inúteis* ou um *peso morto* (MINAYO, 2004, p. 2).

Os velhos, segundo Minayo (2004), também estão implicados na produção dessa ideologia que os captura. Alguns não aceitam a perda de poder, outros, que tiveram uma vida de dedicação quase exclusiva ao trabalho, sentem, com a interrupção da vida profissional, como se estivessem perdendo a própria identidade. Há, ainda, aqueles se isolam das redes sociais e afetivas, vivendo em um estado de solidão desnecessário. O próprio processo de envelhecimento corporal acaba, por vezes, reforçando os sentimentos de desvalia e inutilidade, principalmente quando o idoso apresenta limitações físicas que lhe impedem de realizar as atividades cotidianas.

Como o fenômeno da morte autoinfligida não se restringe apenas ao ato consumado, mas envolve também as tentativas de suicídio e a ideação suicida com ou sem planejamento estabelecido, deve-se ficar atento às manifestações de desesperança que podem ser identificadas quando os idosos fazem menção a “pensamentos de morte”, “cansaço em relação à vida” e “falta de perspectiva frente a sua existência”. Os estudos internacionais indicam que as tentativas de suicídio diminuem entre idosos na mesma proporção que o número de suicídios consumados aumenta (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Com isso podemos inferir, então, que os idosos são mais definitivos quanto ao comportamento autodestrutivo. Nos Estados Unidos, a razão entre as tentativas e o ato fatal de idosos é de 4:1, enquanto a relação entre tentativas e efetivação do suicídio de jovens é de 36:1, e da população em geral, 8:1.

A maioria dos estudos sobre o comportamento suicida em idosos foi feito no exterior. Temos pouco conhecimento acerca desse fenômeno na realidade brasileira, excetuando-se, de que se tem notícia, a iniciativa do grupo de pesquisa da professora Cecília Minayo, do CLAVES/FIOCRUZ, que recentemente investigou 51 casos de suicídio praticados por idosos no país, com um projeto intitulado “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e Possibilidades de Atuação do Setor Saúde”, do qual participei como colaboradora e cujos resultados foram recentemente divulgados em uma edição especial da *Revista Ciência & Saúde Coletiva* (volume 17.8), intitulada Suicídio de idosos no Brasil. Além da escassez de referências, o investimento em estudos sobre o tema justifica-se em função do envelhecimento populacional. A população com idade igual ou superior a 60 anos é a que mais aumenta no Brasil – estima-se um crescimento de 59,3% até o ano de 2020 (CAVALCANTE; MINAYO, 2012), o que torna relevante a realização de estudos sobre os problemas sociais e de saúde desse segmento populacional. Como o risco de suicídio aumenta com a idade, as pesquisas nessa área poderão, ao elucidar o fenômeno, subsidiar programas de prevenção. Esses são os recursos de que dispomos para intervir, principalmente em municípios e regiões onde a prevalência de suicídio é expressiva. Em Candelária, município do Rio Grande do Sul, temos um exemplo de experiência bem-sucedida para todo o país. O Programa de Prevenção ao Suicídio, intitulado “Vida, Sim”, que acolhe por meio de uma linha

de cuidado à população em geral, tem, entre outros resultados positivos, diminuído os índices de morte por autoextermínio.

A eficácia do programa deve-se, em parte, a sua abrangência. As estratégias de prevenção ao suicídio podem ser classificadas em termos universais, seletivos e específicos. As estratégias universais visam à redução da incidência de novos casos por meio de ações educativas que devem alcançar a população em geral; as seletivas são direcionadas aos grupos de maior vulnerabilidade; e as específicas são voltadas para os indivíduos que manifestam ideação e plano suicida ou que já atentaram contra a própria vida. No caso de Candelária, as diferentes modalidades de estratégia foram adotadas. No período de implantação do programa, houve um grande empenho, por parte da equipe técnica, em levar à população esclarecimento sobre o tema da morte por suicídio. Os programas na rádio local, a distribuição de panfletos e as matérias nos jornais da região tinham por finalidade romper com o silêncio que recai sobre o assunto, considerado, ainda hoje, um tabu. Houve também um investimento na capacitação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do hospital local para que ficassem atentos, nos atendimentos à população, “à identificação de risco e às diferenças conceituais e de abordagem referentes à ideação, ao plano ou à tentativa de suicídio” (CONTE et al., 2012, p. 2021). As capacitações foram estendidas aos técnicos da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater), que realizam um trabalho para a melhoria da qualidade de vida com famílias rurais, e socorristas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), policiais e bombeiros, chamados a atender às vítimas de atos suicidas, sejam eles consumados ou não. O empenho da equipe gestora do PPS em qualificar o atendimento dos serviços de saúde surgiu da constatação “de que 60% dos pacientes que haviam se suicidado tinham comparecido à Unidade Básica de Saúde sem que a situação de risco tivesse sido identificada” (CONTE et al., 2012, p. 2020).

Após esse período de sensibilização da comunidade e de formação dos trabalhadores, o enfoque deveria ser na estruturação da linha de cuidado do programa. Para tanto, os serviços tiveram que reorganizar seus processos de trabalho e pactuar novos fluxos de atendimento. Ficou estabelecido, então, que as pessoas com ideação suicida seriam atendidas nas UBS ou ESF, ao passo que os

usuários com tentativa de suicídio seriam encaminhados ao CAPS local e teriam prioridade no acesso à atenção. A linha de cuidado oferecida pelo PPS integra, além dos serviços de saúde, as entidades comunitárias, de assistência social e de desenvolvimento da população rural. É considerado um indicador de melhora no estado de saúde quando o usuário passa a se interessar por outras atividades (oficinas de trabalho e lazer) além daquelas de cunho estritamente terapêutico. Os familiares dos usuários participam do tratamento e recebem apoio e orientação para lidar com a situação de risco.

O PPS oferece também suporte às famílias que tiveram perdas por suicídio, visto que as pessoas mais próximas da vítima configuram o grupo de maior vulnerabilidade, mesmo quando não existe nenhuma manifestação de comportamento suicida. O programa utilizou os serviços que já existiam no município, não sendo necessário, portanto, mais aporte financeiro. De modo geral, todas as ações do programa têm ampliado a discussão sobre o tema do suicídio para além de uma perspectiva individual, permitindo que a comunidade possa pensar nessa questão como um problema social que requer da coletividade as possíveis respostas.

Após essa breve apresentação do PPS, cabe explicitar o entendimento que temos sobre o tema desta pesquisa. O suicídio será, para fins deste trabalho, considerado um evento crítico (DAS, 1997, 2011; MISSE et al., 2012; VIEIRA, 2009; LOPES; SILVA; SILVA, 2011) de ampla magnitude no espaço e no tempo. Isso porque ele não afeta somente as pessoas próximas à vítima (amigos e familiares), mas também os outros membros da comunidade (socorristas, policiais, religiosos, profissionais de saúde e vizinhos). Os efeitos desse evento não se restringem ao período de luto e podem reverberar durante gerações por meio da história familiar e do legado cultural dessas comunidades.

A noção de evento crítico tem sido utilizada em diferentes estudos sobre acontecimentos trágicos cujos efeitos destrutivos se perpetuam para além do tempo de sua ocorrência e afetam a vida de um contingente significativo de pessoas, como é o caso do desastre industrial em Bhopal, na Índia (DAS, 1997); da catástrofe radiológica com o Césio-137, em Goiânia (VIEIRA, 2009); e da enchente em São Luiz do Paraitinga, no Brasil (LOPES; SILVA; SILVA, 2011). A morte por suicídio,

assim como esses acontecimentos trágicos, instaura o que Berger (1985) denomina de ruptura nômica, colocando em suspenso a ordem de plausibilidade do mundo por meio da qual o indivíduo dá significado à sua vida e reconhece a própria identidade. Essa ruptura ocorre tanto no plano individual quanto no plano coletivo. O evento crítico interrompe o fluxo da vida cotidiana, transtorna os sentimentos, modifica projetos e sonhos dos membros das comunidades.

A noção de evento crítico nos permite fugir de esquemas conceituais totalizantes e, justamente por isso, analisar os fenômenos em suas especificidades. Segundo Vieira (2009), o acontecimento traumático estabelece vínculos entre as pessoas, constituindo, assim, uma comunidade de sofrimento. No caso de municípios com altas taxas de suicídio, ao que tudo indica, não há o reconhecimento, por parte da comunidade de que o sofrimento vivenciado a cada suicídio – em função do forte apelo individualizante – tenha uma origem no campo social. Contudo, independentemente disso, a dor emocional é tão intensa que os familiares e amigos são definidos pela literatura especializada (BARLOW; MORRISON, 2002) como sobreviventes². Os familiares (ou sobreviventes) são tomados pelo sentimento de culpa por não terem identificado a gravidade da situação a tempo de evitar que a morte ocorresse. Em geral, não falam sobre o fato, nem mesmo entre os parentes. Por ser a morte autoinfligida um tema tabu em nossa sociedade, há um silêncio sobre o fenômeno que torna mais difícil a possibilidade de elaboração subjetiva da experiência traumática e do próprio luto inerente à perda. O trecho a seguir, depoimento de uma sobrevivente, ilustra essa ideia: “esse é um tema difícil de falar, de pensar e de esquecer” (MINAYO et al., 2011, p. 13). Daí a importância de um Programa de Prevenção do Suicídio, como o de Candelária, que inclui, na sua linha de cuidado, os sobreviventes.

Mas voltemos à noção de evento crítico. Para melhor delinear essa noção, tomaremos de empréstimo a compreensão de Foucault (1996, p. 54) acerca do acontecimento discursivo que, segundo o autor: “[...] produz-se como efeito de e em uma dispersão material”. Se fizermos a transposição dessa ideia para a noção de evento crítico, podemos dizer, então, que o evento crítico produz, como efeito de

² O interessante é que o termo sobrevivente também é utilizado na antropologia para designar aqueles que sobrevivem à morte – não necessariamente por suicídio –, de um membro de sua comunidade (RODRIGUES, 2006).

dispersão, outros tantos acontecimentos que se efetivam no âmbito da materialidade. Nos casos de suicídio, assim como em outros eventos impactantes, é possível evidenciar alguns desses acontecimentos. Não são pouco frequentes, por exemplo, situações em que, após a morte do idoso, ocorre, por decisão dos familiares, a destruição da casa e abandono do local, o desterramento da árvore que serviu de suporte para o enforcamento ou a modificação dos cômodos da residência. A supressão, no campo material, de tudo que estiver diretamente relacionado com o evento crítico parece cumprir uma dupla função. Primeiramente, a eliminação dos vestígios referentes à morte pode significar uma tentativa desesperada de apagar da memória a cena trágica. O paradoxal, nesse caso, é que o “espaço vazio” também constitui um significante capaz de evocar a lembrança da tragédia. Em segundo lugar, esses acontecimentos, como afirma Rodrigues (2006), servem para concretizar a morte do ente querido nas consciências. As lembranças ainda muito vividas daquele que morreu lhe garantem certa permanência no mundo, “e esta presença só arrefece aos poucos, lentamente, por meio de uma série de dilaceramentos de que são vítimas os sobreviventes” (RODRIGUES, 2006, p. 29).

Este é um aspecto importante de observarmos: a morte física não coincide com a morte do indivíduo no campo social. O evento da morte, ainda que não possa ser negado enquanto acontecimento derradeiro, pode não significar o aniquilamento do ser. A crença na sobrevivência do duplo (alma, espírito) em outra esfera (umbral, céu, inferno, reino dos ancestrais) aparece em diferentes religiões e culturas. Os ritos funerários, segundo Rodrigues (2006), podem ser interpretados a partir de três fases: a separação, a liminaridade e a reintegração. A separação, como o próprio nome sugere, refere-se ao “trabalho simbólico de desligamento do morto dos domínios dos vivos” (RODRIGUES, 2006, p. 43). O ato de inumação é uma forma de expressar esse trabalho simbólico. A liminariedade corresponde ao período intermediário no qual o morto ainda transita entre os dois mundos. Na reintegração, ocorre o fechamento do processo, quando, então, o morto atinge o fim de sua jornada e passa a pertencer a outro mundo. Nesse momento, os sobreviventes podem voltar “à vida normal e o grupo se recobra, restabelece sua paz e se reafirma” (RODRIGUES, 2006, p. 43).

Essa última fase é mais difícil de ser alcançada pelos sobreviventes quando ocorre a morte autoprovocada. O suicídio, conforme Barrero (2012), nunca é uma

“boa morte”. Para o psiquiatra cubano, a “boa morte” seria aquela em que os familiares, após um período de luto, podem retomar suas vidas e guardar na memória as melhores lembranças da pessoa que faleceu. O suicídio, de certa forma, rouba essa possibilidade e subverte uma expectativa socialmente construída de que a morte é o curso “natural” da vida. De um modo geral, os familiares (ou sobreviventes) têm dificuldade para entender os motivos que levaram a pessoa a terminar com a própria vida. Diante desse fenômeno, a reação mais comum é de perplexidade. Os sobreviventes experimentam sentimentos contraditórios em relação à pessoa que morreu, tais como raiva, amor, indignação, culpa e tristeza. É interessante que, ao investigarmos o significado da palavra perplexidade, encontramos a associação do vocábulo a um estado de incerteza, dúvida e hesitação (FERREIRA, 2004) que, de certo modo, dificulta a mobilização de recursos subjetivos para a ação. Essa dificuldade aparece na fala de alguns sobreviventes que, após o ocorrido, não conseguem retomar as atividades cotidianas, como o trabalho e os estudos. Há também situações em que um ou mais membros da família adoecem psicologicamente.

Como podemos constatar, um evento crítico dessa magnitude, além das marcas subjetivas (psicológicas), tem um impacto social. Os efeitos podem afetar também as equipes socorristas (bombeiros, policiais e paramédicos), que entram em contato com a dor e o desespero dos familiares na cena da morte, e nos profissionais de saúde, que muitas vezes se sentem “culpados” por não terem conseguido impedir o desfecho trágico. Cada óbito por suicídio, em média, afeta no mínimo seis pessoas (WHO, 2000). Os prejuízos são difíceis de dimensionar e podem ter diferentes formas de expressão.

Ainda sobre o impacto social, sabemos que a divulgação de um suicídio aumenta a ocorrência de outros casos. A noção de “suicídio contagioso” tem sido utilizada para explicar esses acontecimentos em série. Entretanto, a morte autoinfligida poderia ser pensada como uma saída culturalmente construída diante de situações-limite, de extremo sofrimento e dificuldade, com a qual a sociedade se mostra bastante complacente. Em Venâncio Aires, São Lourenço do Sul e Candelária, municípios do Rio Grande do Sul, as taxas de suicídio da população em geral e entre idosos são tão altas (ver tabela - Anexo A) que os moradores parecem não se surpreender mais com a ocorrência de novos casos. A maior “familiaridade”

da população com o fenômeno não significa ausência de sofrimento e de todas as consequências que uma morte nessas condições pode acarretar. A alta incidência de casos nos leva a supor que a escolha pela antecipação da morte prefigure, no campo de possibilidades, uma saída socialmente viável diante de um contexto de vida sombrio. Ainda que essa escolha deva ser pensada a partir do registro biográfico, ela indiscutivelmente reflete um sistema de referência cultural e simbólico compartilhado e “difundido através da miríade de interações em que se trama a vida social” (GAIGER, 1999, p. 77).

Assim, parece oportuno estudar, por meio desta pesquisa acadêmica, os valores, comunicados pelo sistema de referência cultural e simbólico, característicos de um espaço social eminentemente agrário, com forte influência da colonização alemã, para compreender as mortes de idosos por suicídio nos municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul e pensar estratégias de prevenção de um evento crítico como esse, cujos efeitos de dispersão produzem um impacto social de ampla magnitude. A hipótese que subjaz ao objeto de pesquisa é que existe um componente suicida implícito nesse sistema de referência, uma vez que a dignidade, a honradez e o valor do ser humano parecem estar alinhados a uma vida dedicada ao trabalho na terra, ao esforço em dela tirar o sustento e à manutenção, mesmo na velhice, de certa autonomia que possa garantir ao idoso não ser um estorvo para os familiares. Logo, a interrupção da vida produtiva, em função das dificuldades trazidas pelo envelhecimento, seria um fator de vulnerabilidade para o idoso nessas localidades.

A hipótese em questão foi formulada após o contato com as autópsias psicossociais de 15 idosos que se suicidaram nos municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul. Chama atenção, nesses casos, o fato de que todos os idosos eram agricultores ou pequenos produtores rurais e que muitos escolheram o galpão como local para cometer o suicídio. Na zona rural, esse espaço está associado à atividade produtiva e costuma ser utilizado para guardar as ferramentas de trabalho e os defensivos agrícolas, além da armazenagem da colheita. O suicídio, como sabemos, é um ato humano que carrega em si inúmeros significados – entre eles, na visão de Dejours e Bègue (2010), a denúncia de um mal-estar em relação ao local eleito para a sua perpetração. Com isso, não pretendo afirmar que há uma relação direta entre o suicídio e o trabalho, o que seria uma

abordagem simplificadora do fenômeno, mas levantar a hipótese de uma possível associação do suicídio de idosos com um sistema de referência cultural e simbólico no qual o valor do trabalho ocupa uma posição de destaque.

Segundo Durkheim (1897/2000, p. 392), “cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do tributo que paga à morte voluntária”. A partir dessa perspectiva, caberia lançar como perguntas de investigação: de que maneira os idosos estão sendo convocados a pagar esse tributo? Que valores, comunicados pelo sistema de referência cultural e simbólico, poderiam estar intervindo nos casos de suicídios de idosos? Quais os efeitos desse evento crítico na vida dos sobreviventes? Como construir estratégias para a prevenção do suicídio de idosos? Penso que essas e outras questões indicam a relevância, para um Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, de transformar em objeto de estudo o tema do suicídio em idosos. Assim, serão apresentados, a seguir, os objetivos deste trabalho de pesquisa.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Compreender o processo social em que os suicídios dos idosos ocorreram e os efeitos desses eventos críticos na vida dos sobreviventes e da comunidade.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar e tipificar os casos de suicídio de idosos no contexto social e cultural dos municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul.

Discriminar as práticas sociais associadas ao suicídio que o configuram como um evento crítico com impacto social de ampla magnitude.

Analisar os recursos utilizados pelos sobreviventes para lidar com a perda do idoso por suicídio com o intuito de pensar estratégias de prevenção no campo da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O tema do suicídio pode ser abordado sob diferentes perspectivas. Serão apresentadas, neste momento, apenas três vertentes teóricas: a biológica, que, de certa forma, fundamenta a psiquiatria tradicional; a psicanalítica, a partir da teoria freudiana; e a sociológica, aqui representada por dois grandes nomes na formação da Sociologia Moderna: Durkheim (1858-1917) e Marx (1818-1883). Além das teses desenvolvidas por esses dois autores acerca do suicídio, serão contemplados ainda alguns fundamentos da sociologia compreensiva que possibilitam a apreensão de sentido para ação humana e, mais especificamente neste estudo, para o comportamento suicida.

2.1 VERTENTE BIOLÓGICA

Há uma significativa correlação entre doenças e transtornos mentais em suicídios de idosos. Segundo Minayo e Cavalcante (2010), estudos que reúnem informações *post mortem* apontam que entre 71% e 95% dos idosos que cometeram suicídio preenchem critérios diagnósticos para algum transtorno psiquiátrico (DSMIV). Esse índice é corroborado por outros estudos que indicaram que 77% dos idosos suicidas tinham algum transtorno mental, sendo que em 66% dos casos tratava-se de um diagnóstico de depressão.

A depressão, um dos mais conhecidos transtornos de humor, caracteriza-se por um quadro clínico que se manifesta pelo rebaixamento do humor, a redução da energia e a diminuição da atividade. Há também perda na capacidade de experimentar prazer, diminuição da concentração e fadiga acentuada após um esforço mínimo. Observa-se quase sempre diminuição da autoestima e da autoconfiança, sentimentos de culpa e de indignidade. Em geral, aparecem problemas de sono, modificações no apetite e perda da libido. A quantidade de sintomas e a intensidade deles permitem determinar o grau do episódio depressivo: leve, moderado ou grave. Em sua forma mais grave, vários sintomas antes descritos tornam-se mais acentuados e são acrescidos de ideias e/ou atos suicidas (CID-10).

Essa vertente aponta como uma das principais explicações etiológicas para os transtornos de humor as alterações neuroquímicas, relacionadas principalmente a uma menor produção e disponibilidade no cérebro de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e/ou dopamina. Embora essa vertente seja criticada por seu reducionismo biológico, podemos, em parte, ampliar seu escopo explicativo se pensarmos que essas alterações neuroquímicas refletem o tipo de resposta do organismo (desgaste) diante das exigências do meio social. Dessa forma, mesmo na perspectiva mais biologicista as questões sociais não estão apartadas. As possibilidades de vida oferecidas em nossa sociedade aos idosos condicionam o modo pelo qual eles adoecem e morrem. Alguns estudos, inclusive, mostram que fatores situacionais, frequentes na vida das pessoas mais velhas, podem desencadear um quadro depressivo. Entre eles, os mais mencionados são: o processo de aposentadoria, por significar, em muitos casos, a perda do *status* e da função social, a morte de um cônjuge, filho(s) e amigos, o isolamento social e a privação do espaço da casa quando o idoso não consegue mais viver sozinho e precisa morar com um filho ou outro familiar.

Outro aspecto importante é o diagnóstico de uma enfermidade física grave ou terminal (câncer, alguns problemas no sistema nervoso central e complicações cardiovasculares), que também pode levar os idosos à depressão. A ideação suicida ou as tentativas de suicídio, nesses casos, não estão em relação direta com a enfermidade, mas com o estado depressivo que acompanha a dor física, o medo do prolongamento da vida sem dignidade, a sensação de incapacidade e dependência ou o temor de ser um incômodo financeiro e afetivo para os familiares. Mais uma vez, podemos constatar que a depressão, sem o tratamento adequado, acaba sendo um fator de risco e não se encontra dissociada das condições atuais de vida dos idosos. Cabe ressaltar que um fator de risco não deve ser considerado a causa do suicídio.

Além das condições atuais, a história pregressa, o tipo de trabalho desempenhado pelo idoso durante os anos de vida produtiva, poderá determinar o processo de saúde, adoecimento e morte na velhice. Nos municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, onde há predomínio de cultivo do tabaco, as taxas de suicídio, inclusive entre idosos, são muito elevadas. Alguns estudiosos trabalham com a hipótese de que essas mortes

estariam relacionadas com a utilização indiscriminada, durante o ciclo produtivo do fumo, de diversos agrotóxicos, como herbicidas, inseticidas, fungicidas e antibrotantes. Venâncio Aires chegou a apresentar, em 1979, um coeficiente de mortalidade por suicídio na população geral de 48,29 por 100.000 habitantes, superando o recorde mundial alcançado pela Lituânia, em 1992, de 42,1/100.000. Em 1995, teve um coeficiente de 37,22/100.000, superando em dez vezes a média brasileira e a de muitos países.

Num importante estudo realizado no município de Venâncio Aires, Falk et al. (1996) atribuíram à exposição continuada aos agrotóxicos organofosforados, amplamente utilizados nas plantações de fumo, o surgimento de síndromes cerebrais orgânicas ou doenças mentais de origem não psicológica que estariam ocasionando, entre os agricultores, as mortes por suicídio. Esse estudo teve grande repercussão no país e, de certa forma, chamou a atenção da sociedade para a subserviência dos produtores em relação à indústria fumageira. Eles recebem as sementes e pagam um preço elevado pelos agrotóxicos. Toda a produção pertence à empresa que determina, ao final de quase um ano de trabalho, o valor da safra. Em geral, os produtores não têm consciência dos riscos à saúde a que estão expostos ao utilizarem os agrotóxicos. Muitos, de origem germânica, não dominam a língua portuguesa, ou são analfabetos, e têm dificuldade para compreender os rótulos e as medidas de proteção necessárias para o manuseio dos produtos. Em função do calor e dos altos custos dos equipamentos de proteção, não utilizam luvas, máscaras e botas, ficando, assim, mais vulneráveis à intoxicação (PERES, 2011). Quando adoecem, a empresa não renova o contrato e os culpabiliza por não terem utilizado os meios de proteção adequados.

Hoje em dia, diferentemente do período em que o estudo foi realizado, mais informações são divulgadas sobre os problemas de saúde decorrentes da utilização dos agrotóxicos. A exposição continuada a inseticidas organofosforados – que são absorvidos pelo organismo através da inalação, ingestão e/ou exposição dérmica – pode ocasionar três tipos de distúrbios: polineuropatia retardada, síndrome intermediária e alterações neurocomportamentais. Na polineuropatia, além da fraqueza progressiva, ocorre a perda de coordenação dos movimentos nas pernas, que pode levar à paralisia dos membros inferiores. Os sintomas mais frequentes da síndrome intermediária são diarreia intensa e paralisia dos músculos do pescoço,

das pernas e da respiração, que, no episódio agudo, pode ocasionar o óbito. Quanto às alterações neurocomportamentais, observam-se: modificações no sono, ansiedade, dificuldade de concentração, apatia, irritabilidade e depressão (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Embora seja difícil comprovar a relação entre o uso de agrotóxicos e os casos de suicídio, os dados do município de São Lourenço do Sul, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, apontam para essa hipótese. No período de 2003 a 2010, foram registrados 50 casos de suicídio no município, dos quais 29 eram agricultores, 3 foram identificados como trabalhadores rurais e 1 como trabalhador agropecuário. Com isso, 66% das mortes autoinfligidas ocorreram entre pessoas que provavelmente tinham contato com agrotóxicos.

Além dos riscos à saúde inerentes ao uso intensivo de agrotóxicos, os agricultores que trabalham no cultivo do fumo estão expostos à nicotina. A doença da folha verde do tabaco (DFVT) é uma intoxicação aguda causada pela absorção dérmica da nicotina em função do manuseio das folhas de fumo. Durante o período da colheita, a exposição é intensificada, já que as folhas são extraídas manualmente e carregadas junto ao corpo até o local de processamento. A umidade potencializa a absorção pela pele, por isso o contato com as folhas molhadas pela chuva ou pelo orvalho aumenta o risco de intoxicação. O próprio suor da pele também favorece a absorção. Apesar de o Brasil ser o segundo maior produtor de tabaco do mundo, a doença só foi confirmada no país recentemente, em um estudo realizado por Oliveira et al. (2010), com a participação do Ministério da Saúde. Os sinais e sintomas frequentemente referidos pelos agricultores que participaram do estudo foram: vômito, náuseas, dor de cabeça e tonturas.

2.2 VERTENTE PSICANALÍTICA

Ainda que a psicanálise não seja o enfoque deste estudo, penso que seria oportuno apresentar de forma breve as contribuições da teoria freudiana acerca do comportamento suicida. Para atingir esse propósito, será preciso retomar alguns conceitos que sustentam a afirmação do próprio Freud (1926) de que “toda a vida conjuga o desejo de manter-se e o desejo da própria destruição”. De certa forma, essa passagem sintetiza a última versão da teoria pulsional por ele proposta. De

acordo com esse modelo teórico, existiriam, no aparelho psíquico de todos os seres humanos, duas forças contrárias em constante interação: a pulsão de vida (Eros) e a pulsão de morte (Tanatos).

Em *Além do princípio do prazer* (1920/1987), Freud propôs a existência da pulsão de morte para, entre outros motivos, explicar os fenômenos de repetição, que não podiam ser reduzidos “à busca de uma satisfação libidinal ou a uma simples tentativa de dominar as experiências desagradáveis” (ASNIS, 2013, p. 40). Ele se questionava sobre os motivos que levariam as pessoas a se colocarem de modo recorrente em situações dolorosas. Certamente, essa força estaria além do princípio do prazer e a ele se oporia. A pulsão de morte não só o ajudou a dar uma resposta ao enigma da compulsão à repetição como a resolver as questões referentes ao sadismo e masoquismo presentes em alguns quadros clínicos. Porém, acima de tudo, esse construto, fonte de inúmeras controvérsias no meio psicanalítico, possibilitou compreender as manifestações humanas de agressividade, destrutividade e ódio.

Existiria, ao lado dos estímulos externos, “outra fonte excitatória interna e constante” (ASNIS, 2013, p. 35), que Freud denominou de pulsão, da qual o indivíduo não poderá responder se afastando. A palavra pulsão foi utilizada para traduzir o vocábulo alemão *trieb*, substantivo do verbo, em alemão, *treiben* que pode ser traduzido em português pelos verbos impulsionar e impelir. Talvez a melhor tradução para *trieb* seria impulso, mas o termo pulsão foi o que se consagrou na literatura psicanalítica brasileira. Esse termo tem um sentido bastante preciso na obra freudiana, que o diferencia da noção de instinto. A tradução de *trieb* por instinto, como aparece em alguns textos, pode levar a uma interpretação equivocada, já que palavra tem um forte apelo à Biologia e descreve um processo programado no nível do corpo, enquanto que a pulsão é “um conceito-limite entre o somático e o psíquico” (KUPFER, 1995, p. 39). Isso porque a pulsão surge de uma excitação corporal; logo, tem uma fonte somática, mas se apresenta ao indivíduo por meio de uma representação no psiquismo. Os instintos são inatos e inalteráveis, enquanto que as pulsões, longe de um pré-determinismo, podem obter satisfação em uma gama de objetos, de acordo com os aspectos culturais – é o que ocorre, por exemplo, no caso da pulsão sexual, que pode encontrar a satisfação por meio de

qualquer objeto (uma mulher ou uma peça do seu vestuário, como ocorre no fetichismo), já que não tem as fixações do instinto.

Mas retomemos o modelo do dualismo pulsional. As pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais, segundo essa perspectiva teórica, estariam a serviço da vida, de Eros, voltadas para a preservação do indivíduo e da espécie, respectivamente. Já a pulsão de morte, presente na tendência à repetição, teria a propriedade de transportar o organismo a um estado anterior, inicial de quietude, ou seja, de fazer com que o organismo volte ao estado de inércia, de ausência de tensões. Logo, em última análise, podemos concluir que, do ponto de vista filosófico, “a finalidade de toda a vida é a morte” (KUSNETZOFF, 1982, p. 149). Se a pulsão de vida é uma força construtiva que tende a formar organismos cada vez mais complexos, a pulsão de morte, por meio de sua força destrutiva, conduz o ser vivo ao estado inorgânico. Segundo Asnis (2013), as pulsões de autoconservação teriam a função de assegurar que a morte nos chegue de forma “natural” e que não abreviemos a vida por meio do suicídio.

Conforme o modelo freudiano, as pulsões de morte podem ser direcionadas ao mundo externo, sob a forma de agressão e destrutividade, ou ao mundo interno, sob a forma de autodestruição. Nunca apareceriam em estado puro, mas fusionadas, mesmo que minimamente, a Eros, o que daria o contorno sádico ou masoquista em seu modo de expressão. Elas ainda podem ser sublimadas e, com isso, trabalhar a favor dos mais elevados valores da cultura humana. Segundo Asnis (2013, p. 46), a saúde mental, nessa perspectiva teórica, depende não apenas da neutralização de Tanatos por Eros, mas da “qualidade das operações sublimatórias do indivíduo em relação aos seus componentes sadomasoquistas”. Desse jogo de força entre as duas pulsões, assim como da influência dos aspectos culturais, é que dependerá a organização ou a desestruturação do psiquismo.

Ainda que, para Freud (1915/1987), a agressividade seja inerente à condição humana, ele não exclui o poder de interferência do meio exterior no destino dessa tendência. Os impulsos humanos considerados nocivos pela sociedade, como o egoísmo e a crueldade, podem, por força da educação e da cultura, ser transformados em altruísmo e piedade. A criança que cresce em um ambiente com características de amorosidade poderá mais facilmente desenvolver a capacidade

de compaixão e, com isso, mitigar o predomínio das pulsões agressivas, favorecendo, assim, a manifestação de laços fraternos e de solidariedade. A civilização impõe uma série de renúncias à satisfação das pulsões agressivas como também à satisfação das pulsões sexuais. Desse embate inevitável com a cultura advém o que Freud (1930/1987, p. 137) denominou de mal-estar na civilização: “Se a civilização impõe sacrifícios tão grandes, não apenas à sexualidade do homem, mas também à sua agressividade, podemos compreender melhor porque lhe é difícil ser feliz nessa civilização”.

A fração da pulsão de morte que se liga ao superego³ dá origem ao masoquismo moral e origina o sentimento de culpa. O masoquismo, segundo Asnis (2013), provém de uma complexa combinação de forças que mobilizam as diferentes instâncias psíquicas, as pulsões e o meio externo. Nesses casos, o indivíduo buscará o sofrimento que ele julga merecer por meio de um objeto externo ou do próprio mundo interno, quando o superego se torna implacavelmente sádico e punitivo. Esse padrão de funcionamento, além de causar extremo sofrimento, poderá desencadear comportamentos autodestrutivos entre os quais o suicídio figura como a sua máxima forma de expressão.

Em *Luto e melancolia*, Freud (1917/1987) apresenta o suicídio como uma forma de autopunição que surge de um desejo de morte direcionado a outrem e que se volta contra o próprio indivíduo. As principais características da melancolia são o desânimo profundo, a perda de interesse pelo mundo externo, a impossibilidade de adotar um novo objeto de amor, a inibição de toda atividade e o prejuízo na autoestima a tal ponto que o indivíduo passa a se autorrecriminar e autoenvilecer em público sem o menor constrangimento. O curioso é que, com exceção dos prejuízos na autoestima, as demais características são as mesmas do processo de luto, que é uma reação esperada diante da perda de alguém que se ama. O luto, de modo diverso da melancolia, não se constitui em um quadro patológico e, com o passar do tempo, tende naturalmente a se dissipar.

Na melancolia, a perda de um objeto amado ocorre não necessariamente em função de uma morte. Por vezes, o que está em questão é o término de um

³ Segundo Kusnetzoff (1982), o superego, uma das instâncias do aparelho psíquico, subdivide-se em Ideal de Ego e Superego propriamente dito. Enquanto o Ideal de Ego indica o que devemos ser, o Superego se manifesta sob a forma de impedimentos, entre os quais está a proibição do incesto.

relacionamento. O melancólico “sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém” (FREUD, 1917/1987, p. 278), o que sugere que essa perda não é totalmente consciente. Diferentemente do que ocorre no luto, em que não há nada inconsciente em relação à perda. Outro aspecto que diferencia os dois processos é que no luto o mundo fica empobrecido, enquanto que na melancolia o ego é que se torna pobre e vazio. Isso ocorre porque o ego se identifica com o objeto perdido, e as recriminações e os ataques que seriam desferidos contra o objeto acabam sendo deslocados para o próprio ego do paciente. Segundo Freud (1917/1987, p. 284), é justamente “esse sadismo, que soluciona a tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante – e tão perigosa”. Por isso, o suicídio, em um quadro de melancolia, para a psicanálise, seria sempre um impulso homicida que se volta contra o indivíduo. Nessa perspectiva, o indivíduo mata a si mesmo para não matar a outrem.

Então, o que fazer para prevenir o suicídio, se o comportamento autodestrutivo é o resultado, entre outros fatores, da ação dos impulsos agressivos que teriam um substrato orgânico e que não podem ser eliminados? Ainda que Freud (1933/1987) não tenha respondido a essa questão de modo direto, podemos encontrar algumas pistas sobre esse tema em seus textos e, de modo especial, na carta endereçada a Einstein, em 1932, na qual o estudioso discorre sobre a pulsão de morte. Na ocasião, por uma iniciativa da Liga das Nações e do Instituto Internacional para Cooperação Intelectual, cientistas renomados debateram, por meio de correspondência, temas que eram considerados relevantes para o desenvolvimento das nações.

Ao abordar a disposição do ser humano para o conflito, Freud (1933/1987, p. 255), nessa carta, reafirma sua posição de que não é possível eliminar os impulsos agressivos do homem, apenas “pode-se tentar desviá-los num grau tal que não necessitem encontrar expressão na guerra”. Disso podemos inferir, seguindo a mesma lógica de raciocínio, que os impulsos agressivos podem ser desviados de seu fim para que não necessitem encontrar, também, expressão em comportamentos autodestrutivos, como é o caso da conduta suicida. De que maneira seria, então, possível desviá-los do fim destrutivo? O estudioso é categórico ao responder que isso somente é possível contrapondo-os a Eros, pois, “tudo o que estimula o crescimento da civilização trabalha simultaneamente contra a guerra”

(FREUD, 1933/1987, p. 259). A palavra civilização está, aqui, associada ao desenvolvimento intelectual e a renúncia da pulsão de morte, mas poderia englobar outros valores vinculados a Eros, como sugere Asnis (2013, p. 54): “[...] os ódios somente poderão ser mitigados pela qualidade dos afetos amorosos, pela presença da compaixão e tolerância consigo mesmo e com o semelhante”.

2.3 VERTENTE SOCIOLÓGICA

Nessa seção do texto, o tema do suicídio será abordado sob a perspectiva sociológica, a partir do estudo de autores clássicos, como Marx (2006) e Durkheim (2000). Ambos, em momentos diferentes de suas trajetórias intelectuais, voltaram sua atenção para a influência de fatores sociais na ocorrência desse fenômeno. O estudo comparativo dessas produções⁴ – que serão aqui apresentadas – nos permite identificar mais pontos de afastamento que de aproximação entre eles. As divergências teóricas nos colocam diante de alguns impasses que, de certa forma, podem ser contornados, como veremos, com as contribuições da sociologia compreensiva de Weber (1983) e seus seguidores.

Ainda que a visão de sociedade preconizada por Durkheim (2000) seja objeto de inúmeras críticas, é indiscutível a relevância de sua obra *O suicídio: estudo de sociologia*, publicada em 1897, para uma primeira abordagem do tema. Sua principal contribuição, nesse estudo, foi demonstrar que mesmo no gesto aparentemente mais íntimo e pessoal, como é o ato suicida, o social se faz presente. É interessante que meio século antes dessa publicação, Karl Marx havia escrito um ensaio sobre o mesmo tema, desvelando as relações existentes entre o suicídio e os fatores sociais. No texto, intitulado *Peuchet: sobre o suicídio*, publicado em 1846, Marx (2006) formula uma profunda crítica à sociedade moderna. Sem a repercussão obtida pela obra de Durkheim (2000), considerada o mais importante estudo clássico sobre o suicídio, o texto de Marx (2006) restou quase esquecido, e ainda hoje continua pouco divulgado (RODRIGUES, 2009).

⁴ Cabe ressaltar que são as concepções de mundo, presentes no ensaio intitulado *Peuchet: sobre o suicídio*, de Karl Marx (1846/2006), e no livro *O suicídio: um estudo sociológico*, de Émile Durkheim (1897/2000), que serão comparadas e não o peso de cada obra na trajetória intelectual de seus autores.

2.3.1 O suicídio em Marx

Foi durante o exílio em Bruxelas, período de intensa produção intelectual, que o jovem Marx (1846) publicou *Peuchet: sobre o suicídio*. A natureza desse ensaio, segundo Löwy (2006), o diferencia do restante da produção de seu autor por se tratar, entre outras características, de uma peça composta, em sua maior parte, por excertos traduzidos para o alemão do livro de memórias de Jacques Peuchet (1758–1830). Os trechos foram retirados do capítulo “Du suicide et des ses causes”, no qual o ex-diretor dos Arquivos da Polícia de Paris narra casos de suicídio que ele próprio pôde acompanhar no exercício de sua atividade. Aos apontamentos do autor francês, Marx (1846/2006) insere seus comentários sem estabelecer entre eles uma distinção, de modo que o ensaio pareça, aos olhos do leitor, um texto homogêneo.

Nos anos em que trabalhou no departamento de Polícia, o número crescente de suicídios chamou a atenção de Peuchet, que passou a buscar as causas desse mal. Seu estudo, expresso em um dos capítulos de memórias, é uma análise das relações e comportamentos degradantes na sociedade da época (JINKINGS, 2006). Certamente, o interesse de Marx por esse capítulo deve-se mais à crítica social nele presente – da qual compartilha – que ao tema propriamente do suicídio (LÖWY, 2006). Tal crítica da realidade aparece em diferentes trechos do texto, como este a seguir: “Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevêê-lo?” (MARX, 2006, p. 28).

Essa forma de crítica da modernidade, segundo Löwy (2006), característica do romantismo, impressionou o jovem Marx, que já havia confessado ter aprendido mais sobre a sociedade burguesa com os romances de Balzac que nos inúmeros tratados de economia. O romantismo, na concepção de Marx, longe de ser apenas uma escola literária, constituía-se em uma forma de protesto contra o racionalismo cultuado na sociedade moderna. Peuchet, sob a influência dos pensadores românticos, imprime um estilo semiliterário no registro das histórias de suicídio por meio das quais possibilitou a Marx uma aproximação com as “manifestações de injustiça social que não são diretamente econômicas, mas dizem respeito à vida privada de indivíduos não proletários” (LÖWY, 2006, p. 17). Entre os vários registros,

Marx (2006) selecionou quatro casos de suicídio, dos quais três vítimas eram mulheres.

No primeiro caso, a jovem, filha de um alfaiate, após passar a noite anterior ao seu casamento com o noivo, é levada ao suicídio pelos pais que a insultam publicamente com os piores improperios. Envergonhada e humilhada diante dos padrinhos e da vizinhança, ela resolve pôr fim à própria vida no rio Sena. Para Marx (2006, p. 32), as “pessoas mais covardes, as mais incapazes de se contrapor, tornam-se intolerantes assim que podem lançar mão de sua autoridade” contra as mais fracas que elas. Nesse caso, o abuso covarde do pátrio poder é entendido, pelo autor, como uma forma de desforra praticada pelos indivíduos submetidos a uma posição servil na sociedade.

O segundo episódio de suicídio, também por afogamento, ocorreu com uma mulher da alta sociedade que era considerada muito bonita. O marido, transtornado pelo ciúme, a matinha prisioneira em sua propriedade. O isolamento social e as frequentes acusações do esposo levaram-na ao desespero, que resultou em sua morte. Essa história retrata o poder absoluto dos homens sobre suas esposas. O “Código Civil [...] autoriza o marido ciumento a andar por aí com sua mulher acorrentada como o avarento com seu cofre, pois ela representa apenas uma parte de seu inventário” (MARX, 2006, p. 37).

A terceira vítima, sobrinha de um banqueiro parisiense, tentou realizar um aborto para evitar que as pessoas soubessem que havia sido “desonrada”, mas o médico a quem recorreu negou-lhe auxílio. Sem poder revelar a identidade do pai da criança à tia, que a acolhera em sua casa após o falecimento da mãe, ela planejou a própria morte para que parecesse um acidente. Segundo Marx (2006, p. 48), o suicídio, nesse caso, assim como em outros, foi o “último recurso contra os males da vida privada”.

A quarta narrativa conta o drama de um homem que trabalhava na Guarda Real. Dispensado do serviço e sem conseguir uma recolocação, deixou-se abater por uma profunda tristeza. Como não podia mais ocupar o papel de provedor da família, preferiu morrer para não sobrecarregar a esposa, que costurava para fora juntamente com as filhas. Em seu bolso foi encontrada uma carta, na qual recomendava suas filhas à duquesa de Angoulême e pedia-lhe que tivesse piedade

diante de tanta miséria. A nobre senhora, após o incidente, fez com que fosse entregue à família a quantia de 600 francos. Quanto à pauperização, um dos flagelos do capitalismo que assombra o indivíduo moderno, Marx (2006, p. 27) comenta:

[...] quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada [...] por nossas leis e nossos costumes em geral.

O conjunto de casos apresentados indica que a crítica de Marx (2006) à sociedade burguesa ultrapassa os aspectos da exploração econômica, tema recorrente em seu legado. Ela assume, segundo Löwy (2006), um caráter ético e social, ao denunciar, principalmente nos três primeiros casos, o sofrimento das mulheres de diferentes classes sociais. Elas aparecem como vítimas de um poder despótico que subsiste nas famílias modernas, um tipo de tirania que, segundo Marx (2006), a Revolução Francesa não conseguiu derrubar. Na visão de Löwy (2006), o protesto contra o patriarcado, a submissão das mulheres e a estrutura opressiva da família moderna fazem desse ensaio uma peça única.

Cabem, aqui, algumas considerações sobre essa forma de organização familiar moderna, também denominada de família nuclear burguesa, ainda que Marx (2006), nesse ensaio, não tenha se detido especificamente sobre suas características. Esse modelo familiar, originário da burguesia, surgiu, na Europa, em meados do século XVIII, e, aos poucos, passou a ser adotado pelas demais classes sociais. Nele prevalecia o casamento monogâmico, principalmente para a mulher, já que o Código Napoleônico, promulgado em 1804, concedia ao homem o direito à infidelidade, desde que a concubina não compartilhasse o domicílio conjugal (ENGELS, 1984). Essa forma de matrimônio, que tinha por finalidade assegurar a transmissão dos bens (herança) aos filhos legítimos do homem, restringia a atividade sexual da mulher ao âmbito do casamento. A virgindade feminina, nesse contexto, era considerada um atributo moral extremamente valorizado.

Segundo Engels (1984, p. 97), a família burguesa “baseia-se na escravidão doméstica, franca ou dissimulada, da mulher”. A educação dos filhos e a organização da vida familiar figuravam entre suas principais atribuições. A mulher deveria se submeter à autoridade do homem, como filha e, depois, esposa. A opressão da estrutura familiar em relação à mulher, causa de extremo sofrimento, desencadeava uma série de situações conflitantes, como as que levaram aos casos de suicídio.

2.3.2 O suicídio em Durkheim

A obra “*Le suicide*”, publicada em 1897, foi escrita em três volumes por Émile Durkheim. Na introdução, o estudioso apresenta ao leitor a definição do fenômeno que pretende estudar, denominando de “suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 14). No primeiro livro, intitulado *Os fatores extrassociais*, o autor demonstra sua força argumentativa. Consegue, com maestria, ancorado em dados empíricos, refutar as teses usuais que buscam explicar “as variações no número de suicídios com base em fatores psicológicos, biológicos, ‘raciais’, genéticos, climáticos ou geográficos” (DURKHEIM, 2000, p. XXV). Para exemplificar o caso específico dos estados psicopatológicos, o autor questiona a teoria corrente entre os alienistas de que a maioria dos suicidas tinha traços de alienação mental. Ele rompe com a associação natural que havia, na época, entre suicídio e loucura. Primeiro, ao mostrar que a ação deliberada de sacrificar a própria vida em nome da fé, em obediência às leis ou por qualquer outro nobre fim, não deixa de ser um ato suicida, evidenciando, dessa forma, a existência de pelo menos um tipo de suicídio que não pode ser atribuído à desrazão (loucura). Segundo, ao demonstrar que a taxa de suicídios é mais elevada nos países em que há menos loucos (doentes mentais).

O estudioso também rejeita o determinismo hereditário para explicar a propensão ao suicídio. Segundo ele, se houvesse uma origem hereditária, o fenômeno – que também não está ligado a questões sexuais, do contrário seria mais comum na puberdade – deveria apresentar uma distribuição mais igualitária entre os sexos, o que não ocorre, já que os dados estatísticos revelam uma maior incidência

na população masculina. Além disso, afirma que o suicídio, diferentemente de outras características geneticamente transmitidas, é uma tendência mais frequente na vida adulta, e sua probabilidade aumenta com o envelhecimento. Essa verificação veio corroborar sua hipótese de que o suicídio, antes de ser a manifestação de um “impulso congênito”, seria muito mais efeito da “ação progressiva da vida social” (DURKHEIM, 2000, p. 99) sobre o indivíduo.

Com igual rigor, Durkheim (2000) descarta a influência dos demais fatores (raciais, climáticos, geográficos), concluindo que cada um deles teria pouca ou quase nenhuma capacidade de explicar o fenômeno do suicídio. Para tanto, ele dispunha de um vasto material empírico do qual tirava subsídios para a construção de seus argumentos. Entre os documentos, há os relatórios oficiais do governo francês, como o recenseamento de 1891, os dados do Ministério da Justiça e do Exército e os Boletins Demográficos Internacionais, além de um extenso trabalho de pesquisa produzido por Marcel Mauss, que analisou 26 mil dossiês de casos de suicídios ocorridos na França, “classificando-os separadamente por idade, sexo, estado civil, presença ou ausência de filhos” (DURKHEIM, 2000, p. 7).

Por tomar a sociedade em seu conjunto, como objeto de estudo, Durkheim (2000) pôde comparar o número absoluto de suicídios nos diferentes países e perceber que este permanecia quase inalterado ao longo de um período não muito prolongado. Em intervalos mais longos, mesmo quando havia um aumento generalizado no número de suicídios, a diferença entre os países se mantinha proporcionalmente quase a mesma. Com isso, foi possível constatar que “cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria” (DURKHEIM, 2000, p. 392). A intensidade dessa disposição pode ser mensurada por meio da razão entre o número total de mortes voluntárias e a população em geral. A taxa de mortalidade-suicídio, como foi denominada, costuma ser calculada em relação a cem mil habitantes ou a um milhão.

No segundo livro – *Causas sociais e tipos sociais* –, considerado o mais importante da obra, Durkheim (2000) busca compreender, então, as determinações coletivas do suicídio. Para tanto, procura identificar os fatores sociais em função dos quais o suicídio sofreria variações. São deixadas de lado as razões comumente atribuídas ao suicídio ou alegadas pelo próprio suicida para justificar seu ato, já que

essas expressariam apenas “os pontos fracos do indivíduo, aqueles pelos quais se insinua mais facilmente a corrente que vem de fora incitá-lo a se destruir” (DURKHEIM, 2000, p. 174). Nesse trabalho, o autor investiga a influência da confissão religiosa, da sociedade matrimonial, familiar e política na determinação do suicídio.

No caso específico da confissão religiosa, após minuciosa análise dos dados, Durkheim (2000) verifica que a tendência ao suicídio entre os judeus sempre foi bem menor do que a dos protestantes e um pouco inferior a dos católicos. De um modo geral, esses resultados não poderiam ser explicados a partir da doutrina religiosa, já que as três religiões condenavam a conduta suicida. Ele observa também que a taxa de suicídio entre protestantes sofria uma redução nos países em que eles eram a minoria, sendo que o mesmo poderia ser observado quando os católicos estavam em menor número. Desse fenômeno, depreende que os grupos em desvantagem social tendem a ficar mais unidos para lidar com a hostilidade da sociedade circundante. A coesão interna do grupo funcionaria como um fator de proteção contra o suicídio. O mesmo princípio de entendimento poderia ser aplicado à sociedade matrimonial, familiar e política.

O conceito de integração permitiu a Durkheim (2000, p. 258) edificar sua teoria acerca do suicídio e formular a seguinte proposição: “[...] o suicídio varia em razão inversa ao grau de integração dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte”. Isso porque quanto mais estreitos forem os laços entre os membros de uma comunidade, maior a influência do coletivo sobre o individual. Logo, menores serão as chances do indivíduo ficar à mercê de seus próprios desejos. A maior coesão do grupo deixa, de certa forma, pouco espaço para o exercício das liberdades individuais e para a autorreflexão, diminuindo, assim, a propensão dos indivíduos a atos autodestrutivos. Foi a partir dessa ideia que o autor estabeleceu uma tipologia do suicídio segundo suas causas: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico.

Se a forte integração da sociedade exerce uma influência “benéfica” sobre o indivíduo, não lhe permitindo dispor da própria vida, a desagregação desta tem consequências nefastas. O enfraquecimento dos vínculos sociais coloca o indivíduo em uma posição de desamparo moral. Sem ter que submeter seus interesses

privados à coletividade, encontra-se em um processo de individuação excessiva – daí a associação com a ideia de egoísmo. “Se, nesse caso, o vínculo que liga o homem à vida se solta, é porque o próprio vínculo que o liga à sociedade se afrouxou” (DURKHEIM, 2000, p. 266). Se os laços familiares já não são suficientemente fortes para o indivíduo continuar vivendo, nem o engajamento político ou religioso o conectam mais com a vida, qualquer motivo pode ser um pretexto para dar um fim à existência. O suicídio resultante desse estado de isolamento foi denominado, por Durkheim (2000), de egoísta.

De modo diverso ao suicídio egoísta, que ocorre pelo excesso de individuação, o suicídio altruísta é consequência de uma individuação débil. Nesse caso, a integração à sociedade é tão fortemente constituída que o indivíduo e, conseqüentemente, sua vida têm muito pouca importância. Segundo Durkheim (2000), esse tipo de suicídio apresenta três formas: suicídio altruísta obrigatório, suicídio altruísta facultativo e suicídio altruísta agudo. Na primeira forma, o ato suicida acaba sendo o cumprimento de um dever, uma obrigação do indivíduo para com a sociedade. Essa forma de suicídio era praticada pelos guerreiros dinamarqueses e por outros povos, com o objetivo de impedir a chegada da velhice, já que a morte por idade avançada ou doença era considerada indigna. Também era comum na Índia, quando a viúva hindu era obrigada a se matar após a morte de seu esposo. Nesses exemplos, não há uma escolha propriamente dita, pois, se esses indivíduos não cumprissem com a tradição, seriam banidos do grupo ou punidos com a desonra.

No suicídio altruísta facultativo, o indivíduo não é obrigado a realizá-lo, mas ganharia prestígio e admiração dos outros se o concretizar. É o caso de indivíduos que se colocam em situação de perigo em uma disputa ou bravata. Já no suicídio altruísta agudo, que em geral apresenta um desfecho mais violento, a morte não é nem um dever imposto pela sociedade, nem uma questão de honra. O indivíduo se entrega ao sacrifício, renunciando à própria vida em louvor a sua crença e por acreditar que a existência só tem sentido após a morte. Era uma prática comum, por exemplo, entre os jaínistas do Sul, que se deixavam morrer de inanição. O altruísmo, aqui, encontra-se em estado realmente agudo, pois há total anulação dos interesses privados.

O suicídio anônimo não resulta diretamente do modo como o indivíduo se vincula à sociedade, mas da maneira como esta exerce sua autoridade sobre o indivíduo. Durkheim (2000) constatou que, em períodos de crise (anomia), de ruptura da ordem social, pela falta de recursos ou pelo excedente financeiro, havia um acréscimo imediato no número de suicídios. Concluiu que a sociedade, nesses momentos, em função do afrouxamento das normas, perdia sua capacidade reguladora, de limitar as ambições dos indivíduos. Somente após um período de rearranjos no corpo social é que o equilíbrio poderia ser reconstituído, e a função inibidora da sociedade, retomada.

No terceiro livro, intitulado *Do suicídio como fenômeno social em geral*, Durkheim (2000) retoma a tese de que existe no comportamento suicida uma determinação social, externa ao indivíduo. Essa força coletiva exerce sua ação sobre os indivíduos, fixando o contingente de mortes voluntárias de uma determinada sociedade. Ela é constituída por correntes de egoísmo, altruísmo e anomia que:

[...] atraem o homem para três direções divergentes e até contraditórias. Quando elas se moderam mutuamente, o agente moral se encontra num estado de equilíbrio que o protege contra qualquer ideia de suicídio. Mas, quando uma delas ultrapassa certo grau de intensidade em detrimento das outras, ela se torna, pelas razões expostas, suicidógena ao se individualizar (DURKHEIM, 2000, p. 414).

Essa força social, tal qual uma epidemia, incide sobre todos os membros da sociedade, sendo que os mais vulneráveis, com menos possibilidades de resistir à corrente suicidógena, devem aumentar as estatísticas de mortes voluntárias. O determinismo social, nesses casos, não é incompatível com a ideia do livre arbítrio, pois a intensidade da corrente suicidógena, ainda que predetermine a extensão do fenômeno, não designa quais os indivíduos que levarão a termo o suicídio.

Ao finalizar a obra, o estudioso denuncia a complacência da sociedade para com o suicídio. Apesar de condená-lo, não age de uma maneira que possa, de fato, impedi-lo. A melhor maneira de prevenir suas manifestações seria com o fortalecimento dos vínculos entre sociedade e indivíduos. Para tanto, sugere que seja reabilitado o grupo profissional ou a corporação. As corporações, ao agruparem

peças que desempenham a mesma atividade, seriam um espaço privilegiado para o exercício da solidariedade. “Assim, o tecido social, cujas malhas se acham tão perigosamente frouxas, voltaria a se apertar e se solidificaria em toda a sua extensão” (DURKHEIM, 2000, p. 499).

2.3.3 Os impasses teóricos

Podemos verificar, a partir da leitura das obras *Peuchet: sobre o suicídio*, de Karl Marx, e *O suicídio: estudo de sociologia*, de Émile Durkheim, que ambos os autores, por caminhos distintos, buscaram as causas do suicídio no contexto social. Durkheim (2000), ao considerar o suicídio um fato social, toma como unidade de análise não o indivíduo, mas a sociedade em seu conjunto. Com o intuito obter maior rigor científico, reuniu para o trabalho de investigação, entre outros materiais, um número expressivo de dossiês (26 mil) de indivíduos que se suicidaram. Por meio do tratamento estatístico do material, analisou a influência das diferentes instituições (matrimonial, familiar, religiosa e política) na determinação das mortes voluntárias. A interpretação dos dados, a partir do conceito de integração, permitiu que ele não só estabelecesse tipos de suicídio, como também postulasse a existência de uma força social – constituída por correntes suicidógenas – capaz de incidir sobre todos os indivíduos, fazendo dos mais vulneráveis as novas vítimas do fenômeno. Desse modo, o autor tem como ponto de partida uma perspectiva externa (a força social), para demonstrar seus efeitos sobre os estados individuais.

Marx (2006), por sua vez, escreve sobre o suicídio de forma despretensiosa, sem a intenção de dar um tratamento científico ao tema. Ele faz uso dos registros de Peuchet, como vimos anteriormente, para escrever seu ensaio. Por meio da metodologia de estudo de caso, Marx (2006) desvela as injunções da vida cotidiana que afetam pessoas de diferentes classes sociais. Diante dos males da vida privada – desonra, traição, calúnia, fracasso, humilhações e maus-tratos – muitos buscam, no auge do desespero, a morte como única saída para pôr um fim ao sofrimento. Marx (2006), ao analisar o universo das relações pessoais nos casos de suicídio, acaba por construir uma crítica contundente à sociedade moderna. Ao contrário de Durkheim (2000), parte da esfera privada – portanto, de uma perspectiva interna –

para mostrar que “o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral” (MARX, 2006, p. 29).

A diferença no modo como cada autor formulou seu raciocínio não os impediu de compartilhar da mesma certeza. Tanto Marx (2006) como Durkheim (2000) estavam convencidos de que as razões para o suicídio encontravam-se na sociedade. “A classificação das diferentes causas do suicídio – afirma Marx (2006, p. 44) – deveria ser a classificação dos próprios defeitos de nossa sociedade”. Ou, dito de outra forma, “os avanços anormais do suicídio e o mal-estar geral que atinge as sociedades contemporâneas derivam das mesmas causas” (DURKHEIM, 2000, p. 512). Contudo, se esse aspecto aproxima os autores, outros, que veremos a seguir, os afastam de modo irreconciliável.

Para Durkheim (2000, p. 259), “uma sociedade coerente e viva” seria um verdadeiro baluarte para aqueles cujas misérias existenciais solaparam a vontade de viver. A tipologia por ele construída acerca do suicídio está diretamente vinculada ao grau de integração do indivíduo com a sociedade. O princípio que subjaz à sua formulação teórica é o do consenso, sendo a anomia um estado de exceção. Logo, uma sociedade fortemente integrada teria autoridade e “poder moral superior ao do indivíduo” para regular as paixões desenfreadas, como a ânsia por aquilo que não se pode ter e o excesso de egoísmo, no qual os interesses pessoais se sobrepõem ao bem coletivo. Se a integração social esmorece, os indivíduos correm o risco de ficar à deriva, envoltos em seus próprios pensamentos e desejos. Na visão do autor, a autorreflexão pode ter um efeito pernicioso sobre o indivíduo, principalmente quando o conduz a um questionamento do sentido da própria vida.

Já a concepção de sociedade que se evidencia no ensaio de Marx, longe de um ideal de coerência e de elevado poder moral, é fonte de contradições e injustiças. O princípio que fundamenta a análise é o do conflito, a luta de classes. A sociedade “é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens” (MARX, 2006, p. 28). Num mundo hostil como esse, as desigualdades sociais e a miséria figuram entre as principais causas de suicídio. Muitos desistem de viver “porque estão cansados de serem contados entre as vítimas ou porque se insurgem de assumir um lugar honroso entre os carrascos” (MARX, 2006, p. 29). No pensamento marxista, de modo contrário à teoria durkheimiana, o despertar da consciência, seja

ela individual ou coletiva, tem um caráter emancipatório e é fundamental para a transformação da sociedade.

Há, ainda, no ensaio de Marx (2006), uma importante denúncia da opressão contra as mulheres na sociedade moderna. São elas as principais vítimas, independentemente da origem social, do poder patriarcal cuja origem remonta às relações privadas de propriedade. O autor vê na estrutura familiar a reprodução das injustiças da própria sociedade. A morte voluntária acaba sendo o único meio de oposição das mulheres à tirania familiar e à hipocrisia da moral burguesa. Durkheim (2000), sem se ater aos conflitos existentes no seio da família, vê no estreitamento dos laços afetivos um fator de proteção contra a morte voluntária. Com isso, ele não nega a desigualdade entre os sexos na relação matrimonial, mas entende que a formação de uma família torna a mulher mais imune ao suicídio.

Em resumo, estamos, pelas considerações precedentes, diante de um impasse teórico no qual as instituições sociais e a própria sociedade são pensadas de modo diverso quanto a sua participação na ocorrência de mortes voluntárias, ora como fator de risco, ora como fator de proteção. A verdade é que nem Marx (2006), nem Durkheim (2000) abordaram o fenômeno do suicídio a partir da perspectiva dos atores sociais e dos significados que eles atribuem às instituições sociais, mas sim a partir da concepção de sociedade – conflito ou consenso – que cada um havia consagrado. Há, portanto, uma dimensão da realidade que foi negligenciada, ou esquecida, e que se refere ao modo como os indivíduos dotam de sentido a experiência vivida e suas próprias ações. Para resgatar esse aspecto da experiência, que é, sem dúvida, singular e, ao mesmo tempo, calcado em um referente coletivo, podemos recorrer à Sociologia Compreensiva.

2.3.4 Contribuições na Sociologia Compreensiva

Ainda que Weber (1983) não tenha se dedicado, como outros autores clássicos, ao estudo do suicídio, sua produção teórica – a Sociologia Compreensiva –, ao possibilitar a apreensão de sentido da ação social, traz importantes contribuições para o aprofundamento desse tema. É importante salientar que nem todo o comportamento humano pode ser caracterizado como ação social. Para o autor, a ação social ocorre quando, ao agir, o indivíduo não só atribui um sentido

subjetivo ao seu comportamento como orienta sua ação pelas ações de outros. Essa conceituação parece descrever bem o comportamento suicida, uma vez que ele é uma ação humana dotada de intencionalidade e sentido, portadora de uma mensagem cifrada e preñe de significados, que é endereçada aos sobreviventes. Como vimos anteriormente, o próprio local do desfecho trágico carrega em si um sentido.

A falta de elucidação dessa mensagem que foi endereçada à família e à comunidade, na visão de Dejours e Bègue (2010), pode colocar em risco a saúde mental dos sobreviventes. É fundamental, para o trabalho de luto, que as pessoas possam buscar um esclarecimento sobre o que ocorreu e, de alguma forma, construir um sentido para o evento trágico. O pacto de silêncio que, em geral, se encerra nesses acontecimentos só tende a aumentar o sentimento de impotência e desespero dos sobreviventes. Por isso, é importante ter em mente que a “opacidade de sentido” acaba tornando as pessoas mais vulneráveis em relação aos riscos suicidários. Assim, a ausência de uma reação coletiva, principalmente em municípios onde as taxas de mortalidade por suicídio são altas, é indício de “um estado de degradação muito avançado no tecido humano e social” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 22).

Retomando a discussão sobre as contribuições da Sociologia Compreensiva, Weber (1983) afirma que nem sempre é fácil determinar com clareza o sentido da própria ação e se ela está, de fato, orientada pela conduta alheia. Nem sempre esses aspectos são conscientes ou plenamente conscientes para os atores. Contudo, isso não invalida a ênfase que ele atribui à racionalidade humana e, conseqüentemente, à capacidade dos indivíduos de perceber, interpretar e reagir às condições sociais. Entre estrutura e ação, há, sobretudo, o ator social que, por ser dotado de consciência, “escolhe entre alternativas de ação circunscritas por condições histórico-estruturais particulares” (REIS, 1989, p. 9). Os indivíduos são responsáveis por suas escolhas e ações, inclusive no que diz respeito ao comportamento suicida. A teoria weberiana, ao reabilitar a capacidade do agente de se interpor às forças sociais, enfraquece a tese de Durkheim (2000), segundo a qual o suicídio resultaria de uma força social – produto de correntes suicidógenas – que agiria sobre os indivíduos e levaria à morte os mais frágeis.

Outra importante contribuição de Weber (1983) foi considerar que os fenômenos sociais não podem ser compreendidos a partir de uma única causa (monismo causal), o que seria uma forma de simplificação da realidade. É por isso que critica o economicismo, que, aos poucos, adquiriu uma posição hegemônica na leitura da realidade social. O autor “condena a motivação econômica ao território limitado de uma das muitas dimensões analíticas em que podemos decompor a ação dos indivíduos” (REIS, 1989, p. 7). No caso específico de suicídios de idosos, essa premissa parece verdadeira, já que as motivações de cunho econômico não são as únicas detectáveis no comportamento autodestrutivo.

De acordo com essa concepção teórica, as instituições, por serem realidades produzidas pelos homens, não são portadoras de uma única significação. A estrutura familiar, por exemplo, não pode ser considerada, *a priori*, como fator de risco ou de proteção do suicídio, sem que se compreenda o sentido que ela assume no cotidiano dos indivíduos que, em função disso, orientam sua conduta. O mesmo raciocínio pode ser empregado para compreendermos o comportamento suicida que, embora seja um ato singular, marcado por circunstâncias biográficas próprias, se inscreve em uma teia de significação socialmente compartilhada no universo da vida cotidiana. Esse universo, como nos ensina Schutz (1974, p. 41),

Es intersubjetivo porque vivimos em él como hombres entre otros hombres, com quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos. Es un mundo de cultura porque, desde el principio, el mundo de la vida cotidiana es un universo de significación para nosotros, vale decir, una textura de sentido que debemos interpretar para orientarnos y conducirnos em él. Pero esta textura de sentido – he aquí lo que diferencia al ámbito de la cultura del ámbito de la naturaleza – se origina em acciones y há sido instituido por ellas, por las nuestras y las de nuestros semejantes, contemporâneos y predecesores.

Para a sociologia fenomenológica, o conhecimento que os seres humanos possuem acerca do mundo provém, em sua maior parte, do meio social, das experiências transmitidas pelos antecessores e contemporâneos, sendo apenas uma pequena parte originada na própria experiência. Esse acervo de conhecimento à mão, por meio do qual os indivíduos interpretam os objetos da realidade, é aceito, na maioria das vezes, como algo natural e inquestionável, ainda que possa, sim, ser objeto de questionamento a qualquer momento. Diante dessas construções de

sentido do senso comum, os homens são levados a crer que seu conhecimento a respeito de aspectos da realidade é potencialmente o mesmo que o de seus semelhantes. Graças à reciprocidade de perspectivas, o conhecimento do senso comum pode ser considerado como objetivo e anônimo, ou seja, invariável em relação às circunstâncias biográficas.

O pressuposto de que um indivíduo é capaz de compreender a ação de outro e de que os outros, por sua vez, são capazes de compreendê-lo em sua ação tende a aumentar entre os membros de uma mesma comunidade, denominados de associados. Segundo Schutz (1974), ao compartilhar uma comunidade de espaço, cada participante tem acesso a objetos da realidade e a um sistema de significação que lhes são comuns. Se as relações são perenes, os associados compartilham, além do espaço, o tempo – não apenas o cronológico, mas também o subjetivo, no qual se inscrevem planos, esperanças e decepções inerentes à vida. Cada um pode intervir no curso da vida do outro e, por isso, participar de sua biografia. O grau de cumplicidade estabelecido permite “captar en un presente vívido los pensamientos del outro tal como este los construye, paso a paso” (SCHUTZ, 1974, p. 46). Nessa forma de relação, o outro é apreendido em sua singularidade, em sua situação biográfica determinada, ao contrário do que ocorre nas sociedades modernas (LIFSCHITZ, 2011), nas quais as relações entre contemporâneos são marcadas pelo crescente anonimato.

Como podemos ver, as interações sociais, pautadas em construções do senso comum, permitem a compreensão do Outro (generalizado) e de seu esquema de ação. Esse pressuposto teórico adquire especial relevância no estudo do comportamento suicida, uma vez que somente o ator tem condições de saber, em toda a sua extensão, os motivos que o levaram a buscar a própria morte. **Com a consumação do ato suicida, o acesso a esse conhecimento, construído a partir da perspectiva do ator, fica perdido. O sentido da ação poderá, em parte, ser recuperado a partir da interpretação dos sobreviventes (ou associados) que partilhavam do mesmo sistema de significados do ator e, conseqüentemente,**

do mesmo modo de vida⁵. Os depoentes, no caso deste estudo, tinham laços de consanguinidade com os idosos que cometeram suicídio.

Tudo se passa como um jogo de espelhos, no qual “los motivos imputados al Otro son típicamente los mismos que los míos o que los de otros em circunstancias típicamente similares; todo esto conforme a mi conocimiento a mano, genuino o de origen social” (SCHUTZ, 1974, p. 52). Portanto, a narrativa em primeira pessoa dos sobreviventes nos permite decifrar alguns signos que mediatizam as relações entre pessoas. Nesse acervo de conhecimento comum, é possível buscar aquilo que dá sentido à vida e o que a faz perder o sentido, os significados negociados e atribuídos à velhice e ao velho, bem como os motivos que podem justificar que alguém, depois de ter lutado tanto para viver, opte pelo suicídio.

No entanto, também cabe ressaltar que o conhecimento do senso comum não é apenas depositário da tradição e do passado que se reproduz indefinidamente. Como afirma Martins (2012), as contradições da vida cotidiana permitem a produção do novo e, por vezes, a mobilização das vontades individuais que podem levar ao questionamento de costumes arraigados. Foi isso que, de certa forma, ocorreu no município de Candelária, onde a coletividade se organizou mediante o Programa de Prevenção para enfrentar os altos índices de suicídio na localidade.

⁵ O grifo tem o intuito de destacar esse aspecto da fundamentação teórica que considero relevante para a compreensão dos procedimentos metodológicos.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o desenho metodológico do estudo que permitiu, em 2011, a construção das autópsias psicossociais de idosos que se suicidaram. Também descreve a estratégia utilizada no retorno ao campo de pesquisa, em 2013, para complementação dos dados sobre o impacto do suicídio na vida dos sobreviventes. Ademais, explicita o método eleito para o trabalho de análise, bem como apresenta, de modo sucinto, os municípios escolhidos para a coleta de dados.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Antes de descrever as etapas que foram realizadas, gostaria de ressaltar, como havia apresentado anteriormente que parte dos dados analisados, nesta tese, foram coletados na pesquisa intitulada “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde”, coordenada pelas professoras Maria Cecília de Sousa Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante, da qual participei na condição de pesquisadora Junior. O material produzido no estudo nacional está armazenado em um banco de dados, sob a responsabilidade técnica dos pesquisadores do CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, que me concederam a autorização (Anexo B) para utilizá-lo no meu doutoramento. Como o foco do meu trabalho está voltado para o estado do Rio Grande do Sul, estudei em profundidade os casos de suicídio de idosos dos municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul. Em cada município, foram realizadas cinco autópsias psicossociais que, no conjunto, configuram 15 casos de suicídio, 10 homens e cinco mulheres. Para preservar o anonimato dos participantes, não foi indicado, na tabela abaixo, o município onde cada morte ocorreu.

Tabela 1 — Dados referentes às autópsias psicossociais e aos sobreviventes

Nome	Idade	Perpetração	Escolaridade	Fator desencadeante	Depoente	Idade
Idoso 1	61	Enforcamento	1ª série incompleta	Tipo 3	Sobrevivente 1 (Filho)	32
Idoso 2	68	Arma de fogo Tiro na cabeça	3ª série	Tipo 3	Sobrevivente 2 (Filha)	40
Idoso 3	81	Enforcamento	Alfabetizado	Tipo 1	Sobrevivente 3 (Filho)	63
Idoso 4	81	Enforcamento	Analfabeto	Tipo 2	Sobrevivente 4 (Esposa)	63
Idoso 5	92	Enforcamento	Semianalfabeto	Forma Híbrida Tipo 1 e 3	Sobrevivente 5 (Filho)	54
Idoso 6	74	Enforcamento	5ª série	Tipo 1	Sobrevivente 6 (Filho)	38
Idoso 7	74	Enforcamento	4ª série	híbrido Tipo 2 e 3	Sobrevivente 7 (Filho)	38
Idoso 8	60	Enforcamento	Analfabeto	Tipo 2	Sobrevivente 8 (Filho)	37
Idoso 9	84	Enforcamento	Alfabetizado	Tipo 1	Sobrevivente 9 (Filho)	58
Idoso 10	64	Enforcamento	4ª série	Tipo 2	Sobrevivente 10 (Viúva)	58
Idosa 11	62	Enforcamento	4ª série	Tipo 1	Sobrevivente 11 (Filho)	38
Idosa 12	71	Enforcamento	Analfabeta	Tipo 1	Sobrevivente 12 (Filha)	47
Idosa 13	65	Enforcamento	Analfabeta	Tipo 2	Sobrevivente 13 (Filho)	31
Idosa 14	72	Enforcamento	Semianalfabeta	Tipo 1	Sobrevivente 14 (Filha)	54
Idosa 15	82	Enforcamento	Pouco estudo	Tipo 1	Sobrevivente 15 (Genro)	59

Nota: Todos os idosos eram agricultores.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a entrevista com os sobreviventes, foram utilizados três instrumentos: (1) ficha de identificação para o levantamento de informações pessoais e familiares da pessoa que morreu por suicídio e para o registro de dados do informante; (2) roteiro simplificado para o genograma – a utilização desse recurso, no início da entrevista, além de facilitar a identificação dos laços de parentesco, permitiu reconhecer os vínculos significativos, as rupturas e padrões de relacionamento que marcaram a vida do idoso –; (3) roteiro de entrevista semiestruturada para autópsia psicossocial (Apêndice A). Este pode ser dividido em quatro blocos: perfil pessoal e

socioeconômico, modo de vida, atmosfera e imagem do suicídio, imagem da família (MINAYO; CAVALCANTE, 2011). A vantagem desse instrumento em relação às autópsias psicológicas é a inclusão de vários interrogantes sobre os aspectos sociais e culturais, bem como sobre as condições materiais de vida da pessoa que cometeu suicídio. O roteiro em si não precisava ser utilizado de uma forma rígida, já que muitas perguntas eram respondidas com a narrativa dos fatos feita pelo familiar. O tempo de duração da entrevista podia variar de 60 a 120 minutos, e o início era dedicado à apresentação dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Após os esclarecimentos acerca do trabalho de investigação, ocorria a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, havendo a anuência do participante, era recolhida sua assinatura.

No Rio Grande do Sul, antes de iniciarmos a coleta de dados que ocorreu em 2011, houve uma preparação para a entrada no campo. Esse período foi dedicado ao estudo minucioso dos instrumentos de pesquisa. Durante essa etapa, vivenciamos, por meio do recurso de dramatização, a experiência de condução da entrevista diante de depoimentos com forte carga emocional, como imaginávamos que seriam as narrativas dos sobreviventes. Construimos coletivamente o genograma de um dos membros do grupo de pesquisa para padronizarmos a utilização dos símbolos e identificarmos possíveis dificuldades no registro das informações. Todo esse cuidado facilitou o trabalho de campo e nos auxiliou a lidar com o sofrimento dos sobreviventes.

O contato com os familiares (sobreviventes) dos idosos em Venâncio Aires e São Lourenço do Sul ocorreu por intermédio dos profissionais da Saúde que se dispuseram a divulgar o estudo e realizar o agendamento das entrevistas, sendo que, em Candelária, além da Secretaria Municipal de Saúde, contamos com o auxílio da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural para identificar os casos de suicídio e para acessar as famílias. A maioria das entrevistas foi realizada em domicílio, pois os participantes moravam na zona rural, e o acesso ao meio urbano era mais difícil para eles. As entrevistas foram realizadas em duplas de pesquisadores: um ficava responsável pela condução do roteiro e o outro cuidava da gravação e do registro de informações. Essa estratégia foi importante porque, em algumas famílias, houve a participação espontânea de mais de um depoente. Quando o contato ocorria no ambiente doméstico, os familiares, em geral,

mostravam fotos e objetos pessoais do idoso, além de nos levarem ao local onde o suicídio foi consumado.

Identificamos, nos contatos com as famílias, sobreviventes que precisavam de ajuda especializada, inclusive alguns em situação de risco em relação ao suicídio. Por isso, foi fundamental, para a realização da pesquisa, poder contar com a retaguarda dos serviços de saúde. Nessas situações, recorríamos aos profissionais da rede para que os sobreviventes recebessem o atendimento necessário. Procuramos manter uma abordagem compreensiva diante das manifestações de choro e dor emocional, sempre deixando o entrevistado à vontade para desistir da participação na pesquisa ou transferir a entrevista para outra ocasião. O interessante é que muitas pessoas, ao final do encontro, agradeceram a oportunidade de poder falar.

Para facilitar o trabalho de análise, foram disponibilizados dois formulários. O primeiro possibilitou que cada caso fosse organizado de forma compacta a partir dos tópicos: (1) descrição compreensiva de cada episódio; (2) evolução e dinâmica do caso; (3) descrição do ato do suicídio e (4) reflexões sobre o caso. O segundo permitiu a junção dos casos por município e a descrição de algumas categorias relevantes. As coordenadoras da pesquisa se encarregaram do trabalho de meta-análise, revisando os dados dos 51 casos no conjunto e os organizando “por sexo, faixa etária e formas de perpetração; perfil socioeconômico; fatores de risco e protetores; motivos atribuídos ao suicídio, letalidade dos métodos empregados” (MINAYO; FIGUEIREDO; CAVALCANTE, 2012, p. 20) e, posteriormente, pela interação dos fatores precipitantes.

Na ocasião, os critérios utilizados para inclusão do caso de suicídio na amostra foram:

- a) a idade na ocasião do falecimento, que deveria ser igual ou superior a 60 anos;
- b) o intervalo mínimo de dois anos e máximo de cinco a seis do acontecimento;
- c) a causa da morte, que deveria ter ocorrido por um ato deliberado da vítima.

Como ocorre em outros estudos *post mortem*, as entrevistas foram realizadas com os familiares das vítimas, considerados pela literatura como os sobreviventes do evento crítico.

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram:

- a) ser familiar da vítima e ter informações sobre a trajetória de vida do idoso, principalmente sobre os meses que antecederam sua morte;
- b) ser indicado pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde que avaliaram as condições emocionais do sobrevivente para falar sobre o evento crítico;
- c) ter manifestado interesse em participar do estudo no contato informal com os profissionais de saúde de sua cidade e formalizar, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sua participação no estudo.

A autópsia psicossocial é um instrumento que possibilita a construção de narrativas sobre as circunstâncias da morte e a própria trajetória de vida do suicida. Para realizar a autópsia psicossocial, utilizamos a técnica de entrevista, já consagrada tanto na produção de pesquisas quanto em outros contextos de interação social. Ela favorece a emergência de relações intersubjetivas entre o pesquisador e o depoente. Se o vínculo estabelecido for positivo, pautado na confiança e no respeito, o depoente poderá expressar com mais liberdade seus sentimentos e suas opiniões. Em geral, a entrevista de autópsia psicossocial mobiliza uma forte carga emocional. A abordagem utilizada deve oportunizar a compreensão do evento traumático, possibilitando ao depoente a construção de novos sentidos para a experiência. Por outro lado, os sentimentos experimentados pelo entrevistador – denominados pela psicanálise de contratransferência – podem ser um importante recurso para a compreensão do impacto que o suicídio produz na vida dos sobreviventes (ZIMERMAN, 2005).

Na entrevista, o sobrevivente “recorre a uma memória que lhe pertence – mas não é só sua – para contar a trajetória” (FONTES, 2012, p. 10) de vida do idoso e das circunstâncias do suicídio. A narrativa do evento crítico permite que a experiência seja transmitida, interpretada e sirva como dispositivo de reinvenção dos modos de viver, envelhecer e morrer nessas localidades. Porém, como vimos anteriormente, as pessoas evitam falar sobre o suicídio, o que dificulta o processo

de elaboração do trauma. Em eventos dessa magnitude, é comum a sensação, por parte dos sobreviventes, de que as palavras são insuficientes para narrar a dor vivida. A incomunicabilidade do episódio aumenta a crença das pessoas de que ninguém poderá compreendê-las – daí a importância de que essas histórias possam ser contadas e recontadas, já que o discurso é um meio eficaz de elaboração e, conseqüentemente, afastamento da cena traumática.

A situação traumática, desse modo, só existe dentro de um paradoxo: a superação do luto carrega consigo um imperativo que demanda uma narração que vem sempre acompanhada da percepção angustiante de que a linguagem não é suficiente frente ao que foi vivenciado. O desafio [...] residiria justamente no contorno desse paradoxo através da busca por alternativas que minem a bruta e crua facticidade da experiência em uma cadeia de significante que, ao mesmo tempo em que é fiel aos acontecimentos, expresse ao menos minimamente a vivência subjetiva, sem desaguar em uma metáfora que não comunique nada para o resto da sociedade (FONTES, 2012, p. 12).

A narrativa – ainda que construída em primeira pessoa – representa a perspectiva de uma coletividade⁶. O Outro (generalizado), segundo Schutz (1974), é um si-mesmo parcial. Daí a suposição de que os motivos imputados ao idoso em relação ao suicídio são os mesmos que o sobrevivente atribuiria a si próprio e a outros associados em situações tipicamente similares. Como em uma simulação, o indivíduo vivencia – ainda que no registro imaginário – a ação de seu semelhante em termos de motivos e fins. Isso só é possível em função do acervo de conhecimentos e da teia de significados que ambos compartilham no cotidiano. Em vista disso, podemos, por meio do trabalho de análise (que será posteriormente descrito), buscar, nos relatos dos sobreviventes, o reflexo desse legado comum. Nele estão inscritos os padrões de comportamento socialmente aprovados sob a forma de regras de conduta.

Além da utilização, na íntegra, das 15 entrevistas de autópsia psicossocial sobre suicídio de idosos, foram realizadas sete entrevistas com os familiares de

⁶ A reconstrução dos motivos que teriam levado os idosos a buscarem a própria morte foi possível graças ao compartilhamento de significados e de valores existente entre os membros (ou associados) de uma mesma comunidade. Ainda que os associados não precisem ter vínculos familiares, optamos neste estudo, por uma questão de conveniência, que o parentesco com os idosos fosse um dos critérios para a inclusão do sobrevivente na amostra. Contudo, consideramos irrelevante a determinação do grau desse parentesco, o que permitiu uma maior diversidade de relações (filiação, matrimônio, etc) na composição da amostra.

idosos que cometeram suicídio, como podemos ver na tabela abaixo. O retorno ao campo tinha por objetivo complementar e aprofundar os dados que surgiram nas entrevistas de autópsia psicossocial. O foco da entrevista, nesse momento do estudo, não era mais a história de vida do idoso nem o suicídio em si, mas os efeitos desse evento crítico na vida dos sobreviventes, bem como os recursos por eles utilizados para lidar com a dor emocional. O retorno ao campo deveria ter ocorrido nos municípios de Venâncio Aires e Candelária, para os quais obtive a autorização, formalizada no termo de Anuência Institucional, dos Secretários Municipais de Saúde (Anexo C e Anexo D). Porém, em função das dificuldades de encontrar famílias que se dispusessem a participar do estudo, as entrevistas foram realizadas apenas em Venâncio Aires, em 2013.

Tabela 2 — Dados referentes aos idosos que cometeram suicídio e aos sobreviventes (retorno ao campo)

Nome	Idade	Perpetração	Depoente	Idade
Idoso 16	84	Enforcamento	Sobrevivente 16 (Filha)	58
Idoso 17	61	Enforcamento	Sobrevivente 17 (Viúva)	50
Idoso 18	66	Enforcamento	Sobrevivente 18 (Viúva)	60
Idoso 19	71	Enforcamento	Sobrevivente 19 (Neto)	55
Idosa 20	88	Enforcamento	Sobrevivente 20 (Sobrinha-neta) Sobrevivente 20a (Sobrinha)	25 58
Idosa 21	62	Enforcamento	Sobrevivente 21 (Cunhada)	57

Fonte: Dados da pesquisa.

Os critérios para inclusão na amostra foram:

- a) ser familiar de um idoso que cometeu suicídio no intervalo máximo de dois anos e mínimo de seis meses;
- b) estar vinculado a algum serviço ou programa de saúde do seu município (Programa de Prevenção ao Suicídio, Programa de Estratégia de Saúde da Família, Centro de Atendimento Psicossocial, Programa de Prevenção à Violência, Unidade Básica de Saúde, Ambulatório Especializado);

- c) ser convidado por um profissional da Secretaria Municipal de Saúde que o considere em condições emocionais para falar sobre o evento crítico;
- d) ter manifestado interesse em participar do estudo no contato informal com os profissionais de saúde de sua cidade e formalizar, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sua participação no estudo;
- e) ter idade igual ou superior a 18 anos.

O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B) versou sobre três eixos: (1) o impacto da morte do idoso por suicídio na vida do depoente e dos demais familiares; (2) as práticas sociais associadas ao suicídio que o configuram como um evento crítico e que são necessárias para concretizar a morte do idoso nas consciências; (3) os recursos utilizados pelos sobreviventes para lidar com a perda do idoso por suicídio. O tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos. Os depoentes podiam interromper a entrevista ou deixar de responder alguma questão, se assim o desejassem, bem como desistir da participação na pesquisa.

A identificação dos casos em Venâncio Aires foi feita pela coordenadora do Programa de Prevenção à Violência, que me acompanhou durante as entrevistas realizadas em domicílio. No contato, deixamos claro que a participação no estudo seria voluntária e que o usuário teria plena liberdade de manifestar sua anuência ou não, sem que isso trouxesse qualquer prejuízo ao atendimento que recebia da equipe de saúde. Nas entrevistas, procurei estabelecer com o depoente uma abordagem compreensiva diante das manifestações de tristeza e ansiedade, sem emitir julgamentos de valor em relação ao ato suicida e às relações familiares. Creio que a entrevista pôde auxiliar os sobreviventes a buscarem novos sentidos para a ocorrência do evento crítico.

O projeto de tese, após ser aprovado pela banca de qualificação, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, já que o tema da investigação estava vinculado à área da saúde e envolvia a participação de seres humanos. A coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto (Anexo E). Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa ao receberem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Apêndice C), no

qual manifestaram a anuência quanto a sua inserção no estudo, sendo que uma cópia desse Termo, assinada por mim, foi entregue para cada participante.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

O trabalho de análise, segundo Schutz (1974), representa a reconstrução, no campo científico, de um conhecimento originariamente construído na vida cotidiana. A passagem de uma dimensão para outra pode ser conduzida, como nos ensina Mills (2009), de modo artesanal. Para tanto, o autor sugere que o método escolhido favoreça a descoberta e a produção de novos sentidos e não a confirmação ou refutação de hipóteses. De acordo com essa perspectiva, o propósito da pesquisa é possibilitar a compreensão dos fenômenos estudados. Por isso, para analisar os textos produzidos a partir das entrevistas, também denominados de “corpus” da pesquisa, o método de análise textual discursiva foi eleito. Ele representa uma variação da análise de conteúdo. Segundo Moraes e Galiazzi (2007), esse método engloba três momentos:

- a) desconstrução ou unitarização: consiste na fragmentação dos textos, após inúmeras leituras, em unidades de sentido pertinentes ao fenômeno estudado. É preciso desfazer ligações conhecidas para poder produzir o novo;
- b) estabelecimento de relações: as unidades devem ser agrupadas em função das semelhanças e da proximidade de sentido que existem entre elas. Essas novas conexões são construídas a partir do referencial teórico que dá suporte ao trabalho do pesquisador. Porém, não parte só do arcabouço teórico, já que há, no processo de reconstrução, um movimento intuitivo por parte do autor, que também facilita a formação de sínteses;
- c) apreensão do emergente: a impregnação com o material da pesquisa permite emergência de novas compreensões. O pesquisador terá que fundamentar teoricamente seus argumentos ao produzir textos descritivos e interpretativos que, no seu conjunto, representam a teorização sobre o fenômeno investigado. Há, aqui, todo um esforço para construir novas teorias a partir de um diálogo entre os elementos teóricos e os

interlocutores empíricos, que será mais intenso se a perspectiva do ator for valorizada.

O ciclo completo pode ser entendido como um processo de auto-organização. Mesmo que os diferentes momentos da análise sejam racionalmente planejados, os resultados finais são manifestações de um fluxo criativo que não pode ser controlado de antemão. É preciso transpor a ordem, suportar o caos, a incerteza, para que o novo possa surgir, já que só é possível reconstruir – em outro plano – algo que foi, em algum momento, desconstruído. Moraes e Galiazzi (2007, p. 31), para explicar o processo, compara o método a uma tempestade de luz. As categorias emergentes, como pontos de luz na escuridão, “possibilitam que a compreensão do fenômeno pesquisado se auto-organize”. Para a formação das categorias, é imprescindível que o pesquisador utilize sua intuição, pois só assim poderá criar conexões não planejadas entre as unidades de sentido. Daí a importância de não submeter a criatividade à técnica (MILLS, 2009).

Por fim, a escrita é um elemento central na produção do conhecimento acadêmico. Escrever é a travessia, “a passagem do caos ao cosmos” (PIAGET, 1979, p. 9). Além de ser a representação das ideias em outro plano, é a condição para que a nova chave de leitura acerca do fenômeno estudado possa ser comunicada. O texto produzido serve de suporte para expressar muitas vozes “de uma comunidade argumentativa especialmente convocada para o debate em torno de determinada temática; sejam as experiências do pesquisador, sejam os testemunhos de um campo empírico, sejam os testemunhos do respectivo campo teórico” (MARQUES, 2002 apud MORAES; GALIAZZI, 2007, p. 98).

3.3 A ESCOLHA E A APRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Os municípios de Venâncio Aires, São Lourenço do Sul e Candelária foram escolhidos para realização da coleta de dados por apresentarem elevadas taxas de mortalidade por suicídio entre a população de idosos. As informações foram levantadas em um estudo realizado pelos pesquisadores do CLAVES/FIOCRUZ (PINTO; ASSIS; PIRES, 2012), que mapeou, no Brasil, a distribuição por município dos 12.913 óbitos por suicídio de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos ocorridos no período de 1996 a 2007. O estudo também identificou os 51 municípios

brasileiros que tiveram registros de óbito nos quatro triênios, conforme podemos verificar no Anexo A. Desses municípios, 24 estão localizados no Rio Grande do Sul, entre os quais se encontram os pesquisados.

A disponibilidade das Secretarias Municipais de Saúde para colaborar na pesquisa também influenciou a escolha dos municípios. Os profissionais de saúde facilitaram a inserção dos pesquisadores nas comunidades locais e o acesso aos sobreviventes dos idosos que se suicidaram. Além disso, os municípios de Venâncio Aires (Anexo F), São Lourenço do Sul (Anexo G) e Candelária (Anexo H) – que serão apresentados de forma sucinta a seguir – dispunham, na ocasião, de uma rede de serviços de saúde que poderia garantir o atendimento especializado aos depoentes, em caso de necessidade.

3.3.1 Venâncio Aires

O município de Venâncio Aires, situado entre o Vale do Rio Pardo e o Vale do Taquari, encontra-se às margens da rodovia RSC-287 a uma distância de 130 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Possui uma área de 773,239 km² e uma altitude média de 210 m em relação ao nível do mar. A população total do município é de 65.964 habitantes, o que resulta em uma densidade populacional de 85,30 habitantes por quilômetro quadrado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010c). O sexo masculino representa 49,49% da população, enquanto o sexo feminino corresponde a 50,51%.

Com relação à história do município, segundo os dados da Prefeitura (VENÂNCIO AIRES, 2011), a região começou a ser povoada, no século XVIII, por meio do sistema de sesmarias. As autoridades portuguesas, preocupadas em ocupar as terras e torná-las produtivas, incentivaram a fixação dos primeiros colonizadores. Os açorianos, que chegaram juntamente com os escravos e demais agregados, dedicaram-se à pecuária extensiva e à extração de madeira, além do plantio para a subsistência. Entre os anos de 1853 e 1856, quando Venâncio Aires ainda era denominado de Faxinal dos Tamancos, teve início a imigração alemã. Os colonos alemães vieram, principalmente, desenvolver o trabalho na agricultura. Em 1884, a localidade, que já contava com 7 mil habitantes, passou a ser chamada de Freguesia de São Sebastião Mártir. Foi nesse período que a Igreja de São

Sebastião, o padroeiro da cidade, começou a ser construída. Em 1891, por meio de uma decisão do governador do estado, Fernando Abbott, a vila ascendeu à condição de distrito de Santo Amaro e recebeu, em homenagem ao abolicionista Venâncio de Oliveira Aires, o nome atual.

A chegada, em diferentes períodos da história, dos imigrantes alemães na região deixou marcas importantes na cultura local. Uma parcela significativa da população é, ainda hoje, bilíngue e se comunica com facilidade em dialeto (pomerano). Apesar de ter recebido também imigrantes portugueses e, em menor número, italianos, no município de Venâncio Aires, a influência da colonização alemã é mais forte e se expressa, para além do idioma, na culinária, na arquitetura, na música, nos valores e no modo de vida da comunidade.

No que se refere ao desenvolvimento econômico, o município de Venâncio Aires é o maior produtor de tabaco do país. Os dados divulgados pela Prefeitura Municipal (VENÂNCIO AIRES, 2011) indicam que foram colhidas, na safra de 2008/09, 28,8 mil toneladas de folhas de tabaco. Das 5.210 famílias produtoras, 28% não possuem terras e plantam na condição de arrendatários. O plantio do fumo, mesmo com todos os riscos que representa à saúde dos agricultores, acaba sendo priorizado em detrimento de outras culturas em função da lucratividade. Segundo os dados do IBGE (2010c), em 2010 o cultivo de tabaco ocupou 12.500 hectares, produziu 21.080 toneladas e movimentou 143.344 mil reais. O setor fumageiro é o maior empregador do município, com uma média de 6,8 mil postos de trabalho anuais.

É importante destacar também a cultura da erva-mate, que garantiu ao município o título de Capital Nacional do Chimarrão. O cultivo ocupa em média 4 mil hectares, sendo que 1,4 mil sofrem o corte anual, e o restante, bianual. A erva-mate de corte anual é vendida principalmente para a produção do chá-mate, enquanto a outra destina-se ao consumo do chimarrão. O cultivo envolve aproximadamente oitocentas famílias, e a produção anual *in natura* chega a 6,6 toneladas por hectare. Na indústria, a estimativa de resultado da erva-mate é de 12 milhões por ano (VENÂNCIO AIRES, 2011).

Quanto aos indicadores sociais, o coeficiente de Gini⁷ de Venâncio Aires é de 0,41 – um valor de desigualdade na distribuição de renda tido como moderado. O Índice de Desenvolvimento Humano⁸ (IDH) é de 0,795 – uma pontuação considerada intermediária. Apesar da expectativa de vida ser relativamente alta (72,7 anos) o município apresenta taxas elevadas de suicídio entre a população idosa, o que demonstra que a longevidade não tem representado uma maior qualidade de vida na velhice.

3.3.2 São Lourenço do Sul

O município de São Lourenço do Sul está situado às margens da Lagoa dos Patos. A beleza de sua paisagem lhe conferiu o título de Pérola da Lagoa. Ao longo da orla, as praias de água doce e cristalina com seus coqueiros, plátanos e figueiras atraem os veranistas, que ali encontram uma boa infraestrutura de restaurantes e hotéis, pousadas e *campings*, o que fortalece a região como um polo turístico. O município é banhado pelo Arroio São Lourenço, que alimenta a rede de distribuição de água na cidade. Encontra-se a uma distância de 198 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Possui uma área de 2.036,130 km² e uma altitude média de 19 m em relação ao nível do mar. A população total do município é de 43.114 habitantes (IBGE, 2010b), o que resulta em uma densidade populacional de 21,17 habitantes por quilômetro quadrado. O sexo masculino representa 50,14% da população, enquanto o sexo feminino corresponde a 49,86%.

Com relação à história, segundo dados da Prefeitura (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2011), a origem do município remonta ao final do século XVIII, quando a Coroa Portuguesa distribuiu as terras da região, por intermédio do sistema de sesmarias, aos militares açorianos que lutaram contra os espanhóis. Eles transformaram as terras recebidas em grandes latifúndios, nos quais desenvolveram a pecuária extensiva. Na época, era prática comum erguer na sede das estâncias, ou fazendas, uma capela que seria consagrada ao padroeiro da família. O nome atual do município origina-se dessa tradição, já que uma parte das terras da Estância São

⁷ O coeficiente de Gini é um indicador consagrado que revela o grau de desigualdade na distribuição de renda de uma realidade específica (HENRIQUES, 2000).

⁸ O Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida comparativa que expressa, como o próprio nome indica, o nível de desenvolvimento humano de um país, estado ou cidade. É construído a partir dos dados referentes à expectativa de vida ao nascer, à educação e ao PIB per capita.

Lourenço – dedicada ao mártir católico – foi doada, em 1850, pelo coronel José Antônio Oliveira Guimarães, para a criação do povoado. A Colônia São Lourenço, como era denominada, começou a receber, a partir de 1858, imigrantes alemães provenientes da Pomerânia. A influência da colonização alemã está arraigada na cultura local de tal maneira que muitos habitantes, ainda hoje, se comunicam em dialeto.

A cidade foi palco de importantes acontecimentos da história do povo rio-grandense. A Fazenda do Sobrado, localizada na região, serviu de refúgio para Giuseppe Garibaldi e foi utilizada como quartel-general, por Bento Gonçalves, durante as batalhas travadas contra o exército imperial. O pequeno porto do Arroio São Lourenço, além de ter servido de ancoradouro à esquadra de Garibaldi durante a Revolução Farroupilha, tornou-se um dos mais importantes portos de veleiros mercantes do sul do Brasil. Ele teve um papel decisivo no desenvolvimento econômico da Colônia São Lourenço, que chegou a ser, no século XIX e parte do século XX, uma potência agrícola, principalmente na produção de batatas.

Atualmente, a principal atividade econômica de São Lourenço do Sul é a agropecuária, com destaque para o cultivo de milho, feijão, soja, arroz, batata, cebola, fumo, aspargo, pimenta, alho e amendoim e a criação de suínos e bovinos, somados à produção de laticínios. As terras do município estão distribuídas, quase integralmente, entre os pequenos e os médios produtores. Muitos têm se dedicado à monocultura, sobretudo a do fumo. A indústria do couro tem se desenvolvido na região, assim como o turismo, que, além de promover as praias de água doce, tem ressaltado a zona rural do município. O Caminho Pomerano tornou-se uma opção de lazer para o visitante que deseja conhecer mais sobre a colonização alemã da qual descende a maior parte dos lourencianos.

Quanto aos indicadores sociais, o coeficiente de Gini de São Lourenço do Sul é de 0,39 – um valor tido como moderado de desigualdade na distribuição de renda. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,777 – uma pontuação considerada intermediária. Apesar de o município ser um modelo para o país no que se refere aos Serviços de Atenção em Saúde Mental, as taxas de suicídio da população em geral e entre os idosos são altas, o que demonstra que a rede de

saúde ainda não está suficientemente preparada para lidar com o comportamento autodestrutivo.

3.3.3 Candelária

Candelária está situada na região central do estado do Rio Grande do Sul, no Vale do Rio Pardo, a uma distância de 180 km da capital, Porto Alegre. Em seu território, foram localizados vários fósseis de animais pré-históricos, o que constitui um dos atrativos da cidade. O município possui uma área de 943,949 km² e altitude média de 57 m em relação ao nível do mar. A população total do município é de 30.171 habitantes (IBGE, 2010a), o que resulta em uma densidade populacional de 31,96 habitantes por quilômetro quadrado. O sexo masculino representa 48,90% da população, enquanto o sexo feminino corresponde a 51,10%.

Quanto à história do município, foi fundada na localidade, em 1633, a Redução de Jesus-Maria, pelo jesuíta espanhol Padre Pedro Mola. As reduções jesuíticas, semelhantes à estrutura de uma cidade, possuíam um núcleo urbano com igreja, colégio, presídio, mercados, oficinas e habitações e uma vasta área, no entorno, dedicada à lavoura e à criação de gado. A Redução de Jesus-Maria, uma das mais prósperas, chegou a ter cerca de sete mil habitantes. Os indígenas viviam, ali, na abundância, porém sob a frequente ameaça dos bandeirantes paulistas, que tentavam capturá-los para obter a mão de obra escrava. As estratégias de defesa dos jesuítas e o treinamento militar oferecido aos índios por especialistas em guerra não foram suficientes para impedir a destruição provocada pela Bandeira de Raposo Tavares, que pôs fim, em 1636, à obra jesuítica na região.

Com o Tratado de Madri, em 1750, o território dos Sete Povos das Missões ficou sob o domínio de Portugal, que, em troca, concedeu à Espanha a Colônia de Sacramento. As terras – antes ocupadas pelos jesuítas – foram, então, distribuídas, por meio do sistema de sesmarias, aos luso-brasileiros que haviam prestado algum serviço relevante à Coroa Portuguesa. Em geral, os beneficiários eram militares que lutaram contra o exército espanhol. Quando os colonos alemães chegaram à região, as terras estavam, há mais de um século, nas mãos dos grandes estancieiros cuja atividade principal era a pecuária extensiva. O povoado cresceu com a agricultura e a pecuária e, posteriormente, com o desenvolvimento do comércio. Graças a esses

avanços, em 1876, o distrito foi elevado à condição de freguesia, denominada de Nossa Senhora de Candelária. Em 1925, Candelária ganha a sua emancipação político-administrativa em relação a Rio Pardo (CANDELÁRIA, 2011).

No que se refere às questões econômicas, a produção agrícola tem contribuído, na atualidade, para o desenvolvimento do município. A região produz soja, arroz, milho, entre outros. Contudo, o fumo desponta como um dos produtos mais rentáveis. Segundo os dados do IBGE (2010a), em 2012 o cultivo do fumo ocupou aproximadamente oito mil hectares e produziu 18.400 toneladas de folhas, o que movimentou 110.484 mil reais. Muitos agricultores, em função da lucratividade, optaram pelo plantio do fumo em detrimento de outras culturas, apesar dos riscos à saúde. Os técnicos da Emater, cientes desses riscos, não têm medido esforços para orientar os agricultores quanto à manipulação dos agrotóxicos e à necessidade do uso dos equipamentos de proteção individual, principalmente durante a colheita do fumo.

Com relação aos indicadores sociais, o coeficiente de Gini de Candelária é de 0,41 – um valor moderado de desigualdade na distribuição de renda. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,778 – uma pontuação considerada intermediária. O município desenvolveu o Programa de Prevenção ao Suicídio – Vida, Sim –, que é reconhecido pelo Ministério da Saúde por ter conseguido diminuir o número de mortes por suicídio na comunidade.

4 A VIDA DOS AGRICULTORES E O SUICÍDIO (EVENTO CRÍTICO)

Este capítulo é fruto do trabalho minucioso de análise e de interpretação das autópsias psicossociais de idosos que cometeram suicídio. A autópsia psicossocial, ao reconstruir o universo relacional do idoso, a cena da morte, os fatos que marcaram sua vida e o seu contexto sociocultural, busca compreender os motivos que o levaram ao ato suicida (CAVALCANTE; MINAYO, 2012), que é considerado, pelas rupturas que engendra, um evento crítico (DAS, 1997, 2011) de ampla magnitude. Uma leitura pormenorizada de cada autópsia pode nos levar a crer que os casos de suicídio pouco se assemelham. Alguns idosos queixavam-se de desânimo em relação à vida, outros jamais manifestaram esse sentimento; uns planejaram cuidadosamente as circunstâncias da morte, outros parecem ter agido por impulso; uns demonstravam desespero, outros, tranquilidade nos momentos que antecederam a morte. Se ficássemos restritos a esse nível de evidências, concluiríamos que cada caso é singular, e a escolha pela antecipação do fim, imponderável (imprevisível).

Porém, a ampliação da análise para as informações referentes à história de vida dos idosos – ainda que cada autópsia seja a expressão de um registro biográfico único e particular – permitiu que outras relações fossem exploradas entre os casos. Graças ao conceito de homologia⁹, que instrumentalizou a nossa forma de olhar, foi possível estabelecer correspondências (ou conexões) por semelhança entre as formas de suicídio, que pareciam muito diferentes, e indicar uma origem comum para elas, pois “pela análise se pode ver que constituem expressões diretas, e relacionadas diretamente, com um processo social geral, do qual constituem também reações” (WILLIAMS, 1979, p. 107) e sobre o qual pretendo discorrer neste capítulo.

⁹ A homologia é um conceito originário das ciências biológicas que foi transposto para a análise social. Refere-se, na biologia, ao estudo das semelhanças entre estruturas de diferentes organismos que possuem a mesma origem embriológica. Nas ciências sociais, segundo Williams (1979), esse conceito permite o estabelecimento de correspondências (ou conexões) entre práticas aparentemente distintas, mas que apontam para uma origem e um desenvolvimento comum. Williams também distingue as correspondências homólogas das análogas, uma vez que estas são correspondências estabelecidas pela aparência e função dos fenômenos.

Entre as relações de semelhança que podem ser estabelecidas, uma chama a atenção de imediato: todos os idosos que cometeram suicídio tinham baixa escolaridade ou não frequentaram a escola, viveram na zona rural de seus municípios durante a vida produtiva e trabalharam como agricultores, o que podemos ver na Tabela 1. Muitos deles dedicaram-se ao cultivo do fumo e à agricultura de subsistência, o que é frequente nessa região do estado. Em Venâncio Aires, Candelária e São Lourenço do Sul é comum, em pequenas e médias propriedades, a plantação do fumo, apesar de todos os riscos à saúde que representa para os agricultores.

Nós sabemos que o fumo não faz bem pra ninguém, mas a cultura do povo aqui está enraizada com o fumo. As pessoas perguntam: por que tu não planta[s] mandioca? Mas, é tudo cultura. Aí, eu teria que trocar todas as ferramentas (Sobrevivente 12).

[...] o que a gente plantava já não dava mais renda. Aí, nós largamos aquilo e começamos a plantar fumo (Sobrevivente 5).

O forte dessa região é a fumicultura. Mas a gente planta de tudo pra comer bem [consumo próprio]. Se tem de tudo um pouco (Sobrevivente 1).

Nos municípios onde foram coletados os dados da pesquisa, há uma forte influência da cultura alemã, em virtude do tipo de colonização. O idioma, segundo Herédia e Casara (2000), cumpriu uma função importante de integração cultural na colônia alemã e, até hoje, tem sido transmitido para as novas gerações. Como Candelária e São Lourenço do Sul receberam os imigrantes alemães oriundos da Pomerânia, região devastada durante a Segunda Guerra Mundial, o pomerano arcaico ainda é frequentemente falado nessas localidades. A maioria dos idosos tinha ascendência alemã; por isso, muitos se comunicavam em dialeto no ambiente doméstico, para manter a tradição. Como nesse espaço as relações são permeadas pela afetividade, a língua, aprendida com os antecessores, acabava sendo utilizada na família também para expressar as emoções mais intensas de alegria e de descontentamento. Em algumas situações, a falta de fluência na língua portuguesa acabava por restringir a autonomia do idoso que, até mesmo para acessar o serviço de saúde, necessitava do acompanhamento de um familiar, como nos relata um

depoente: “[...] o pai tinha dificuldade de compreender, inclusive, o que o médico falava durante as consultas” (Sobrevivente 1).

Certamente, outros elementos culturais – além da língua –, mais difíceis de serem percebidos, devem se inscrever na teia de significação socialmente compartilhada dessas comunidades, influenciando mesmo aqueles que não têm relações de consanguinidade com os imigrantes alemães. Ainda que não seja o objetivo deste estudo discriminar esses elementos, alguns, como veremos na sequência, serão atribuídos a essa herança cultural no discurso dos depoentes. De qualquer forma, é no acervo de conhecimento comum (SCHUTZ, 1974) – que sofre a influência da imigração, mas a ela não se restringe – que vamos buscar compreender, por intermédio dos sobreviventes, a história de vida dos idosos que buscaram a própria morte. Das correlações estabelecidas entre os casos, emerge da análise um aspecto fundamental: todos os idosos, tanto os homens como as mulheres, trabalharam para viver e viveram para trabalhar. O trabalho era o que dava sentido (direção e significado) à vida. As mulheres, além dos cuidados com a casa, trabalhavam a terra tanto quanto os homens. “Nós laváva[mos] a casa quando dava. [No] mais era [ficar] só [na] lavoura. Tu acompanhava[s] o marido pra todo passo” (Sobrevivente 21). Em todas as histórias, o trabalho, como aparece nos depoimentos que se seguem, desempenhava um papel primordial no modo como os indivíduos organizavam suas vidas, sendo que para alguns a inserção nesse contexto ocorreu de forma precoce, ainda na infância, conduzida pelos próprios pais. Assim, as experiências ali adquiridas contribuíram, juntamente com escola, para o processo de socialização.

Ela só queria saber de trabalhar. Ligeira para fazer as coisas. Ela só sabia e queria saber de trabalhar. O dia que ela não pudesse ir à lavoura [...] (Sobrevivente 11).

A vida toda trabalhou na lavoura, a vida toda[...]. Ele [pai] contava muitas histórias do tempo da infância, quando aos oito anos iniciou a trabalhar [...]. Infelizmente, até hoje é assim na roça, os pais levam as crianças [...] (Sobrevivente 5).

Quanto à socialização anteriormente referida, sabemos que o trabalho é o espaço privilegiado, não só de aprendizagem de conhecimentos práticos, mas também de interiorização de normas e valores socialmente aceitos. Cabe lembrar

que os valores dos quais falamos aqui são uma parcela da cultura não material, que interpela seus produtores, como facticidade, sem que eles a reconheçam como sua própria produção. Esse sistema de valores, parte da realidade humanamente produzida, chega a tal nível de objetivação que é experimentado pelo homem como “lá fora”, exterior a sua consciência, e se mantém perene enquanto houver o reconhecimento coletivo (BERGER, 1985). O estudo das autópsias nos ajudou a compreender aspectos da cultura na qual os idosos estavam inseridos – entre eles, os valores em relação aos quais os indivíduos julgavam o êxito de sua trajetória de vida. O trabalho configurava um dever moral e a única forma digna de garantir a subsistência da família e a manutenção da pequena propriedade. Para os que plantavam na condição de pequenos arrendatários (meeiros), a força de trabalho era o único recurso de que dispunham para obter a terra, nem que para isso fosse preciso trabalhar de sol a sol.

Eles [o pai e a mãe] plantavam como meeiro, como era costume aqui. Começaram humildes, pobres. Não tinham nada. Foi preciso trabalhar muito, dia e noite, até que eles adquiriram, em 1982, aquela terra ali (Sobrevivente 1).

Como podemos constatar, uma vida correta e moralmente boa, nessas comunidades, está intimamente associada à valorização do trabalho por meio do qual se deve prover o sustento da família. Além do trabalho, o valor de um indivíduo passa pela avaliação da sua capacidade de cumprir com a palavra empenhada e de honrar as dívidas contraídas. De um modo geral, a dívida que coloca em risco o patrimônio da família deve ser evitada. A impossibilidade de atender a essas regras sociais gera culpa e vergonha. A desonra, na visão dos depoentes, justificaria, inclusive, a prática do suicídio. Essas regras de conduta e valores podem ser identificadas nos depoimentos que se seguem:

Nós tinha[mos] emprestado um dinheiro pra ele [irmão da idosa que se suicidou]. Ele não tinha mais sossego, teve que se matar (Sobrevivente 13).

Ele nunca fazia financiamento, essas coisas ele não queria fazer, ele sempre tinha medo, assim, de não conseguir pagar as coisas (Sobrevivente 7).

Por isso, eu digo, assim, nem que ela fosse trabalhar sem almoço, começasse de manhã cedo até de noite para pagar uma coisa [...]. Ela gostava, assim, de defender [honrar] o nome (Sobrevivente 12).

O trabalho, além de nos conferir um lugar na comunidade humana, é “o suporte central de manutenção da vida e de significação do eu no coletivo” (NARDI, 2004, p. 47). Daí seu grande paradoxo: ser, ao mesmo tempo, fonte de sofrimento e de prazer. Por meio dele, o ser humano precisa garantir a sua sobrevivência e, para tanto, enfrenta inúmeras dificuldades – como ocorre na agricultura, que exige dos trabalhadores o esforço físico e os submete a condições adversas. O sofrimento, segundo Dejours (1999), acaba sendo inerente ao processo de trabalho. Porém, se na cultura judaico-cristã o trabalho é frequentemente associado à ideia de castigo, punição e padecimento presente no texto bíblico¹⁰, ele também pode ser fonte de autorrealização e, conseqüentemente, prazer. Isso ocorre quando a comunidade e a família reconhecem no indivíduo a sua capacidade de trabalho e, juntamente com ela, outorgam-lhe outros atributos, próprios de um bom trabalhador, como força, bravura e honestidade, que podem ser repatriados para a esfera da identidade. Esse reconhecimento de valor por parte dos associados confere dignidade ao seu portador, como podemos verificar no trecho a seguir:

Apesar das dificuldades da vida do campo, gostava muito do trabalho que realizava na lavoura, se sentia realizado desenvolvendo essa atividade [...] Era um homem forte, trabalhava na lavoura e plantava fumo. Ele era um dos homens mais fortes que eu conheci, não por ser meu pai. Foi um homem trabalhador e dedicado à família. [...] Corajoso e forte (Sobrevivente 9).

O trabalho é um elemento tão importante nessas comunidades que a própria escolha da religião tinha de ser pensada de modo a não interferir no tempo dedicado à atividade produtiva. Um exemplo disso aparece em uma das histórias, na qual a troca de religião¹¹ da Igreja Católica para a Igreja Evangélica, longe de ser uma questão motivada pela magnificência da fé ou pela devoção fervorosa, ocorreu em

¹⁰ Como aparece nesta passagem bíblica: “[...] a terra será maldita por tua causa; tirarás dela teu sustento com os trabalhos penosos todos os dias de tua vida” (GÊNESIS apud JACQUES, 1995, p. 169).

¹¹ Religião e espiritualidade. A religião é institucionalmente socializada e está relacionada a uma doutrina coletivamente compartilhada, enquanto que a espiritualidade refere-se à busca por práticas subjetivas, individuais e não institucionalizadas (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

função de um critério racional, já que a exigência do pastor quanto à frequência no culto era menor que a do padre em relação às missas. Dessa forma, o vínculo com alguma Igreja era mantido, atendendo a uma demanda social, sem, com isso, desperdiçar o tempo que poderia ser empregado na lavoura com a religião, como veremos no depoimento:

Eram católicos [pais]. Depois, foram pra [igreja] evangélica. É que os católicos sempre têm o costume, sabe, de reclamar quando o pessoal não vai à missa; e o pai não era de ir muito à missa. O pai ia ali, pra lavoura trabalhar. A [igreja] evangélica, o culto era uma vez por mês só. Então, aquele dia era suficiente. O pastor era mais tranquilo, não incomodava; o padre, quando [alguém] não ia à missa, começava a incomodar, fazia aquele sermão, começava a dizer que isso e aquilo [...] (Sobrevivente 5).

Na verdade, o estudo das autópsias nos mostra que a dimensão religiosa ou espiritual não era um fator preponderante na história de vida dos idosos que se suicidaram. De um modo geral, o envolvimento com práticas religiosas institucionalizadas, como ir à missa ou ao culto, era esporádico ou quase inexistente. Não há, nos depoimentos, o registro de que os idosos pautassem suas vidas pela fé, fosse ela institucional ou não. Sobre esse tema, as informações são recorrentes. Tinham religião, mas não eram praticantes, como podemos constatar nos depoimentos: “Ele e a esposa eram evangélicos, mas não eram ligados à Igreja” (Sobrevivente 1); “Tinha [religião]. Católica, mas não era de ir muito” (Sobrevivente 14) ou “Religião Católica, mas frequentava pouco a Igreja” (Sobrevivente 8). A falta de fé seria um efeito, na perspectiva do sobrevivente, da herança cultural germânica. O mais curioso nesse trecho da entrevista, além da questão religiosa, é a posição de estrangeiro assumida pelo depoente, ainda que ele próprio represente a segunda geração de imigrantes alemães nascidos no Brasil:

Os alemães, nós, não temos muita fé, nós temos religião para dizer que temos. Mas, fé como os brasileiros [...]. A forma como eles falam de Deus, dos alemães não se escuta isso. O alemão valoriza mais o trabalho e os bens (Sobrevivente 5).

A ausência da fé, ao que tudo indica, parece ser um elemento importante na compreensão do comportamento suicida, uma vez que a espiritualidade, as crenças e as práticas religiosas, de acordo com os estudos da psicologia positiva (PANZINI;

BANDEIRA, 2007), proporcionariam o aumento do senso de propósito e significado de vida. A devoção – o amor ou temor – a Deus seria, por si só, um fator de proteção contra o suicídio, tendo em vista que, como ressalta Asnis (2013), as religiões tradicionais, excetuando-se atualmente o fundamentalismo islâmico, mostram-se contrárias à prática suicida. Além disso, sob a ótica religiosa, o pós-vida, para quem comete suicídio, é desencorajador.

Do ponto de vista da análise sociológica, a religião “justifica”, “legítima” e “explica” as mazelas do mundo humanamente produzido. Os homens, por serem privados de um mundo biologicamente determinado, precisam, como nos ensina Berger (1985), construir o seu próprio mundo, uma espécie de segunda natureza. “Esse mundo construído é a cultura. Seu escopo fundamental é fornecer à vida humana as estruturas firmes que lhe faltam biologicamente” (BERGER, 1985, p. 19). Ainda que seja esse o intento, as estruturas fabricadas pelos homens não têm a mesma estabilidade que caracterizam as estruturas próprias do mundo natural. A religião, ao dotar de sentido o mundo, faz com que as estruturas sociais pareçam duradouras e plausíveis, minimizando, dessa forma, a precariedade da ordem socialmente construída. A plenitude de sentido por ela oferecida funcionaria como um escudo capaz de proteger os seres humanos da ameaça do caos e da desagregação.

Se no plano individual a religião fortalece o senso de propósito, no plano coletivo ela torna plausíveis as incongruências do mundo humanamente produzido. O discurso religioso, de um modo geral, oferece consolo aos que creem e poderia ser um antídoto contra o sentimento de desamparo, que pode surgir em qualquer etapa da vida, mas em especial na velhice, quando o indivíduo se depara de forma mais intensa com a consciência de sua própria vulnerabilidade e finitude. Ao que tudo indica, os idosos que se suicidaram não puderam contar com esse apoio para lidar com as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, uma vez que suas convicções religiosas e espirituais não estavam alicerçadas em bases sólidas. No entanto, cabe ressaltar que a religião não é a única forma de dotar de sentido a existência humana; segundo Frankl (2008), existem outras possibilidades, como o amor por uma pessoa ou a dedicação a uma causa.

Na velhice, a principal tarefa evolutiva do indivíduo, segundo Eizirik, Kapczinski e Bassols (2001), é saber lidar com as perdas biopsicossociais inevitáveis associadas a essa etapa do ciclo vital. As mortes de pessoas significativas e a diminuição da capacidade física em função do surgimento de doenças ou, simplesmente, em decorrência do processo natural de envelhecimento, são algumas dessas perdas. É importante ter em mente que a velhice não tem uma relação direta com incapacidade física ou doença; porém, para os idosos dessas comunidades que, ao longo da vida, sobrecarregaram o corpo em função do excesso de trabalho e da falta de condições adequadas para realizá-lo, os problemas de saúde tornavam-se mais frequentes e acentuados. A penalização do corpo, de um modo geral, estava relacionada: (1) ao uso indiscriminado de agrotóxicos, comum no cultivo do tabaco, sem a utilização dos equipamentos de proteção individuais (luvas, máscaras e botas); (2) à exposição ao sol, que aumenta o risco de incidência do câncer de pele; (3) ao calor excessivo, em decorrência do uso de calça comprida e camisa de manga longa no verão, para proteger o corpo das queimaduras do sol; (4) à absorção da nicotina pela pele, que, como vimos anteriormente, pode causar a doença da folha verde do tabaco; (5) ao trabalho ininterrupto, considerado um fator de risco à saúde física e mental (DEJOURS, 1988), já que muitos agricultores não se permitiam descansar em feriados e finais de semana.

O ano todo tu vais para roça, sábado, domingo, Natal e Ano Novo. Às vezes, nem Páscoa tu tens. Férias o colono nunca tem. Sempre na roça. Não tinha dia nenhum. Eu mesma me estraguei na colônia. [...] A gente passava o veneno, sem luva, sem máscara, sem nada. Sempre trabalhando no sol. Aí tu coloca[s] manga comprida, roupa fechada e chapéu para se proteger. Se tu estás colhendo o fumo e começa a chover, tu agentas mesmo molhada e com frio (Sobrevivente 21).

Foi possível identificar, por intermédio das autópsias, que a perda da saúde era o maior temor dos idosos, pois poderia significar o afastamento parcial ou definitivo do trabalho. Enquanto o corpo suportasse, eles se mantinham na lavoura, mesmo quando o benefício da aposentadoria já havia sido conquistado. Em função das dificuldades físicas, alguns assumiam, para ajudar os filhos, as tarefas realizadas no galpão da propriedade, consideradas mais “leves”, como a separação

das folhas e o controle do forno para a secagem do fumo. Quando as condições físicas não mais permitiam a realização dessas atividades, os idosos, tanto os homens quanto as mulheres, ficavam responsáveis pelas tarefas domésticas e, por conseguinte, mais restritos ao espaço da casa.

Quando começou a ficar com dificuldade respiratória, dor, ela pedia que Deus não tirasse as mãos dela. Daí, ela começou a ficar ruim, nervosa, ela tinha bastante produção [quando trabalhava na colheita do fumo] (Sobrevivente 12).

Ele, mesmo estando aposentado, ajudava na agricultura. Para ele, ficar parado era pior (Sobrevivente 1).

Faz uns quatro anos, antes de acontecer [o suicídio], a gente não deixava mais ela ir à lavoura. Ela tinha um problema na perna, varizes, que doía muito. Primeiro, ela ficou no galpão. No fim, nem [ao] galpão a gente queria que ela fosse. Ela ficou na casa, cuidando da casa (Sobrevivente 11).

Sempre trabalhou como agricultor e estava aposentado. Ele tinha problema na próstata, aí ele quase não trabalhava mais, não ia mais para lavoura. Ele sempre parava só em casa, fazia o serviço de casa, essas coisas, na lavoura era muito difícil (Sobrevivente 7).

Contudo, se os idosos, em função dos problemas de saúde, não podiam mais arcar com as tarefas domésticas e com cuidado de si, o sentimento de inutilidade decorrente dessa nova condição tinha um efeito devastador sobre a identidade (autoconceito). Isso porque os “esquemas interpretativos”, as “máximas morais” e a “sabedoria tradicional”, nessas comunidades, definiam que uma vida boa e digna de ser vivida era aquela pautada pelo trabalho e pela utilidade do indivíduo, como podemos constatar nos depoimentos que se seguem. Segundo Berger (1985), é por intermédio desse *nomos* objetivo, ou seja, dessa ordem de significado comum interiorizada no decurso do processo de socialização, que os indivíduos acabam por avaliar subjetivamente sua experiência e, em última instância, o próprio sentido de sua vida.

Ela se achava inútil. Ela queria limpar uma casa e não tinha condições. Para descascar uma fruta, tinha que ajudar; ela tremia [em função do Mal de Parkinson] (Sobrevivente 14).

Eu acho que foi pior para ela parar de trabalhar (Sobrevivente 11).

[...] ele não conseguia mais pegar o comando das coisas, não podia mais trabalhar. Parece que foi que nem uma escada [decaindo] [...] (Sobrevivente 9).

No entanto, se as estruturas do mundo socialmente objetivado conformam as estruturas subjetivas da consciência individual e, conseqüentemente, o modo como o indivíduo interpreta suas vivências e sua própria biografia, como ele poderá se sobrepor aos “esquemas interpretativos”, às “máximas morais” e à “sabedoria tradicional” de sua comunidade? Para Berger (1985), o ser humano não é passivo diante das forças sociais que sobre ele incidem; ele participa ativamente do processo de apropriação do mundo social por intermédio de uma prolongada conversação com as pessoas que lhe são significativas. “Por pequeno que seja o seu poder de mudar as definições sociais da realidade, ele deve ao menos continuar a dar a sua aquiescência aos que o formam como pessoa” (BERGER, 1985, p. 31). Logo, existe sempre um espaço para o exercício da liberdade e autonomia, senão o futuro se apresentaria como uma mera repetição do passado e não haveria diferenças nos registros biográficos. Em outras palavras, se assim o fosse, todos os idosos dessas comunidades, por compartilharem dos mesmos padrões culturais (material e não material), diante de condições semelhantes de vida, teriam a mesma sina, antecipariam o fim de forma trágica.

De acordo com essa perspectiva teórica, o ser humano constrói o *nomos* subjetivo e o sustenta em conversação com os interlocutores significativos. Se essa conversação, por algum motivo, é interrompida drasticamente, ele experimenta o caos e a desordem. Essa separação do mundo social, ou anomia, é uma ameaça para o indivíduo que perde a sua orientação na experiência. Em situações extremas, essa perda pode afetar, inclusive, o senso de realidade. “A anomia é intolerável até o ponto em que o indivíduo pode lhe preferir a morte” (BERGER, 1985, p. 35). A ruptura nômica pode envolver forças coletivas, como a imposição religiosa de missionários cristãos sobre determinadas comunidades indígenas, ou ser “estritamente biográfica”, como a morte de um ente querido, o divórcio ou outro episódio impactante na trajetória de uma vida. “Em ambos os casos a ordem fundamental em termos da qual o indivíduo pode ‘dar sentido’ à sua vida e reconhecer a própria identidade, estará em processo de desintegração” (BERGER, 1985, p. 34-35).

Certamente, a viuvez, na velhice, ao lado de outras perdas, potencializa a fragilidade emocional do idoso, que terá que se deparar com mais um luto a ser elaborado. Por vezes, como sugere Berger (1985), essa experiência é tão intensa que pode afetar a relação do indivíduo com a vida, principalmente se o idoso, após a morte do cônjuge, tiver que morar sozinho. No caso deste estudo, praticamente todos os idosos, por ocasião do suicídio, pareciam resignados com a viuvez, e nenhum vivia só. Os viúvos e as viúvas, que não haviam contraído novo matrimônio, moravam com um dos filhos, em geral na própria propriedade que lhes pertencia – na tradição local, o filho que fica com a terra tem a incumbência de cuidar dos pais até o fim da vida. Esse acordo familiar é selado mesmo sem a manifestação do “beneficiário”, que, ao final das contas, concorda com a situação para não desapontar os irmãos e os pais.

Eu recebi, lá, [a terra] onde o pai morava, eu tinha que cuidar deles até o fim [...] Eu não decidi isso. Isso foi quando eu tinha uns seis anos. Eles fizeram [esse acordo] entre si (Sobrevivente 5).

Eu me comprometi com os pais e com os irmãos que ia cuidar deles. [...] Na verdade, eu não tinha coragem de dizer: não quero (Sobrevivente 1).

O fato de estarem próximos aos familiares, no mesmo terreno ou na mesma casa, não quer dizer que não experimentassem a solidão, mas essa proximidade, sem dúvida, os protegia do isolamento social que, segundo Cavalcante e Minayo (2012), constitui, por si só, um dos fatores de risco para o suicídio. Nenhum idoso estava abandonado à própria sorte, o que ocorre com frequência em grandes centros urbanos. Todos recebiam amparo emocional e auxílio nas atividades da vida diária, tanto que a maioria dos depoentes deste estudo “era o cuidador direto ou indireto da pessoa idosa e mantinha com ela um convívio cotidiano” (CAVALCANTE; MINAYO; 2012, p. 1947). Se a vida em comunhão, por um lado, favorecia as trocas de afeto e experiência entre as três gerações (a dos pais, filhos e netos), por outro, expunha as crianças ou os adolescentes ao horror da cena de morte do avô ou da avó, ao evento crítico (DAS, 1997, 2011; MISSE et al., 2012) que mudaria para sempre as suas vidas e que, no próximo capítulo, discutiremos mais detalhadamente.

Com o enfraquecimento do corpo, o surgimento de doenças e a interrupção da vida produtiva, restavam poucos interesses para que os idosos ocupassem o tempo, visto que o trabalho sempre foi o principal propósito de suas vidas. O lazer, entendido como o tempo dedicado especificamente à diversão e ao entretenimento, não era uma prioridade. Além disso, a diferenciação entre o trabalho e o lazer, própria da sociedade moderna e urbana, não é tão nítida, segundo Herédia e Casara (2000), em sociedades rurais com forte predomínio da tradição, como é o caso das comunidades onde os idosos estavam inseridos. Apenas dois idosos participavam de agremiações, os demais não gostavam muito de se afastar de casa e se distraíam com atividades mais prosaicas, como visitar um familiar ao final da tarde, eventualmente participar de um jogo de cartas, tomar um chimarrão com o vizinho, ir até a escola mais próxima para observar os outros conversarem, assistir de casa as crianças jogarem bola e escutar a natureza. Os programas de televisão e rádio não estavam entre as preferências, talvez em função das dificuldades com a língua portuguesa.

Sem dúvida, para quem aprendeu a conceber “toda a sua biografia (passada, presente, futura) em termos de” (BERGER, 1985, p. 30) produtividade, era muito difícil permitir-se a fruição do tempo e o prazer do ócio. Logo, sem o trabalho e sem ter outros interesses, o tempo custava a passar – como aparece na história do agricultor que se suicidou aos noventa e dois anos, para quem, no dizer de seu filho, “o tempo ficou interminável” (Sobrevivente 5). Essa vivência de um alargamento do tempo nos dá uma dimensão do que é a existência sem a perspectiva de futuro e em relação a qual nada mais se tem a esperar. Aos poucos, a vida torna-se desprovida de valor, e continuar a mantê-la não faz sentido quando o corpo está enfraquecido e quando se supõe não ter mais nenhuma serventia para os outros. Esse parece ser o drama dos idosos, que, como nós, foram levados a crer que o valor da vida está na capacidade produtiva, no quanto se pode ser útil à sociedade – na verdade, a vida só terá valor para o próprio indivíduo enquanto ele puder dotá-la de sentido independentemente das circunstâncias, mesmo diante da interrupção do trabalho e do adoecimento. Para Frankl (2008), o ser humano não é destruído pelo sofrimento, mas pelo sofrimento no qual não consegue encontrar algum sentido.

A essa vivência da perda de sentido, Frankl (2008) chama de vazio existencial. Por vezes, as pessoas têm condições suficientes para viver, mas não

têm mais *por que* viver. O autor, após ter sobrevivido à crueldade dos campos de concentração e extermínio nazista e, lá, ter presenciado o suicídio de vários companheiros, fundamentou sua concepção teórica, a logoterapia – uma vertente do existencialismo –, na busca do ser humano por um sentido para a sua existência. Ele postula a vontade de sentido, o eixo central de sua teoria, em oposição ao princípio do prazer (ou vontade de prazer), sobre o qual se ergue o legado freudiano, e em contraposição à vontade de poder, que sustenta a psicologia adleriana. Segundo o autor, o ser humano pode suportar as piores circunstâncias de vida se tiver uma razão, um sentido para continuar vivendo. Dessa forma, não seria a busca pelo prazer ou a fuga da dor – ou, ainda, a necessidade de poder – que daria a ele a sustentação necessária, mas sim um sentido pelo qual viver. O interessante é que Berger (1985), por um caminho teórico distinto, aproxima-se de Viktor Frankl ao considerar – a partir da pressuposição antropológica – que a exigência de sentido no ser humano “parece ter a força de um instinto” (BERGER, 1985, p. 35).

De acordo com essa perspectiva teórica, existem inúmeras possibilidades de dotar de sentido a existência – não apenas quando se está usufruindo de uma vida plena de oportunidades a serem concretizadas, mas também diante de um destino trágico e do sofrimento que dele possa advir. Por vezes, o único sentido que permite ao indivíduo elevar-se acima da sua própria condição de sofrimento pode ser um valor transcendente, a fé em Deus, ou a consciência de sua responsabilidade em relação às pessoas que o amam e que certamente sofreriam caso sua escolha fosse pela precipitação da morte. Por mais restritivas que possam ser as circunstâncias, o ser humano tem sempre a possibilidade de escolher o sentido que dará à sua existência e a si mesmo.

O sofrimento proveniente da falta de sentido em relação à vida, ou vazio existencial para Frankl (2008), não é em si uma manifestação patológica. É próprio do ser humano se questionar se a sua vida realmente vale a pena. Porém, esse estado emocional pode se tornar patogênico e levar a um quadro de depressão. Alguns idosos tinham esse diagnóstico clínico, outros, ainda que não tivessem, manifestavam desânimo e tristeza, o que levava os familiares a crer que sofressem de depressão. Não temos como saber, ao certo, se essas manifestações faziam ou não parte de um quadro depressivo, tampouco se elas eram causa ou consequência de alterações neuroquímicas. Contudo, mesmo em um quadro de depressão severa,

resta para o indivíduo a liberdade última de decidir sobre seu destino, de antecipar ou não sua morte. Se os idosos tivessem consciência do valor de suas vidas, “não apenas a realidade do trabalho realizado e do amor vivido, mas também a realidade dos sofrimentos suportados com bravura” (FRANKL, 2008, p. 145), talvez pudessem ter construído outro final para suas vidas.

A análise das autópsias permitiu que se estabelecessem correlações entre as histórias de vida dos idosos a partir das semelhanças que foram apresentadas até aqui. Também foi possível acessar, em parte, o acervo de conhecimento comum por meio do qual os indivíduos avaliam o sentido de sua vida. Nele, fica evidente a desvalorização da velhice e a atribuição ao velho do significado de inutilidade. Ainda que não tenhamos esgotado o material contido nas autópsias, que serão apresentados, agora, sob a perspectiva daquilo que as diferencia, algumas informações nos ajudam a compreender o fenômeno. O suicídio, nessas localidades, embora expressivo entre os mais velhos, também se manifesta em outras faixas etárias, o que nos leva a crer que seja uma saída culturalmente construída diante de situações de desespero e frustração existencial, com a qual a sociedade se mostra bastante condescendente.

É curioso observar que a população local parece não estranhar mais as ocorrências de suicídio. Essa maior “familiaridade”, como já havia referido antes, não quer dizer ausência de sofrimento, mas certo conformismo. Nos municípios que foram objeto deste estudo, os moradores, tanto da zona rural quanto urbana, têm muitas histórias sobre suicídio para contar e indicam com facilidade as famílias nas quais o fato tenha ocorrido. O fenômeno em si parece fazer parte do cotidiano, como sugere o depoente: “Quem conviveu com o pai nunca ia dizer que ele faria o que fez. Podia ter um enforcado no mato e ele ia lá pegar e até criticava” (Sobrevivente 9). A prática do suicídio parece estar tão arraigada na cultura local que é comum ouvirmos dos membros da comunidade – não dos sobreviventes – o seguinte comentário: “onde tem alemão e muita árvore, não dá para vender corda”, em uma forte alusão ao risco do suicídio por enforcamento. O riso que, em geral, esse dito jocoso produz nos dá a dimensão do quanto esse saber compartilhado sobre a morte por autoextermínio é uma possibilidade em aberto, sempre à espreita dos desafortunados.

Se, até o presente momento, vimos as conexões por semelhança entre os casos de suicídio, que apontam para uma origem social comum, podemos, agora, passar para outro nível de análise, que nos permitirá explorar o fenômeno por meio de tipificações. É possível identificar aspectos específicos ligados à morte que parecem interagir e se sobrepôr aos fatores já descritos e que diferem entre si. Há o registro, em algumas autópsias, de que o idoso manifestava preocupação e profundo desconforto em relação ao trabalho que julgava dar aos familiares, principalmente quando necessitava de auxílio para cuidar de si próprio (higiene, alimentação, medicação). Isso porque eles foram socializados para serem úteis aos outros e jamais causar incômodo. Essa sensação de ser um estorvo para a família ou a perspectiva de vir a ser, com a piora real ou imaginária do seu quadro de saúde, sem dúvida respaldava a decisão de abandonar a vida.

Ela tinha muito medo de ficar numa cadeira de rodas e não poder caminhar. O medo da vida. Ela dizia: eu sou muito gorda, como vocês vão me cuidar? Ela tinha medo de ficar inválida. Pesava noventa e poucos quilos (Sobrevivente 12).

A gente já tinha visto que ele estava perturbado por causa da doença, em função da perna. Ele dizia: eu que podia caminhar tão bem e, agora, estou dando trabalho (Sobrevivente 3).

Ele [estava] cansado da vida. Não sei se pelo sofrimento que a mãe teve, apodreceu a perna. Ele queria evitar isso. Evitar esse sofrimento para nós (Sobrevivente 5).

Cabe ressaltar que as doenças crônicas e dolorosas tornam os indivíduos mais vulneráveis ao risco de suicídio. Na revisão de literatura feita por Minayo e Cavalcante (2010), essa relação aparece como sendo mais significativa nas seguintes enfermidades: neoplasias, problemas neurológicos, complicações cardiopulmonares e doenças urogenitais (em homens). Contudo, segundo Pessini e Bertachini (2005), a perda da autonomia e o medo de se tornar um estorvo para os outros são, antes da dor física, os motivos mais frequentes nos Estados Unidos para a solicitação do suicídio assistido ou eutanásia. Sem dúvida, o risco de suicídio tende a aumentar quando, além da dor física, existe no idoso o sentimento de que é um incômodo para os seus familiares:

Sentia bastante dor, tinha tirado um rim, colocado marca-passo, problema entre marido e mulher, ele pensou: o [por] que eu estou estorvando os outros? A minha vida não vale mais nada, o [por] que eu vou ficar incomodando os outros? (Sobrevivente 9).

Nesses casos, é interessante observar que os idosos fizeram uma despedida silenciosa da vida e dos familiares, que somente foi percebida após a ocorrência do evento crítico (DAS, 1997, 2011; MISSE et al., 2012). Uma das idosas, no dia anterior ao suicídio, visitou os filhos para se certificar que todos estavam bem; saboreou, no almoço, o prato que mais gostava e que há dois anos evitava comer; e pediu à filha que lavasse sua roupa predileta, com a qual foi encontrada morta. Outra idosa, que se preocupava muito com o filho caçula, manifestou o seu contentamento com o matrimônio do rapaz ao dizer: “Agora, posso morrer feliz”. Antes de morrer, “fez tudo com muito cuidado, porque o galpão estava cheio [de folhas]. Acendeu o cigarro, fumou e apagou o toquinho” (Sobrevivente 11), permitiu-se esse último prazer. Esses idosos pareciam seguros quanto à decisão de se excluir da vida para não mais incomodar os familiares nem padecer com as enfermidades.

Essa atitude tranquila em relação à vida e à morte, que caracteriza a primeira tipificação (tipo 1), contrasta com outros casos de suicídio (tipo 2) nos quais os idosos, tanto homens como mulheres, tiveram ao longo da vida um comportamento agressivo e, por vezes, violento em relação aos familiares. A viúva de um deles comentou: “Ele batia em mim, quebrou meus dentes, inclusive me espancava com uma foice, desde que ficou doente” (Sobrevivente 4). Os filhos de outra idosa também relataram o quão conflituoso era o relacionamento dos pais: “À noite, quando estavam deitados, começavam a se xingar, brigavam, um dava tapa no outro, falavam em pomerano” (Sobrevivente 13). Como esses indivíduos dispunham de poucos recursos internos, ao que tudo indica, para lidar com as frustrações existenciais, parecem não ter suportado as perdas ligadas à saúde, à capacidade de trabalho e à autonomia. Em dois casos, a força destrutiva, nos momentos que antecederam a morte, eclode sem qualquer possibilidade de simbolização (sem mediação), sendo direcionada não apenas contra si mesmo – o que caracteriza o ato suicida (FREUD, 1917/1987) –, mas contra os objetos que portavam a sua

história de vida e, inclusive, em um dos casos, contra os animais, que foram envenenados.

Ela quebrou a cozinha. Ela quebrou tudo. Quando nós voltamos, a casa [es]tava toda bagunçada. Ela quebrou tudo, cama [...]. Ela queimou tudo, o cartão dela. Não sobrou nada [documentos]. Nos porcos e nos burros, ela botou veneno (Sobrevivente 13).

Antes de se matar, quebrou tudo dentro de casa. Eu nunca mais consegui comprar nada novo (Sobrevivente 4).

Por fim, na última tipificação (tipo 3), os aspectos materiais e financeiros parecem interagir com os demais fatores do núcleo comum. A perda de tudo o que foi conquistado com tanto sacrifício produz uma ruptura nômica (BERGER, 1985) na medida em que coloca em questão o sentido de uma vida inteira dedicada ao trabalho. O sofrimento de ver seu projeto de vida arruinado pode, inclusive, desencadear o adoecimento mental. Esse foi o desfecho da história de um dos agricultores que, mais tarde, na velhice, cometeu suicídio. Ele e a esposa perderam toda a plantação de fumo em função de um temporal. Seria a primeira safra na terra que havia sido recentemente adquirida. A impossibilidade de pagar as dívidas assumidas levou-o a tamanho desespero que precisou ser internado em função da depressão. Com o passar dos anos, sem o tratamento adequado, seu estado de saúde foi se deteriorando, o que, certamente, influenciou no desfecho trágico. Segundo seu filho, ele ficou “apavorado” diante da perda e do endividamento – a partir desse testemunho, podemos imaginar o pavor que o indivíduo experimenta ao perder suas economias ou a safra, quando sabe que não tem mais condições físicas nem o tempo de vida necessário para recuperar tudo. Esse parece ser o caso de um dos idosos que, sem querer, colocou fogo no galpão onde estava armazenada toda a safra de fumo. Ele saiu em desespero do local e se matou com um tiro na cabeça. Da mesma forma, podemos imaginar o sofrimento de outro idoso ao ver seu patrimônio ameaçado com a possibilidade de um período de seca, que poderia inviabilizar o pagamento de um empréstimo contraído pelo filho e com o qual não concordava.

[...] como fumava, ele pode ter deixado um toco de cigarro cair e o incêndio ter começado. Ele não soube o que fazer e, de repente, acho que iam culpar ele... e fez o que fez (Sobrevivente 2).

Ele se preocupava muito. No ano [em] que ele se matou, nós tinha[mos] financiamento. Aí ele sempre dizia que [es]tava muito seco e que nós não ia[mos] conseguir pagar. Só que nós sempre conseguimos, mas ele se preocupava, ele achava que nós não ia[mos] conseguir pagar (Sobrevivente 7).

Foi possível isolar os aspectos específicos (sensação de ser um estorvo, histórico de violência e perda financeira) para construir os tipos (tipificações) de suicídio que, aqui, foram apresentados. Porém, alguns casos são formas híbridas nas quais interagem, além de fatores do núcleo comum, mais de um elemento específico, como, por exemplo, a perda financeira e o medo de ser um incômodo para a família ou histórico de violência e a perda financeira, entre outras combinações. Isso ocorre justamente porque a vida sempre é mais complexa do que as nossas possibilidades de explicá-la. A intenção deste capítulo era demonstrar a construção do evento crítico (DAS, 1997, 2011; MISSE et al., 2012) – o ato suicida – que tem consequências indeléveis na história dos sobreviventes e sobre as quais iremos ainda discutir. Chegamos, então, à morte em si, ou ao horror da cena da morte. Com exceção do idoso que tirou a própria vida com o uso da arma de fogo, o método de perpetração utilizado pelos demais foi o enforcamento. Em nenhum caso um bilhete foi deixado para os familiares, o que pode ser facilmente compreendido, uma vez que a escrita, mesmo para os alfabetizados, não fazia parte do mundo no qual viviam.

O suicídio, como toda conduta humana, é portador de significados. Segundo Dejours e Bègue (2010, p. 23), a falta de elucidação da mensagem que é endereçada à família e à comunidade só “agrava o sentimento de impotência, de resignação, [...] de desespero”. Certamente, o local escolhido para a morte participa da ordem da mensagem, por isso, chama a atenção o fato de que sete, dos quinze suicídios estudados por meio das autópsias, ocorreram no galpão da propriedade – o local destinado exclusivamente ao trabalho. Apenas três casos ocorreram dentro da residência, os demais idosos foram encontrados próximos à casa. Como para os agricultores os espaços de moradia e de trabalho se confundem (DEJOURS; BÈGUE, 2010), o fato de o suicídio não ter ocorrido no galpão não exclui as relações que possam existir entre a morte e a vida produtiva. Sabemos, por intermédio dos sobreviventes, o quanto a perda da capacidade de trabalho colocava em risco o sentido que os idosos construíram para suas vidas. Na verdade, para que o

indivíduo aceitasse melhor a interrupção da vida produtiva, seria necessário que ele ressignificasse sua existência, o que, como podemos supor, não era algo tão simples assim.

De qualquer forma, se a mensagem endereçada à comunidade dá relevância às questões do trabalho e do valor de utilidade da vida, ela também denuncia um sofrimento inaudito, o desespero de pessoas que acreditaram que suas vidas perderam o significado social. A morte por suicídio rompe com o silêncio e nos convoca a refletir sobre a hierarquia de valores da nossa sociedade e, de modo específico, sobre o lugar de desvalia que destinamos aos mais velhos. Ainda sobre o significado da mensagem, chama a atenção o fato de que alguns idosos estavam ajoelhados quando seus familiares os encontraram. Eles poderiam, no último instante, ter evitado o enforcamento colocando os pés no chão, mas a determinação pela morte, nesses casos, foi mais forte que o impulso de preservar a vida. Morrer de joelhos, de certa forma, é morrer vencido pela vida, rendido pelas dificuldades, resignado, o que nos remete à letra desta música, já que a arte, mais do que a ciência, pode traduzir com leveza as dores da alma: o velho sem conselhos/ De joelhos/ De partida/ Carrega com certeza/ Todo peso/ Da sua vida/ Então eu lhe pergunto pelo amor/ A vida inteira, diz que se guardou/ Do carnaval, da brincadeira/ Que ele não brincou/ Me diga agora/ O que é que eu digo ao povo (HOLLANDA, 1989).

5 O SUICÍDIO DE IDOSOS E SEUS EFEITOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar uma série de acontecimentos que ocorrem após a consumação do ato suicida. Para tanto, foram analisados, além do material produzido nas autópsias psicossociais, o depoimento de outros sobreviventes que também tiveram casos de suicídio de idosos em suas famílias. De certa forma, o conjunto de dados que aqui será apresentado permite que se visualize o motivo pelo qual consideramos o suicídio, para fins deste estudo, um evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012; VIERA, 2009) de ampla magnitude no espaço e no tempo. Isso porque não só os que estão em torno da vítima são atingidos por essa morte, mas também outros membros da comunidade (socorristas, religiosos, policiais e profissionais de saúde). Os efeitos desse evento crítico são difíceis de dimensionar e podem reverberar durante gerações por meio da história familiar e do legado cultural dessas comunidades. O suicídio instaura o que Berger (1985) denomina de ruptura nômica, colocando em risco a ordem de plausibilidade do mundo socialmente construído. As pessoas mais próximas à vítima, além do trabalho de luto pela perda em si, terão a difícil tarefa de encontrar um sentido para o evento trágico. Por isso, o termo sobrevivente, consagrado pela literatura científica (BARLOW; MORRISON, 2002), nos parece adequado para designar as pessoas que são drasticamente afetadas por essa trágica morte. Sem dúvida, é muito doloroso para elas falarem sobre o assunto e, ao mesmo tempo, o silêncio sobre essa vivência torna mais difícil seu processo de elaboração, como veremos ao longo deste capítulo.

O silêncio que recai sobre a morte por suicídio não é uma prerrogativa dos sobreviventes. De um modo geral, esse tema, por ser um tabu em nossa sociedade, tende a ser silenciado pelo desconforto que provoca entre as pessoas. Talvez seja em função disso que eu mesma tenha evitado, até o presente momento, descrever com maior riqueza de detalhes a cena do suicídio em si. Contudo, penso que, aqui, esse maior nível de detalhamento¹² torna-se necessário para que possamos dimensionar a intensidade dessa experiência e para entendermos a dor lancinante

¹² Existe, nos depoimentos, a recorrente produção de um discurso mórbido sobre a cena de morte dos idosos em função da riqueza de detalhes com os quais os sobreviventes descrevem o evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012). Esses dados, por uma opção de recorte teórico, não foram incluídos na tese, mas poderiam ser objeto de análise de outro estudo.

que ela causa aos familiares da vítima. Por isso, ninguém melhor do que um dos sobreviventes para narrar o ocorrido:

A mãe chegou, ela [es]tava colhendo amendoim na roça. [Es]tava começando a escurecer... Ela perguntou onde é que [es]tava o pai [...]. Daí, eles foram procurar lá na morada antiga, no galpão [...] e ele [es]tava ali dentro. Quem encontrou foi a minha filha de treze anos. Ela veio correndo e, da janela, disse para mim: “Pai, o vô se enforcou” – falou em alemão. “O que?” – eu não entendi. Ela começou a chorar, e aí eu compreendi o que ela quis dizer. Comecei a tremer, quase não tinha condições de caminhar mais. Perguntei: “Onde é que ele [es]tá?” Sem me dar conta, peguei a lanterninha, já era noite, e fui correndo para lá. Ele [es]tava de costas, o joelho apoiado num degrauzinho, um piso. Eu olhei aquilo e, indignado, comecei a tentar tirar a corda. Pedi uma faca para cortar, mas demorou. Daí eu consegui tirar e botar ele deitado. Mas quando eu vi ele de frente, já era tarde (Sobrevivente 1).

A negação, de acordo com Kübler-Ross (1997), é a primeira reação que uma pessoa tem diante da notícia de uma morte. É um mecanismo inconsciente de defesa que tem por objetivo proteger de modo temporário o indivíduo do impacto da realidade. Ela pode se manifestar, como no episódio acima, em uma impossibilidade momentânea de compreensão do que está sendo dito ou, ainda, do que está sendo visto, como aparece neste trecho da entrevista no qual a esposa da vítima (Sobrevivente 4) relata sua primeira impressão ao encontrar o marido ajoelhado: “Levanta que não é hora de rezar. Ele estava com uma cor diferente. Chamei ele de novo. [...] Eu não via a corda”. Foi preciso a chegada de um vizinho para que ela pudesse, por intermédio de suas palavras, entender o que havia acontecido: “É tarde. Ele se matou. Aqui está a corda – disse ele para mim” (Sobrevivente 4). Em muitos casos, os pais não conseguem evitar que as crianças vejam a cena – isso quando não são elas mesmas que encontram os avós. É muito difícil imaginar o que os sobreviventes sentem ao encontrar um ente querido naquelas condições:

[...] imagina tu tirar[es] um familiar teu da forca. Imagina eu chegar e o cachorro mostrar que tua mãe [es]tá enforcada (Sobrevivente 12).

O menino veio com o pai, quando [es]tavam carregando ele. [...] Não era pra olhar, mas o menino disse que ele tinha olhado ele [o avô] enrolado no cobertor (Sobrevivente 2).

Ainda consternados com a situação, os sobreviventes terão que se deparar com as providências legais, como o comunicado da morte à polícia. “Nós chamamos a polícia, eu não conseguia andar” (Sobrevivente 12). Em casos de suicídio, o corpo da vítima deve ser encaminhado ao Departamento Médico-Legal para que os peritos formalizem o auto de necropsia. Quando o município não tem esse serviço, o encaminhamento deve ser feito à cidade mais próxima. A intervenção dos policiais junto à família nem sempre ocorre de forma tranquila, especialmente se os familiares, na tentativa desesperada de reanimar o idoso, alteraram a cena do “crime”. Esse comportamento pode levar a polícia a suspeitar que, em lugar de um suicídio, trata-se de um homicídio, como aconteceu no caso a seguir:

Veio a Polícia Civil e disse que não podia ter cortado a corda. Ela [filha] queria se botar no policial. Eu disse: “Calma, filha”. Ela dizia para o policial: “Se fosse teu pai, tu ia[s] cortar também”. Queria se botar... Tivemos que segurar ela. Eu tive que ir à delegacia. Fui com um cunhado e uma irmã minha. Cheguei lá e eles já estavam com a foto dele [meu marido] no computador. Aí, [disseram] que não podia ter cortado a corda, que [a morte] podia ser briga por causa de terra (Sobrevivente 17).

Além da dor emocional, os sobreviventes, em uma situação como essa, precisam lidar com o constrangimento da suspeita que sobre eles paira até que fique comprovada a causa da morte. O impacto desses acontecimentos pode ocasionar a privação repentina de significados e, conseqüentemente, a perda de orientação na experiência. Quando isso ocorre, até que novos significados sejam produzidos, há sempre o risco de que alguém mais próximo à vítima possa atentar contra a própria vida, já que a morte, como ensina Berger (1985), é preferível ao estado de anomia. Mesmo sem conhecer as teorias sociológicas, os sobreviventes, em sua simplicidade, estão cientes desse perigo e, por isso, são capazes de tomar algumas precauções, como fez o irmão da jovem que havia discutido com o policial – ao perceber o desespero da irmã, ele pediu que escondessem a arma de fogo para que ela não fizesse “nenhuma bobagem”.

Essa vontade de desistir da vida não aparece apenas no período próximo ao suicídio, como nos relatou o filho de uma idosa (Sobrevivente 11): “Deus o[me] livre, tinha horas que dava vontade de ir atrás dela”. Ela poderá eclodir mesmo anos após o evento crítico, porque a passagem do tempo em si não significa que a vivência

tenha sido elaborada. Os estudos mostram (DEJOURS; BÈGUE, 2010; RIO GRANDE DO SUL, 2011) que a perda de um ente querido, nessas circunstâncias, coloca o sobrevivente em uma posição de vulnerabilidade em relação ao suicídio. Foi possível constatar isso no relato de um senhor de meia idade que, quando jovem, encontrou o avô, com quem tinha uma forte ligação afetiva, enforcado no galpão da propriedade. Ainda que tenham se passado três décadas do evento crítico, a cena da morte se presentifica em sua memória, como ele (Sobrevivente 19) mesmo refere: “Aquilo fica dentro da pessoa, até hoje”. Atualmente, esse senhor manifesta a ideia suicida, o que tem sido motivo de preocupação da esposa, já que, em mais de uma ocasião, ela o ouviu dizer: “Um dia, tu vai[s] me encontrar assim também [enforcado]”. Durante a entrevista, foi ela quem explicitou a situação de risco com o intuito de ajudá-lo. Além do tratamento clínico com o uso de psicofármacos, ele precisaria de uma rede de cuidados que lhe oportunizasse também suporte emocional, o que seria possível se o seu município tivesse um programa de prevenção ao suicídio semelhante ao que existe em Candelária, conforme descrevemos anteriormente.

Mas retomemos a cena da morte: diante do suicídio, a reação mais frequente é de perplexidade¹³, pois, como lembra um sobrevivente: “[...] ele [idoso] nunca falou que ia fazer uma coisa dessas” (Sobrevivente 2). Contudo, mesmo nos casos em que a intenção de morte era manifesta, os familiares achavam que se tratava apenas de mais uma queixa, não imaginavam que isso fosse realmente acontecer. “Os filhos e netos, ninguém acreditava no que havia ocorrido” (Sobrevivente 5). Como a compreensão de que os sobreviventes dispõem é parcial, dada a complexidade do fenômeno, nenhum dos fatores, visto por si só, parece justificar a ocorrência do evento – até mesmo porque todos conhecem idosos que, em condições semelhantes, lutaram até o fim por suas vidas. “É aquela coisa que a gente busca, busca entender, mas não consegue” (Sobrevivente 11). Alguns sobreviventes se dispuseram a participar do estudo com o intuito de contribuir para a produção de conhecimento nessa área: “Por isso, quando a moça falou da pesquisa, eu queria ajudar, para ver se um dia os médicos conseguem entender por que eles acabam fazendo isso” (Sobrevivente 2). Sem compreender os motivos, não sabem

¹³ “Perplexidade. S.f. [...] estado de perplexo; perplexidez. Etim. lat. *Perplexitas*, âtis. ‘entrelaçamento, encabrestamento; confusão, enredo, trapalhada, misturada’, [ver] sinonímia de confusão e hesitação e antinómia de prática” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 754).

sequer o que devem dizer aos outros: “Eu disse para o meu irmão mais velho, que mora lá embaixo: o que eu vou te dizer?” (Sobrevivente 11). Esse trecho da entrevista nos remete à música: “O que é que eu digo ao povo/ O que é que tem de novo/ Pra deixar/ Nada” (HOLLANDA, 1989).

O sofrimento dos que ficam não se restringe apenas ao que deve ser dito aos outros, mas o que dizer a si próprio sobre essa morte, de que maneira dotá-la de sentido. Até que isso ocorra, a ordem de plausibilidade do mundo por intermédio da qual o indivíduo interpreta sua vida e estrutura sua identidade estará em suspenso (BERGER, 1985). O sobrevivente começa a duvidar de sua própria capacidade cognitiva, já que o conhecimento à mão (SCHUTZ, 1974) não foi suficiente para decodificar as evidências no comportamento do idoso que, de certa forma, já anunciavam sua intenção de pôr um fim na própria vida. Se ele não foi capaz de antecipar no outro o comportamento suicida, como poderá reconhecer esse risco em si próprio? É por isso que há uma sensação de perplexidade, desorientação e incerteza em relação à experiência, uma vez que sua sustentação, o Outro (generalizado) – que se apresenta, segundo Schutz (1974), como um si-mesmo parcial – começa a esmorecer.

A ausência de uma explicação que justifique o ato suicida, apesar de ser um constrangimento para os sobreviventes, não é uma demanda dos membros da comunidade, que, mesmo sem compreender, não parecem estranhar quando ocorre mais uma morte dessa forma nem constroem os familiares com questões para as quais eles não têm resposta. Em nenhum dos casos, a família enlutada ficou só. Os amigos e vizinhos, por vezes, já se faziam presentes antes mesmo da chegada da polícia e permaneciam ao lado dos familiares até o final da cerimônia fúnebre. Ainda que o suicídio seja condenado pela maioria das religiões (ASNIS, 2013), todos os sobreviventes puderam enterrar seus mortos com os ritos litúrgicos e, assim, prestar-lhes a última homenagem. No passado, “os suicidas não podiam ser enterrados no mesmo cemitério que os mortos regulares, nem suas sepulturas receber a bênção sacerdotal” (RODRIGUES, 2006, p. 64), o que certamente aumentava o sofrimento dos amigos e parentes (NETTO, 2013). Sem dúvida, o apoio da comunidade e a presença dos religiosos servem de alento, mas não eliminam a profusão de sentimentos com os quais os sobreviventes terão que lidar. Por vezes, os próprios

religiosos podem ser afetados por essa morte violenta, como aparece no depoimento a seguir:

O padre era muito amigo da vó. Até foi comovente no sermão dele, que ele falou, assim, que ele se sentiu culpado, sabe. Porque, naquela semana, ele não tinha conseguido ir à casa dela. Ele ia todo sábado ou domingo lá, conversar com ela. E ele não tinha ido naquela semana (Sobrevivente 20).

Os sentimentos dos sobreviventes em relação ao morto são intensos e, muitas vezes, contraditórios. Além de tristeza, alguns referiram sentir culpa, como ocorreu com o religioso, por não terem percebido a gravidade da situação ou por não terem, apesar de todos os cuidados, conseguido evitar o desfecho trágico, como relata a esposa (Sobrevivente 4) de uma das vítimas: “Depois do suicídio, foi um choque pra gente, trouxe só tristeza. Me sinto culpada por facilitar naquele momento”. Há também a mágoa pelo fato de o idoso não ter pensado no sofrimento que a sua morte acarretaria à família: “[...] o pai não pensou em mim” (Sobrevivente 18). Em alguns casos, prevalece o remorso, principalmente se os familiares estavam afastados e não tiveram a oportunidade de se reconciliar antes da morte. Por vezes, a família pode interpretar o suicídio como um ato de traição e, no lugar do carinho, aparece o ressentimento em relação à pessoa que morreu: “[...] ela nos passou para trás. Aquele dia ela fez uma cachorrada [conosco]” (Sobrevivente 11). Existe também a saudade que é referida pelos netos de um dos idosos (por meio das palavras do pai das crianças) e pela nora de outro, nos depoimentos a seguir:

Eles falam muito do avô deles, até hoje. Quando quebra um carrinho, o menino diz: “o vô arrumava. Tu não [tens] tempo” (Sobrevivente 2).

Ele ficava na cozinha, eu fazia o serviço, e a gente podia conversar. Eu disse pra ele: “quando a gente fica velho, os filhos tem que cuidar dos velhos, porque os velhos ficam crianças”. [...] Nos primeiros tempos, foi difícil, me pesou, a gente tomava chimarrão; era meu companheiro de chimarrão (Sobrevivente 3).

Certamente, uma das maiores dificuldades que os sobreviventes enfrentam é encontrar um sentido para esse desfecho trágico. Segundo Dejours e Bègue (2010, p. 24), a “opacidade de sentido de uma conduta tão grave” como essa aumenta os riscos suicidários entre os que ficam. A falta de elucidação da mensagem que o

suicida endereça à comunidade só potencializa a dor emocional dos familiares e das pessoas mais próximas. O autor é ainda taxativo ao afirmar que a falta de inteligibilidade torna mais difícil a elaboração do luto. “Tem coisas que a gente fica sem resposta” (Sobrevivente 6). O suicídio, de certa forma, faz com que os sobreviventes se questionem sobre a existência de um propósito que justifique as suas próprias vidas: se eles – os amigos e parentes – não foram um motivo suficiente para inspirar nos idosos o desejo de viver, o que, então, pode dar sustentação à vida? Existe algo ou alguém por quem vale a pena viver?

Se analisarmos a questão do propósito da vida a partir da lógica de projeto proposta por Schutz (1974), podemos perceber que os sobreviventes acreditavam, até então, conhecer os “motivos para” os idosos quererem viver, entre os quais estariam o apego à terra, aos animais, à plantação e, principalmente, o amor a eles, seus familiares – motivos que eles próprios tinham adotado, por reciprocidade (ou espelhamento), como justificativa para suas vidas. O suicídio não só interrompe a conversação com os outros significativos (MEAD, 1982) como coloca um problema fundamental para os sobreviventes: se eles não foram um motivo suficiente para os idosos lutarem pela vida, teriam sido eles, por omissão ou ação, o “motivo por que” os idosos optaram pela morte? Essa preocupação não é incomum, e podemos percebê-la, por exemplo, no relato do Sobrevivente 5. Ele lembra com pesar que, no dia anterior ao suicídio, seu pai havia se oferecido para ajudá-lo na lavoura, o que não aceitou. Na ocasião, respondeu: “O senhor já trabalhou muito. O lugar do senhor é lá embaixo [na casa]”. Na entrevista, o filho deixa transparecer o receio de que sua fala – de que o pai não teria mais um lugar no mundo do trabalho – possa ter contribuído para o desfecho trágico. Essas lembranças, em geral não compartilhadas com as outras pessoas, corroem a consciência e causam sofrimento ao se transformarem em fonte de autorrecriação.

O pacto de silêncio que, muitas vezes, se estabelece entre os sobreviventes só dificulta a construção de um novo sentido para a experiência dolorosa: “Ultimamente, não temos conversado sobre isso. Ficar lembrando é complicado” (Sobrevivente 6). É como se a recordação sobre a experiência, ao trazer à tona emoções intensas, tivesse que ser evitada para não impedir a “cicatrização” da alma: “A gente não quer tá [estar] mexendo na ferida” (Sobrevivente 18). Isso não acontece apenas entre os adultos; as crianças também evitam o assunto, como é o

caso da menina que encontrou o avô enforcado em uma árvore: “Ela não tocava no nome dele. Se a gente falava nele, ela fazia que nem [es]tava ouvindo” (Sobrevivente 18). De certa forma, a recusa em falar mantém a experiência intacta. Quando as imagens da cena traumática invadem a consciência (memória intrusiva), o indivíduo, então, revive o evento como se ele estivesse acontecendo novamente (FRANCO, 2005). A cena também pode aparecer durante o sono, sob a forma de pesadelos. Do contrário, quando é possível contar e recontar a experiência, novos significados e interpretações podem ser incorporados à lembrança. Por isso, costumamos dizer que o processo de simbolização (por meio de desenhos ou palavras) possibilita um distanciamento da cena traumática. Daí a importância de se falar sobre o trauma. A impossibilidade de transformar essa experiência em uma narrativa só aumenta os riscos de efeitos deletérios em termos de saúde mental (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

Ele [neto da vítima] tem uma dificuldade muito grande de falar desse problema. Porque nos estamos juntos há oito anos, quase nove. Ele foi me falar desse assunto faz uns três anos, porque é um trauma que ficou. Ele tem medo de ficar sozinho à noite (Sobrevivente 19).

As manifestações mais frequentes entre as crianças, logo após o evento crítico, foram os pesadelos, os medos, a queda do desempenho escolar e a irritabilidade. “No início, foi bem difícil. As crianças tinham medo, não queriam dormir sozinhas, mas agora estão mais tranquilas” (Sobrevivente 2). Algumas ficaram sem conseguir frequentar a escola. Já o adolescente que encontrou a avó enforcada no avarandado da residência precisou de atendimento psicológico e somente conseguiu retomar suas atividades após um ano do acontecimento trágico. Os adultos apresentam, em geral, muita ansiedade e distúrbios do sono: “Ele [filho da vítima] não consegue dormir, toma remédio [...] há três anos” (Esposa do sobrevivente 7). “Eu [Sobrevivente 10] tomo remédio calmante para dormir, e a guria e o guri também”. Mas os casos mais graves são, certamente, os das pessoas com risco de suicídio. Duas sobreviventes que identificamos nessas condições foram encaminhadas à rede de saúde para o atendimento especializado. Uma era a irmã do rapaz que nos concedeu a entrevista, filha da vítima, e a outra era a própria depoente, viúva do idoso, que manifestou, pela primeira vez, a sua condição:

Eu acho que eu tenho isso na minha cabeça [suicídio], de eu fazer alguma coisa, mas aí eu me lembro do meu filho e da netinha. Da netinha que eu quero tão bem. Aí vai passando. Mas tem horas que eu penso em fazer (Sobrevivente 4).

Existem também aqueles que conseguiram, com seus recursos internos, lidar com a situação sem tantos prejuízos: “Graças a Deus consegui superar” (Sobrevivente 14). Porém, mesmo esses sobreviventes que estão aparentemente bem manifestam, por vezes, preocupação e ansiedade em relação ao comportamento suicida. A filha de uma das vítimas, por exemplo, teme que se repita com ela a história do pai e nos questiona, ao final da entrevista, se esse “problema” pode ser hereditário. Certamente, ela, assim como os demais membros da comunidade, está sujeita não a um determinismo genético, mas à influência da história familiar e do legado cultural próprio dessas localidades. Para suplantar essa herança, é preciso que a sociedade possa refletir sobre a alta incidência de suicídio na região e, a partir disso, inventar novas formas de viver e envelhecer. Mesmo aqueles que relacionam o suicídio às dificuldades de vida parecem subestimar seu grau de autonomia diante delas, como se essa decisão dependesse mais das contingências que de sua liberdade de escolha. Essa questão aparece no depoimento de um sobrevivente que teme repetir a sina do seu pai:

Vamos ver como é que vai ser o fim da vida da gente, a gente não sabe, né? Vamos ver se vão dar outras escolhas pra gente. Os apertos da gente... Às vezes, dá pra escolher, mas nem sempre... Eu vou dizer uma coisa pra vocês, todos vão pra esse caminho... Se nós não morremos novo[s], vamos ficar velho[s], e o resto nem todos podem escolher. É a vida... E depois vamos ver se vai dar pra escolher o fim, a morte. Tu [pesquisadora] disse[ste] que alguns poderiam escolher, né?! (Sobrevivente 5).

Para que a prática do suicídio, nessas localidades, não continue a se perpetuar, é fundamental que os sobreviventes e a comunidade busquem compreender a mensagem que os idosos lhes endereçaram por meio desse gesto extremado. Se o suicídio foi a única saída que eles encontraram de se livrar da dor de existir, é preciso coragem para descortinar os motivos que tornaram suas vidas insuportáveis. Cabe lembrar “que toda e qualquer morte traz à tona algo sobre a sociedade em que ela acontece” (NETTO, 2013, p. 17), logo, o suicídio de idosos é

uma denúncia do lugar de desvalia destinado aos mais velhos, principalmente os que têm poucos recursos financeiros e penalizaram o corpo pelo trabalho. Se a mensagem for ignorada, dificilmente será possível mudar os aspectos da realidade que fazem com que essas pessoas não queiram mais viver.

O suicídio, além do impacto emocional, produz, como efeito de dispersão, outros tantos acontecimentos que se efetivam no âmbito da materialidade (FOUCAULT, 1996), nos quais focaremos agora o trabalho de análise. Esses acontecimentos nos ajudam a compreender as relações dos vivos com os mortos. Para tanto, os conhecimentos de antropologia (MORIN, 1988; RODRIGUES, 2006) virão em nosso socorro. A morte, apesar de ser um evento derradeiro, não significa necessariamente o aniquilamento do ser; ela demarca o surgimento de uma nova entidade – alma, espírito ou ancestral – que exercerá sua influência no mundo dos vivos. A crença na sobrevivência do duplo, segundo Rodrigues (2006), é talvez uma das mais antigas na história da humanidade e está presente em diversas culturas. O ser humano encontrou no duplo uma forma de se defender da morte. Para Morin (1988), mesmo nas sociedades arcaicas, a recusa da morte, presente nessa crença e na ideia de ressurreição e de imortalidade da alma, é um mito universal cuja função é preservar a integridade do ser em relação ao horror da decomposição do corpo. Esse horror, contudo, não está relacionado de forma direta à putrefação do corpo, já que os animais podiam ser vistos assim sem que isso provocasse grande reação. O mesmo ocorria em relação à morte de um estranho ou de inimigo na qual não havia manifestações intensas de pesar. O horror, segundo Morin (1988), não provém da visão do cadáver em si, mas sim da visão do corpo do semelhante [o próximo], que, na ausência da crença no duplo, significaria – pelo jogo especular – o fim da própria individualidade.

O duplo, conforme Morin (1988) – que era o *Eidolon* grego, o *Ka* egípcio, o *Genius* romano, *Fravashi* persa, *Rephaim* hebraico, o fantasma ou o espectro em nossa cultura, a alma da Igreja Católica e o espírito do kardecismo –, não só é uma cópia do indivíduo falecido como uma espécie de *alter* ego que o acompanhou durante toda a existência. Na morte, então, ele abandonará o corpo, mas não necessariamente o mundo dos vivos, no qual ainda poderá se manifestar. Em relação “a estas manifestações de vida dos mortos é necessário às sociedades responder” (RODRIGUES, 2006, p. 31) – mas a resposta vai depender do tipo de

classificação da morte, como veremos a seguir. Na cultura brasileira, há pelo menos duas formas de morrer, segundo um sistema de classificação do homem comum: de “morte morrida” ou de “morte matada”, cada qual produzirá nos sobreviventes reações distintas. Morrer de “morte morrida” significa “que o indivíduo chegou ao termo da existência biológica por razões ligadas ao próprio funcionamento do organismo” (RODRIGUES, 2006, p. 26); é a morte “por velhice”, do idoso, também denominada pela tradição de “morte natural”. De um modo geral, esse tipo de morte não causa nos sobreviventes grandes sobressaltos, ela, de certa forma, ainda que não se saiba quando irá ocorrer, é esperada. Já a “morte matada” pressupõe a existência de um culpado, um responsável. Ela interrompe o processo “natural” da vida e está associada a uma causa violenta: acidente, homicídio ou suicídio. Nessas circunstâncias, as reações emocionais terão outra intensidade, pois os sobreviventes não imaginavam sua ocorrência. O suicídio, de modo específico, provoca nas pessoas comoção e pavor porque, entre outros motivos, essa morte, no campo das representações, está associada a “forças do mal”, já que, na maioria das doutrinas religiosas, ela contraria os desígnios de Deus.

Os funerais – que em todas as sociedades são, ao mesmo tempo, “uma crise, um drama e sua solução: em geral, uma transição do desespero e da angústia ao consolo e à esperança” (RODRIGUES, 2006, p. 21) –, nos casos de suicídio, não parecem ser o suficiente para trazer consolo e paz aos familiares. A morte autoprovocada, por estar “fora de nosso controle, é germe de insegurança, inquietação e terror: converte-se imediatamente em fonte de perigo” (RODRIGUES, 2006, p. 61). Em função disso é que se efetivam, no âmbito da materialidade, outros tantos acontecimentos, após a consumação de um suicídio, dos quais as justificativas puramente racionais não dão conta. Esse parece ser o caso da família de um dos idosos que, após o enterro, deixou a casa onde o suicídio foi consumado, levando consigo, em um primeiro momento, apenas os pertences pessoais e os animais domésticos, como podemos constatar no trecho a seguir:

A guria, lá no velório, lá na capela mesmo, disse: “Mãe, nós não vamos mais para aquela casa. Tu não vai[s] mais ficar lá”. Ela pensou em mim, porque era eu e ele. Ela mora em outra cidade. Eu ia ficar sozinha lá. Era uma casa bem grande. Daí, eu vim para cá. A gente não dormiu nenhuma noite lá. Passamos a noite no velório,

enterramos. Daí a gente foi em casa, pegamos as coisas. Pegamos os cachorros e viemos para cá (Sobrevivente 18).

Sem dúvida, a justificativa de que a casa era muito grande para uma pessoa morar ali sozinha não exclui a possibilidade de existir outra motivação, já que, por si só, esse argumento não explicaria o abandono imediato daquele espaço. A hipótese de que havia outro motivo parece fazer sentido, principalmente quando a viúva revela, no decorrer da entrevista, sua crença de que, na morte do idoso, houve a interferência de uma força sobrenatural: “Quem chamou [ele] foi o capeta, Deus que me perdoe, é ele quem faz isso” (Sobrevivente 18). Contudo, para tentarmos, de fato, compreender a razão que levou a família a abandonar a casa com tanta urgência, podemos estabelecer uma relação com outro fenômeno semelhante, característico da tradição da cultura *brou*, do Camboja (RODRIGUES, 2006). Lá, a morte não deve ocorrer dentro de uma casa, sob a pena de que mais pessoas possam acompanhar o morto na sua passagem para o outro mundo. Quando não é possível evitar que ela ocorra no espaço doméstico, a família deve abandonar a habitação. Se o nosso raciocínio estiver correto, a correspondência entre esses fenômenos não se restringe apenas à aparência (abandono da casa), mas também à sua função. Logo, por analogia (WILLIAMS, 1979), podemos supor que a família do suicida, em última análise, abandonou a casa com o intuito de proteger simbolicamente seus membros do perigo da morte, que pode não ser percebido de modo objetivo por eles. Isso talvez ocorra porque persista entre nós a convicção antiga de que a vida além-túmulo do duplo tem na casa da família o seu ponto de referência.

O espaço doméstico permanece habitado pelos nossos mortos e as crenças ulteriores que afastam os mortos para além nunca chegam a destruir a convicção de que *ele vive também no aquém dos vivos: o morto continua presente-ausente*, aquele a quem amamos está ali, embora já lá não esteja (MORIN, 1988, p. 136, grifo do autor).

Em nossa sociedade, algumas mortes, segundo Rodrigues (2006), têm *mana* – ou seja, têm poder. Certamente, a morte por suicídio é uma delas. Esse poder pode macular a casa ou qualquer outro ambiente onde ela venha a ocorrer. A morte, nessas circunstâncias, irradiaria forças que precisam ser conjuradas ou transformadas. Isso explica porque, em outro caso, após o suicídio, o filho de uma

vítima decidiu demolir o galpão onde o idoso havia se enforcado, conforme o relato do seu neto (Sobrevivente 19): “Foi demolido [o galpão]. O pai quis demolir. Eu, naquele tempo, tinha até medo de entrar lá em cima”. É provável que os sobreviventes não tenham como determinar o que exatamente causa medo, pois muitas das reações e dos sentimentos vividos não podem ser traduzidas em palavras – estão no registro do inominável. De alguma maneira, o poder da morte maculou a casa, a propriedade e os objetos daquele que morreu, e estes precisam, segundo Rodrigues (2006), ser destruídos, evitados ou purificados. Isso não exclui a possibilidade de que a demolição do local, a destruição dos vestígios da morte e as modificações na casa possam ser uma forma de evitar a lembrança de quem partiu ou do próprio evento traumático, como aparece a seguir:

Ela se enforcou numa laranjeira que agora foi derrubada [...] Aí meu marido depois comprou uma motosserra e disse: “Eu não quero mais ver aquela laranjeira” (Sobrevivente 12).

A gente mudou [os cômodos]. O meu filho foi para o nosso quarto e nós fomos para o quarto dele (Sobrevivente 14).

Como a maioria das doutrinas religiosas aceita a existência do duplo – espírito, *ghost*, alma ou ancestral –, os mortos, de certa forma, continuam a exercer sua influência na vida dos vivos. Segundo Rodrigues (2006), a comunicação entre os mortos e os vivos pode ocorrer por meio de mensagens, aparições ou sonhos: “Nos primeiros tempos, sonhei bastante [com o avô]. Eu via ele de novo, assim. Ele falava para nós não deixar[mos] os outros pisar[sarem no] nosso pé [em nós]” (Sobrevivente 19). Contudo, a crença de que a morte não aniquila o ser é fonte de inquietação e angústia para os sobreviventes, porque a alma (ou espírito) de quem partiu, de acordo com as tradições religiosas, não encontrará o repouso e a paz no mundo dos mortos por ter provocado a própria morte. Essa alma atormentada é fonte de temor e inquietação:

Eu durmo com a luz apagada, mas é complicado. Não que eu tenha medo dela, porque ela sempre foi uma pessoa muito boa para nós. Mas eu não sei, pelo fato [de ela] ter feito isso. Parece que ela vai vir, sei lá, parece que ela vai vir pedir ajuda. Eu me lembro da cena (Sobrevivente 20).

De modo geral, a ideia de que pessoa que morreu necessita de ajuda está diretamente relacionada ao sistema de representação mítico-religioso no qual prevalece a crença de que a alma (ou espírito) suicida, com exceção do fundamentalismo islâmico (ASNIS, 2013), terá no pós-morte um destino desolador: penar no Inferno, vagar errante entre o mundo dos mortos e dos vivos, ou ainda ficar nas trevas, sem luz. De acordo com a doutrina tradicional da Igreja Católica, Judas estaria no Inferno “não por ter traído Cristo, mas por ter se suicidado” (RODRIGUES, 2006, p. 94). Para o Espiritismo, o fluido vital que não foi consumido, já que o suicida não completou seu tempo de vida na Terra, mantém o espírito preso à matéria. Essa ligação produz “em alguns suicidas, uma espécie de repercussão do estado do corpo sobre o espírito, que assim ressentido, malgrado seu, os efeitos da decomposição” (KARDEC, 1979, p. 384). Além desse sofrimento atroz, a alma pode estar fadada ao mundo das trevas, de sombras e de escuridão, como sugere a depoente:

A pessoa tem que preparar o caminho aqui. Por isso, o evangélico não usa vela. Jesus é a Luz. A pessoa que fez isso. Não adianta encher um túmulo de velas para clarear o caminho, porque o que a pessoa foi aqui é o que ela vai levar. Eu entendo que [se] Deus dá a vida, ele tira. Acho que toda a religião entende assim. Não é o certo [se suicidar] (Sobrevivente 18).

É interessante observar que se, por um lado, a religião ajuda os sobreviventes a darem sentido (BERGER, 1985; FRANKL, 2008) ao evento trágico, por outro, ela trará desassossego, já que, no âmbito das representações, as almas dos suicidas não encontram a paz em outra dimensão. Por isso, essa crença desencadeará outros tantos acontecimentos ou práticas religiosas, uma vez que os ritos fúnebres tradicionais não são suficientes para ordenar a vida dos mortos. Essas práticas terão como finalidade levar auxílio às almas sofredoras e, em última instância, fazer com que os próprios sobreviventes recuperem a paz. Foi o que aconteceu em um dos casos estudados, no qual a viúva do idoso (Sobrevivente 17) procurou, por meio de uma sessão espírita, comunicar-se com o marido e, nessa ocasião, conseguiu retirar simbolicamente a corda que, no plano espiritual, ainda o sufocava. Esse gesto fez com que ela recuperasse a paz, e ele, o descanso no mundo dos mortos. Da mesma forma, a filha de um idoso (Sobrevivente 16) que costumava enxergar o pai falecido

ao lado de sua cama à noite procurou enviar-lhe amparo por meio de orações e do atendimento espiritual em um centro espírita. Lá, ela recebeu uma mensagem do seu pai, psicografada por uma médium, na qual ele informava que já estava bem. Essa comunicação foi de grande ajuda para que ela pudesse retomar sua vida e se curar do distúrbio do sono, como aparece no trecho da entrevista que se segue:

Eu vai [vou] no Centro Espírita, sabe, para me animar. Tenho até uma carta [em] que o pai [diz que] tinha muita saudade de mim. Aquilo que animou. Eu escreve [escrevo] sempre o nome do pai para ele receber luz. Eu tenho essa carta guardado [guardada]... Não sei onde... Numa caixa. Ele explicava muita coisa. Sentia muita saudade de conversar com a gente. Ela [médium] disse: “Agora, ele vai viver bem e nós vai [vocês vão] viver bem”. Ele [es]tá bem. Foi um monte de coisa. Não posso explicar tudo. Foi muito bonito. Agora, eu dorme [durmo] bem. Eu acordava e via meu pai na frente, parece coisa de novela. E de manhã eu levantava, parece [parecia] que eu não dormiu [tinha dormido] nada. Cansada, triste. Agora, não. Eu durmo (Sobrevivente 16).

De certa forma, a doutrina espírita, assim como outras religiões que têm entre suas práticas a comunicação além-túmulo, permite que os sobreviventes interfiram na vida dos mortos, ajudando-os a sair da erraticidade e a encontrar o socorro necessário. Os mortos, por meio dessas práticas, são integrados ao mundo dos vivos e, por isso, podem ser, de tempos em tempos, consultados. “Ela [a médium] disse para eu ir mais uma terça-feira para receber uma mensagem, porque já faz meio ano da primeira [mensagem]” (Sobrevivente 16). É como se eles ficassem em uma espécie de panteão dos ancestrais.

Como podemos constatar, as práticas religiosas, de um modo geral, restabelecem a ordem social que situações marginais como a morte por suicídio colocam em cheque (BERGER, 1985). Por intermédio delas, é possível integrar o suicídio em uma cosmologia sagrada – mesmo quando, no discurso religioso, o lugar que cabe a alma do suicida for o Inferno – e, assim, proteger os sobreviventes do caos, do terror da ausência de sentido (anomia) que essa morte instaura. A “religião é a ousada tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo” (BERGER, 1985, p. 41). Contudo, mesmo aqueles sobreviventes que não professam uma crença religiosa e que não acreditam na sobrevivência do duplo não estão livres da influência de seus mortos, já que as “lembranças daquele que

morreu continuam sendo uma forma de presença no mundo” (RODRIGUES, 2006, p. 28-29). Eles precisarão de outros recursos para significar a morte e arrefecer a presença dos mortos na consciência.

A saúde pública poderia ser um desses recursos; no entanto, pelo que podemos constatar ao longo desta pesquisa, ela não tem conseguido a contento oportunizar aos sobreviventes o auxílio necessário. Isso ocorre, primeiramente, devido ao despreparo dos próprios profissionais de saúde diante da complexidade que envolve o fenômeno do suicídio – muitos profissionais ainda ficam temerosos em abordar esse assunto com os usuários, como se, ao falar sobre esse tema, pudessem precipitar nos indivíduos que se encontram em situação de risco a decisão pela morte, quando, pelo contrário, essa abordagem poderia ser uma oportunidade de lhes oferecer ajuda e aliviar o sofrimento. Em segundo lugar, a população, de modo geral, tem dificuldades para acessar os serviços de saúde públicos: “Sim. Porque a gente não consegue uma consulta quando quer” (Sobrevivente 1). Em terceiro lugar, faltam programas específicos de prevenção ao suicídio que, em sua linha de cuidado, contemplem os sobreviventes: “Era bom ter uma ajuda, assim, mais ainda nos primeiros dias [após o suicídio]” (Sobrevivente 19) – com exceção, no nosso estado, do Programa desenvolvido pela Secretaria de Saúde do município de Candelária. Em quarto lugar, há uma tendência de medicalização da vida em vez de um atendimento integral que contemple as necessidades emocionais, físicas, sociais e espirituais dos usuários. A constatação desses problemas aumenta a nossa responsabilidade de propor ações nessa área específica em que a população se encontra desassistida. Contudo, mesmo nos municípios em que não há um programa de prevenção ao suicídio, alguns profissionais de saúde, sensíveis ao drama das famílias enlutadas, fazem um trabalho de busca ativa aos usuários quando recebem a informação de que um membro da família está em situação de risco.

Cabe ressaltar que o atendimento clínico a pacientes com risco de suicídio é um trabalho difícil. Por isso, alguns autores (TAVARES, 2013) sugerem que os profissionais de saúde discutam os casos clínicos e o plano terapêutico desses usuários com outros colegas. Em geral, a perda de um paciente por suicídio produz um impacto tanto no profissional que realiza o atendimento quanto na equipe de retaguarda que, nesses casos, também podem ser considerados como sobreviventes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o fenômeno do suicídio, especialmente o suicídio de idosos, não foi uma tarefa fácil. Antes de iniciar o trabalho de campo, apesar de ter familiaridade com questões atinentes à saúde mental coletiva, eu não era capaz de dimensionar a dor emocional daqueles que sobrevivem ao suicídio de seus entes queridos, nem o impacto desse evento crítico (DAS, 1997; MISSE et al., 2012) na vida da família e da comunidade. Tampouco imaginava que as crianças estariam tão expostas à cena do suicídio, já que, pela tradição local, elas vivem com os pais e os avós na mesma propriedade. Pensava que os suicidas deixavam indícios claros da sua intenção de morrer, o que nem sempre é verdadeiro, pelo menos em algumas das histórias de vida que reconstruímos por meio da autópsia psicossocial (CAVALCANTE; MINAYO, 2012). Certamente, essa oportunidade de aprender com os depoimentos, modificar a forma de pensar, ser surpreendido pelo trabalho de campo é o que torna a pesquisa uma aventura instigante na busca pelo conhecimento.

Contudo, é impossível não se deixar afetar, no caso específico desta temática, pelo sofrimento dos que partiram e dos que ficaram – os sobreviventes. Por vezes, pensava, durante alguma entrevista, se, no lugar daquele idoso e diante daquelas condições de vida, eu não teria feito a mesma escolha pela antecipação do fim. Mais tarde, ouvi de outras pesquisadoras igual questionamento. Creio que a reciprocidade de perspectivas (SCHUTZ, 1974), ou seja, essa possibilidade de assumir, ainda que no campo imaginário, a posição do outro, ajudou-me a entender, sem julgar moralmente, o sofrimento dos idosos e os motivos que os levaram a agir. De certa forma, à medida que me aproximava da dor existencial deles, tornava-me cada vez mais permeável a uma série de questionamentos sobre o sentido da vida e o propósito da minha própria existência. Depois de ouvir tantas histórias, perguntava-me se existiria algum motivo que justificasse a vida mesmo quando ela se torna insuportável. As reflexões trazidas pelo trabalho de Viktor Frankl vieram em meu socorro e indicaram algumas direções para discutir, neste trabalho, a dimensão existencial. Para o existencialismo, o ser humano tem uma necessidade de dotar a vida de sentido, inclusive os piores sofrimentos. Segundo Frankl (2008, p. 129), em uma forte referência ao pensamento nietzschiano, “quem tem por que viver suporta quase qualquer como”.

Mas, sem dúvida, os questionamentos sobre o sentido da vida não foram as únicas dificuldades a serem enfrentadas. Muitas vezes, voltávamos do interior, após a realização das entrevistas, com um profundo sentimento de pesar, especialmente na fase de construção das autópsias psicossociais. As entrevistas mobilizavam uma carga emocional intensa nos sobreviventes. Em geral, como eles não costumam falar sobre esse assunto com outras pessoas ou entre si, não estabelecem um distanciamento subjetivo da experiência traumática, que tende a ser lembrada ainda com grande comoção. Alguns precisavam nos mostrar o local do enforcamento, os pertences e as fotos da pessoa que morreu. Nessas situações, servíamos como testemunhas da dor emocional que a lembrança atualizava. Hoje, ao olhar para essa etapa do trabalho, interrogo-me se teríamos conseguido as entrevistas com os familiares dos idosos e o consentimento deles para a pesquisa se não houvesse um bom vínculo da comunidade com as equipes de saúde locais. O mesmo posso dizer em relação à complementação dos dados, o retorno ao campo em Venâncio Aires, que só foi possível com a mediação da coordenadora do Programa de Prevenção à Violência. Do contrário, em função do tema, seria natural que as pessoas evitassem nos conceder seu depoimento. Além disso, foi fundamental poder contar com a retaguarda dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, em cada localidade, principalmente em função dos sobreviventes que necessitavam de atendimento especializado em saúde mental.

Outra dificuldade foi encontrar interlocutores, pessoas com as quais eu pudesse compartilhar as vivências do trabalho de campo e os entendimentos que resultaram das mediações entre o dado empírico e o plano teórico. O suicídio é um tema que produz nas pessoas uma reação de rechaço, pois ainda é tabu em nossa sociedade. Essa percepção pessoal me ajudou a compreender por que, entre outros motivos, os sobreviventes preferem não falar de sua experiência traumática. Ela também despertou em mim o desejo de tornar o texto mais leve para o leitor – por isso, também, o primeiro capítulo de análise trata mais da vida que da morte dos idosos. Procurei, pela mesma razão, suprimir do texto os detalhes que descrevem as cenas de morte, que, no meu entendimento, tornariam o texto mórbido sem contribuir para um maior aprofundamento do tema.

Com relação às questões teóricas, alguns conceitos instrumentalizaram nossa forma de olhar a realidade e, conseqüentemente, ampliaram a compreensão acerca

do fenômeno do suicídio. O conceito de homologia (WILLIAMS, 1979), por exemplo, utilizado no primeiro capítulo de análise, permitiu identificar, mesmo em casos de suicídio aparentemente distintos, uma origem e um desenvolvimento comuns que apontavam para um processo social mais amplo. De certa forma, o conceito não só possibilitou uma reorganização das categorias, que emergiram das autópsias psicossociais por meio da análise textual discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2007), como o entendimento da complexa rede de fatores que intervêm na ocorrência desse evento crítico que é a morte por suicídio. Portanto, incorrerá em erro qualquer tentativa reducionista de explicação do fenômeno. Nenhum fator isoladamente pode ser considerado “a causa” do suicídio. Por vezes, as pessoas confundem o fator desencadeante – o último acontecimento significativo antes da morte – como sendo “a causa”, sem avaliar os demais fatores que foram interagindo e se sobrepondo ao longo da vida do indivíduo.

Esse tipo de reducionismo em relação ao fenômeno estudado é mais frequente do que se imagina e, em geral, pode ser identificado nos discursos afirmativos de que a depressão ou a contaminação por agrotóxico seria “a causa” do suicídio dos agricultores. Contudo, há que se ter cautela ao sustentar essas afirmações, pois não existe uma relação direta entre o suicídio e a exposição aos organofosforados – o que se sabe, até o presente momento, é que essas substâncias podem causar transtornos neurológicos e de humor entre os quais está a depressão. Porém, a depressão, por si só, não explica o suicídio, apesar de existir uma alta correlação entre eles. Nem todas as pessoas que se matam sofrem de depressão, assim como há casos de idosos com diagnóstico de depressão severa e que, por questões religiosas ou por terem um senso de propósito em relação à vida, entre outros tantos elementos, não apresentam comportamento suicida. Com isso, podemos dizer que o transtorno de humor afetivo é um fator de risco para o suicídio, e não um determinante, já que nessa rede complexa outros fatores irão intervir.

O mesmo raciocínio pode ser desenvolvido em relação à vida produtiva. Ainda que o trabalho, em um sentido mais amplo, ocupe uma posição central na vida dos agricultores e no sistema de referência cultural e simbólico¹⁴ dessas

¹⁴ Após a leitura do livro *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*, de Peter Berger (1985), a ideia de sistema simbólico e de referência cultural foi substituída pela noção de *nomos* (objetivo e subjetivo).

comunidades, não é a impossibilidade de realizá-lo, em função das doenças e do processo de envelhecimento, que determina o suicídio. Tanto isso é verdadeiro que muitos idosos não se mataram ao interromper o ciclo da vida produtiva. Como vimos, o que parece estar em jogo, nesses casos, para além da atividade em si na agricultura, é o sentido (direção e significado) da vida. Eles aprenderam com seus pais, desde pequenos, a lidar com a terra e a cuidar dos animais e, nesse processo, foram interiorizando normas e valores que definem o que é uma vida correta e moralmente digna. O valor de um indivíduo está intimamente associado à sua capacidade de cumprir com a palavra empenhada, honrar seus compromissos e contribuir para o sustento da família. Por isso, é inaceitável depender dos outros ou ser um “estorvo” para os familiares. A existência só tem sentido enquanto for possível ser útil, seja auxiliando nas atividades domésticas, seja no cuidado das crianças – o que confirma que o sofrimento não decorre apenas da ausência do trabalho. Então, gostaria novamente de ressaltar que o suicídio é o resultado de uma constelação de fatores. Muitos deles puderam ser desvelados à medida que compreendíamos o modo de vida das pessoas que morreram e a hierarquia de valores sociais dessas comunidades. O acesso a esse acervo de conhecimento comum (SCHUTZ, 1974) foi possível por intermédio dos sobreviventes, que compartilhavam com os idosos que se suicidaram a mesma teia de significações sociais. Por isso, os resultados desta pesquisa expressam as particularidades locais e não devem ser generalizados para diferentes contextos socioculturais, o que, em parte, representa uma das limitações deste estudo.

A interação de todos os fatores pode levar à ruptura nômica e, conseqüentemente, ao estado de anomia, no qual a morte, segundo Berger (1985), é preferível à perda de sentido na experiência. Por mais que as estruturas do mundo socialmente compartilhado, o *nomos* objetivo, interpelem o indivíduo como facticidade e conformem as estruturas subjetivas da sua consciência, o *nomos* subjetivo, resta ao indivíduo a liberdade, ainda que mínima, de conceder sua anuência para mantê-las. Com isso, o autor sustenta que o ser humano não é passivo diante do mundo socialmente constituído. Essa concepção teórica reconhece no indivíduo as condições para que ele possa se sobrepor aos “esquemas interpretativos”, às “máximas morais” e à “sabedoria tradicional”. Logo, o suicídio seria o exercício último da liberdade humana em relação à vida, o que

contraria a posição de Durkheim (1897/2000), segundo a qual o suicídio seria o resultado da ação de uma força social – constituída pelas correntes suicidógenas – sobre os indivíduos, que levaria os mais vulneráveis a buscarem a própria morte. O que Durkheim (1897/2000) desconsidera é que há uma deliberação pessoal, mesmo quando o objetivo da escolha pela morte é pôr um fim à dor de existir.

Ainda sobre as questões teóricas, entendo que a noção de evento crítico, utilizada em diferentes estudos de acontecimentos traumáticos (DAS, 1997; VIEIRA, 2009; LOPES; SILVA; SILVA, 2011), qualificou nosso olhar sobre o impacto do suicídio na vida dos sobreviventes e da comunidade, tema do segundo capítulo de análise. Como acontece em outros eventos, os efeitos de um suicídio não se restringem ao período de sua ocorrência e tendem a se perpetuar ao longo do tempo por meio do mito familiar e do legado cultural dessas comunidades. Ademais, o suicídio, como outros eventos traumáticos, engendra rupturas e descontinuidades na vida dos sobreviventes ao colocar em suspenso a ordem de plausibilidade do mundo, o que pode levar, inclusive, a um estado de anomia individual e, conseqüentemente, ao comportamento suicida. Isso pôde ser constatado na prática, pois encontramos alguns sobreviventes com risco de suicídio que encaminhamos para o atendimento especializado.

Como o suicídio é um ato de extrema violência, parte dessa força destrutiva (FREUD, 1920/1987) recai sobre o núcleo familiar. O evento crítico abala a vida dos sobreviventes e desafia sua capacidade de entendimento. A dor emocional que permanece é difícil de traduzir em palavras. Os sobreviventes experimentam uma profusão de sentimentos como a raiva, a culpa, o ressentimento, o remorso, a tristeza e a saudade. Além disso, vivem o pior dos martírios: a dúvida se contribuíram, por ação ou omissão, para que o idoso optasse pelo fim trágico. Muitos sobreviventes têm a vida transtornada e retomam com muita dificuldade seus estudos e suas atividades de trabalho. Não foram raros os casos de pessoas que desenvolveram sintomas reativos em decorrência do trauma, como ansiedade, insônia e medo de ficarem sós. Além disso, havia, em suas falas, o temor de que o suicídio fosse um problema hereditário e que, em função disso, iriam repetir, mesmo sem desejar, a sina de seus familiares. Como os efeitos desse trauma, muitas vezes, aparecem anos após o evento, não sabemos dimensionar o resultado dessa experiência nas crianças que presenciaram a cena de morte de seus avós. O ideal

seria que elas, assim como os demais sobreviventes, tivessem um acompanhamento terapêutico pelo menos logo após a perda.

A noção de evento crítico nos deu, ainda, as ferramentas para visualizar outros tantos acontecimentos que, por efeito de dispersão, efetivam-se no âmbito da materialidade (FOUCAULT, 1996). Entre os acontecimentos elencados, descritos no segundo capítulo de análise, estão: o abandono da casa onde a morte ocorreu, a destruição do galpão no qual o corpo foi encontrado e o desterramento da árvore que serviu de suporte para o enforcamento. A supressão, no campo material, dos vestígios da cena de morte é uma tentativa de apagar da memória a tragédia e, ao mesmo tempo, conjurar para longe o espírito, alma ou espectro (duplo) da pessoa que morreu por representar uma ameaça à comunidade. Isso porque, no sistema de representação mítico-religioso, a morte por suicídio (RODRIGUES, 2006) tem mana, irradia uma força nefasta que pode, inclusive, ocasionar outras mortes. Logo, os rituais fúnebres tradicionais não são suficientes para concretizar o desligamento do morto do mundo dos vivos ou para conduzi-lo de modo definitivo ao mundo dos mortos. Por isso, os sobreviventes acabam buscando outras práticas espirituais e religiosas para auxiliar as almas sofredoras que ficam “perdidas” entre os dois mundos.

Mas retomemos a discussão teórica. O evento crítico, como é concebido por Veena Das (1997), produz sofrimento social – o que nos parece verdadeiro, por tudo que vimos em relação aos municípios de Venâncio Aires, São Lourenço do Sul e Candelária, nos quais as taxas de suicídio são altas entre a população de idosos. Contudo, a experiência comum de sofrimento, nesses municípios, não tem sido capaz de mobilizar ação social. As comunidades, em função da força do discurso individualizante, não vinculam os casos de suicídio a um processo social mais amplo. Em geral, os sobreviventes não entendem os motivos que levaram o idoso ao suicídio e, quando muito, eles o relacionam a um quadro de depressão, que é o discurso corrente em termos de senso comum. O sofrimento ocasionado pela perda do idoso é vivido como um problema familiar; por isso, é natural que não queiram “incomodar” os outros com suas dificuldades pessoais. É o contrário do que acontece em eventos críticos como a tragédia industrial de Bophal, na Índia (DAS, 1997), e o acidente radiológico com a cápsula de Césio-137, em Goiânia, Brasil (VIEIRA, 2009), nos quais a comunidade local tem o perfeito entendimento de que

foram produzidos no âmbito social e que devem ser discutidos, também, no espaço público. Contudo, nos casos de suicídio, é mais difícil para a comunidade estabelecer relações entre essas mortes que ocorreram na mesma cidade, mas não simultaneamente, e ainda pensar que possa existir a influência de fatores sociais. “Esto se debe parcialmente al hecho de que, hasta cierto punto, una sociedad debe ocultarse a sí misma el sufrimiento que se impone a los individuos como precio de la pertenencia” (DAS, 1997, p. 1).

Assim, é importante que a mensagem que o suicida endereça com seu gesto à comunidade possa ser decifrada, uma vez que o seu comportamento é dotado de intencionalidade e sentido e orientado pela ação dos outros (WEBER, 1983). A “opacidade de sentido”, como alertam Dejours e Bègue (2010), acaba tornando as pessoas mais vulneráveis aos riscos suicidários. De certa forma, o idoso, ao se suicidar, denuncia um sofrimento inaudito, tornando público algo que era invisível para a sociedade. Ignorar essa mensagem é desconsiderar essa denúncia e abrir mão da possibilidade de evitar que outras mortes ocorram. A elucidação da mensagem é uma oportunidade de pensar os significados que são atribuídos à velhice e aos idosos e o quanto eles estão relegados, em nossa sociedade, a uma posição desvalorizada, como se fossem um estorvo, um peso para os mais jovens (MINAYO, 2004). A compreensão da mensagem também possibilita que os membros da comunidade possam rever seu modo de viver: os valores compartilhados, a ausência de lazer, o espaço que o trabalho ocupa em suas vidas, a falta de acesso à saúde e à educação, a penalização do corpo pelas condições de trabalho, as dificuldades financeiras para obter a terra e manter a pequena propriedade, o sentido (significado e direção) que atribuem à sua vida, a forma como avaliam o processo de envelhecimento, os vínculos familiares e a relação com a religião e a espiritualidade. Provavelmente, essa reflexão traria à tona as injustiças sociais próprias de um mundo capitalista (MARX, 2006): o disciplinamento do corpo para a produção, a exploração econômica dos pequenos produtores de fumo pela indústria fumageira e a ênfase excessiva de que o valor do ser humano está na sua força de trabalho, no quanto ele poderá ser produtivo, o que faz do idoso um indivíduo descartável.

A experiência comum de sofrimento poderia, se compartilhada, criar laços de solidariedade e mobilizar a ação social e política por melhores condições de trabalho

e de vida no caso das comunidades com altas taxas de suicídio. Porém, para isso, seria fundamental a circulação da palavra, o que, em geral, não acontece nesses tipos de evento. O silêncio é um complicador ao impedir que a experiência traumática passe do registro individual e privado para o registro coletivo e público. Os meios de comunicação, por exemplo, poderiam ajudar nessa passagem, como ocorreu no caso do acidente radiológico de Goiânia, cujas narrativas da imprensa falada e escrita contribuíram também para que a coletividade se reconhecesse como uma comunidade de sofrimento¹⁵ e, com isso, lutasse pelo reconhecimento de direitos e pela atribuição de responsabilidades. Os casos de suicídio, de modo geral, não são noticiados pela mídia.

Há um temor de que a divulgação de um suicídio possa desencadear por imitação ou por contágio outras mortes. Esse fenômeno foi observado após a publicação do romance *Os sofrimentos do jovem Werther*, de Goethe (2009), que ocasionou, na época, uma onda de suicídios entre os jovens. Esses, identificados com Werther e sua história de amor impossível, buscaram, como a personagem do livro, a própria morte. A repercussão foi tamanha que a obra quase teve sua circulação proibida. Nos Estados Unidos, há registros de que a veiculação de uma notícia de suicídio na primeira página do jornal *The New York Times* aumentou a taxa nacional de suicídios (entre 1% e 6%), de sete a dez dias após a publicação (WERLANG; BOTEGA, 2004). Esses e outros fatos só serviram para reforçar a ideia de que os casos de suicídio não devem ser divulgados quando, na verdade, o problema repousa sobre o modo como esta divulgação é feita. Se a abordagem jornalística propiciar uma reflexão, indicar que o suicídio pode ser evitado, ela contribuirá para desmitificar o tabu que ainda existe em relação ao fenômeno. O pacto de silêncio, inclusive nos meios de comunicação, faz com que o fenômeno de suicídio não tenha visibilidade, o que dificulta a mobilização de estratégias para o enfrentamento desse problema, que é social e que, de alguma forma, manifesta-se nos dados epidemiológicos da saúde pública. A população desconhece, por exemplo, que, dos 51 municípios brasileiros com índices elevados de mortes por suicídio de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no período de 1996 a

¹⁵ A noção de comunidade de sofrimento diz respeito às conexões que se estabelecem entre pessoas que compartilham, a partir de diferentes posições, a experiência de sofrimento causada pelo evento crítico. As conexões podem envolver os mortos e os vivos, os que foram atingidos diretamente ou indiretamente (VIEIRA, 2009).

2007, 24 (47,1%) se localizam no Rio Grande do Sul (PINTO; ASSIS; PIRES, 2012)¹⁶.

Em Candelária, o Programa de Prevenção ao Suicídio (CONTE et al., 2012) iniciou suas atividades, fazendo justamente com que esse tema circulasse em diferentes espaços. Na ocasião, foram divulgados folhetos informativos para a população, realizados programas na rádio local e publicadas matérias no jornal da cidade. A ideia era superar o preconceito e mostrar que é possível ajudar as pessoas em situação de risco de suicídio. Como apresentamos anteriormente, o Programa ultrapassou os limites da saúde e vem desenvolvendo ações integradas com diferentes segmentos da sociedade. Penso que experiências como essa deveriam ser desenvolvidas em outras cidades, com o acréscimo de uma linha de cuidado específica para os sobreviventes em virtude da intensidade do sofrimento a que estão submetidos. Além disso, é fundamental, a exemplo da experiência em Candelária, capacitar os profissionais de saúde para que possam identificar as situações de risco de suicídio entre a população idosa e acolher os indivíduos com tentativas de suicídio sem julgá-los moralmente.

Creio que essas são, sem dúvida, algumas maneiras de enfrentar o problema da morte autoinfligida, mas as mais efetivas seriam as que oportunizassem novas formas de viver e de envelhecer nessas comunidades e que permitissem uma profunda reflexão acerca dos componentes suicidas que estão implícitos na cultura. O suicídio dos idosos pode ser a expressão do desejo de destruir aquilo que eles sentem que não podem mais transformar (COSTA, 1997). Se a coletividade tomar para si a tarefa da mudança, talvez um dia nenhum idoso mais morrerá de joelhos perante a vida.

O velho sem conselhos
De joelhos
De partida
Carrega com certeza
Todo o peso
Da sua vida
Então eu lhe pergunto pelo amor
A vida inteira, diz que se guardou
Do carnaval, da brincadeira

¹⁶ Ver Anexo A.

Que ele não brincou
Me diga agora
O que é que eu digo ao povo
O que é que tem de novo
Pra deixar
Nada
Só a caminhada
Longa, pra nenhum lugar.

Chico Buarque de Hollanda

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASNIS, N. **Homem bomba**: o sacrifício das pulsões. Porto Alegre: Buqui, 2013.

BARLOW, C. A.; MORRISON, H. Survivors of suicide: emerging counseling strategies. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 40, n. 1, p. 28-39, 2002. BARRERO, S. A. P. Fatores de risco e prevenção de suicídio de idosos. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO DE PESSOAS IDOSAS, 1., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: [s.n.], 2012.

BERGER, P. L. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulinas, 1985.

BOTEGA, J. N. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.

BURRI, O. Tabou. Título original: **Tabou** [Filme]. Direção de Orane Burri, Suíça, 2008, Documentário, 52 min.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**: ensaio sobre o absurdo. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

CANDELÁRIA. Prefeitura Municipal. **Município**: geografia: história: pontos turísticos. Disponível em: <<http://www.candelaria.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2011.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

CAVALCANTE, F.; MINAYO, M. C. de S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.1943-1953, ago. 2012.

CAVALCANTE, F. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.2039-2052, ago. 2012.

CONTE, M. et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, ago. 2012.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos: o lado privado da violência pública. In: COSTA, J. F. et al. **O desafio ético**. Rio de Janeiro: Garamond, 1997. Disponível em: <http://portalmultirio.rio.rj.gov.br/sec21/chave_artigo.asp?cod_artigo=81>. Acesso em: 09 maio 2014.

DAS, V. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 37, p. 9-41 jul./dez. 2011.

_____. Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones. **Revista Internacional de Ciencias Sociales**, n. 154, dez. 1997. Disponível em: <<http://unesco.org/issj/rics154/dasspa.html>> Acesso em: 10 abr. 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1988.

_____. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap/EAESP/FGV, 1999.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1988.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer. Brasília: Paralelo 15, 2010.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000. [Publicado originalmente em 1897].

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (Org.). **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Lisboa: Editorial Presença, 1984.

FALK, J. W. et al. **Suicídio e doença mental em Venâncio Aires – RS**: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados? Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 1996.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed., rev. e atual. Curitiba: Positivo, 2004.

FERRY, L. **O que é uma vida bem-sucedida**: ensaio. 3. ed. Rio de Janeiro: Difel, 2010.

FONTES, I. Narrativas de uma memória assustada. **Suplemento Cultural do Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, v. 78, p. 10-14, ago. 2012.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France. 12. ed. São Paulo: Loyola, 1996. [Pronunciada em 2 de dezembro de 1970].

FRANCO, M. H. P. Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 2, p. 177-188, maio/ago. 2005.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 25. ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 269-291. (Edição standard brasileira, v. 14) [Originalmente publicado em 1917].

_____. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 309-341. (Edição standard brasileira, v. 14) [Originalmente publicado em 1915]

_____. O mal-estar na civilização. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 74-171. (Edição standard brasileira, v. 21) [Originalmente publicado em 1930]

_____. Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 11-85. (Edição standard brasileira, v. 18) [Originalmente publicado em 1920]

_____. Por que a guerra? In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 235-259. (Edição standard brasileira, v. 22) [Originalmente publicado em 1933]

_____. **O valor da vida**: uma entrevista rara de Freud. Alpes Austríacos: [s.n.], 1926. [Entrevista concedida a George Sylvester Viereck. Tradução de Paulo Cesar Souza]. Disponível em: <<http://www.freudiana.com.br/destaques-home/entrevista-com-freud.html>> Acesso em: 03 mar. 2014.

GAIGER, L. I. As condições socioculturais do engajamento no MST. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 70-92, out. 1999.

GOETHE, J. W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. 6. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

HENRIQUES, R. **Desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B. **Tempos vividos**: identidade, memória e cultura do idoso. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

HOLLANDA, C. B. de. **Chico Buarque, letra e música**: incluindo Gol de Letras de Humberto Werneck e Carta ao Chico de Tom Jobim. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: infográficos: Rio Grande do Sul: Candelária: dados gerais. 2010a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=430420&search=|candelaria>>. Acesso em: 29 set. 2012.

_____. **Cidades**: infográficos: Rio Grande do Sul: São Lourenço do Sul: dados gerais. 2010b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=431880&search=|sao-lourenco-do-sul>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. **Cidades**: infográficos: Rio Grande do Sul: Venâncio Aires: dados gerais. 2010c. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=432260&search=rio-grande-do-sul|venancio-aires|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <www2.inca.gov.br/wps/wcm/...tabaco/site/.../fumicultura_e_saude>. Acesso em: 10 fev. 2012.

JACQUES, M. da G. C. Doença dos nervos: o ser trabalhador como definidor da identidade psicológica. In: JACQUES, M. da G. C. et al (Org.). **Relações sociais e ética**. Porto Alegre: ABRAPSO – Regional Sul, 1995. p. 62-70.

JINKINGS, I. Apresentação. In: MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

KARDEC, A. **O livro dos espíritos**. 39. ed. São Paulo: LAKE, 1979.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

KUPFER, M. C. **Freud e a educação**: o mestre do impossível. 3. ed. São Paulo: Scipione, 1995.

KURCGANT, D.; WANG, Y. P. Aspectos históricos do suicídio no Ocidente. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 37-52.

KUSNETZOFF, J. C. **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

LIFSCHITZ, J. A. **Comunidades tradicionais e neocomunidades**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LOPES, J. R.; SILVA, A. L.; SILVA, R. M. D. O Divino, o patrimônio e a cidade: uma análise de modulações culturais provocadas por eventos críticos. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 47, n. 3, p. 208-217, set./dez. 2011.

LÖWY, M. Um Marx insólito. In: MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARTINS, J. de S. **A sociabilidade do homem simples**: cotidiano e história na modernidade anômala. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2012.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006. [Publicado originalmente em 1846].

MEAD, G. H. **Espiritu, persona y sociedad**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1982.

MILLS, C. W. **Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

_____. **Violência contra idosos**: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MINAYO, M. C.; CAVALCANTE, F. G. **É possível prevenir a antecipação do fim?** Suicídios de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde: projeto de pesquisa. Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ, 2011.

_____. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, ago. 2010.

MINAYO, M. C. S; FIGUEIREDO, A. E. B; CAVALCANTE, F. G. **Pesquisa nacional sobre suicídio de idosos e possibilidades de atuação do setor saúde**: sumário executivo. Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ, 2012.

MINAYO, M. C. S. et al. **Suicídios no Brasil**: mortalidade, tentativas, ideação, comportamento autopunitivo e prevenção. Brasília: RIPSA/OPAS/MS, 2010.

MISSE, M. et al. Entre palavras e vidas: um pensamento de encontro com margens, violências e sofrimento – entrevista com Veena Das. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle social**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 335-356, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://revistadil.dominiotemporario.com/doc/DILEMAS-5-2-Art6.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007.

MORIN, E. **O homem e a morte**. 2. ed. Lisboa: Mem Martins, 1988. (Biblioteca Universitária, 19).

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, Á. R. C. (Org.). **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul**: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2004. v. 1, p. 43-64.

NETTO, N. B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p. 13-24.

OLIVEIRA, P. P. V. et al. Primeiro relato do surto da doença da folha verde do tabaco no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2263-2269, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200005>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000.

_____. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007.

PERES, J. O. O passivo do fumante começa na roça. **Revista do Brasil** [online], n. 61, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/61/o-passivo-do-fumante-comeca-na-roca>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, out./dez. 2005.

PIAGET, J. **A construção do real na criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. de O. mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972 ago. 2012.

PIPKIN, M. **La muerte como cifra del deseo**: una lectura psicoanalítica del suicídio. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

REIS, E. P. Reflexões sobre o homo sociologicus. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 23-33, out. 1989.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

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

SÃO LOURENÇO DO SUL. Prefeitura Municipal. **Cidade**: história da cidade: localização. Disponível em: <<http://www.saolourencodosul.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2011.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

TAVARES, M. da S. A. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p. 43-58.

VENÂNCIO AIRES. Prefeitura Municipal. **Município**: história do município: localização: aspectos econômicos: indicadores sociais. Disponível em: <<http://www.pmva.com.br/site/home>>. Acesso em: 10 out. 2011.

VIEIRA, S. de A. Dor e catástrofe: um estudo sobre drama e sofrimento social. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 33., 2009, Caxambu. **Anais...** Caxambu: [s.n.], 2009.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

WEBER, M. **Fundamentos da sociologia**. 2. ed. Porto: Rés, 1983.

WERLANG, B. S. G. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)— Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WILLIAMS, R. **Marxismo e literatura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide**: how to start a survivor's group. Geneva: WHO, 2000.

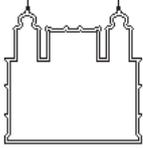
_____. **Public health action for the prevention of suicide**. Geneve: WHO, 2012.

_____. **Live your life**. WHO, SUPRE, Suicide Prevention (leaflet). Geneve: WHO, [s.d.].

_____. **Suicide prevention (SUPRE), the problem**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html>. Acesso em: 12 abr. 2014.

ZIMERMAN, D. E. **Psicanálise em perguntas e respostas**: verdades, mitos e tabus. Porto Alegre: Artmed, 2005.

**APÊNDICE A — ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
AUTÓPSIA PSICOSSOCIAL**



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Local: _____ Data: ____/____/____
Pesquisador: _____

Pesquisa sobre Suicídio

Nome _____	
Data do Nascimento ____/____/____	Idade _____ Sexo () Masc. () Fem.
Estado civil _____	Naturalidade _____
Religião: _____	
Grau de Instrução _____	Profissão _____
Endereço _____	
Família	
Nome do Cônjuge _____	Idade _____
Filhos (idades) _____ _____ _____	
Outras uniões/casamentos/filhos _____ _____ _____	
Pessoa que respondeu à entrevista _____	
	Idade _____
Contato _____	
Tipo de Suicídio _____	
Motivo _____	
Local _____	
Data ____/____/____	Hora _____
Observações relevantes _____	
_____ _____	

Antecedentes Familiares
Rede de Relações

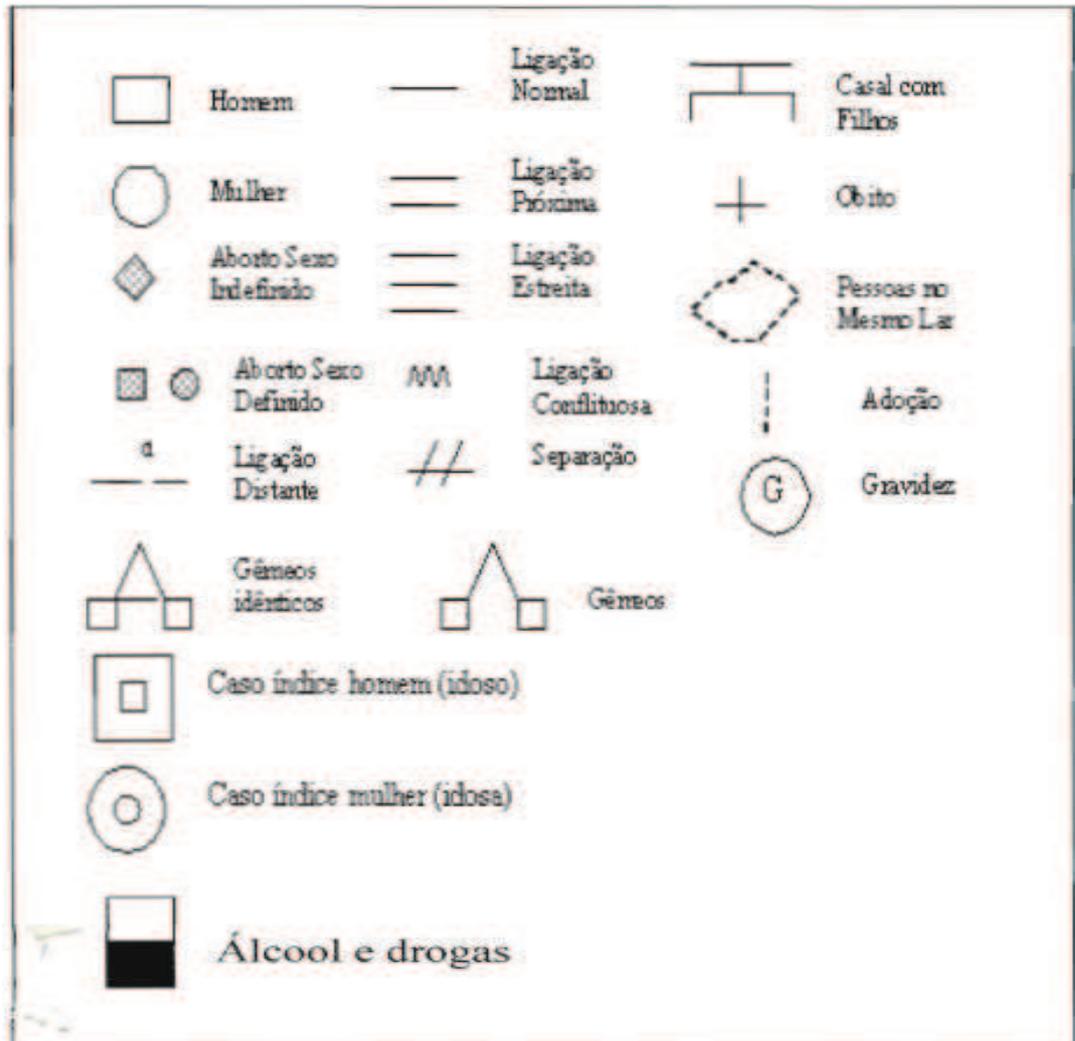
Destaques do Ciclo de Vida
Problemas de Saúde

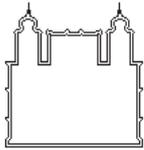
Funcionamento
Dados sobre saúde, emoção
e comportamento .

Nível Sócio-econômico
Condição Laboral

Informações Demográficas
Idade, datas de nascimento e
datas de morte.

Acontecimentos críticos
migrações, rompimentos,
fracasso ou sucessos.





Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Roteiro de Entrevista (Suicídio - Pessoa maior de 60 anos)

I) Contato Inicial

Objetivo: Esclarecer sobre a pesquisa, assegurar um consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade pessoal e familiar

- a) Leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento
- b) Preenchimento dos Dados de Identificação
- c) Montar o Genograma Familiar

II) Caracterização Social

- 1) Profissão e grau de instrução da pessoa que cometeu o suicídio
- 2) Profissão e grau de instrução do conjugue e dos filhos
- 3) O que era relevante no trabalho/emprego? Dificuldades, limites e possibilidades.
- 4) Aposentadoria ou quando deixou de ser produtivo
- 5) Fontes de rendimento familiar (ordenado fixo e outros)
- 6) Conforto da moradia (própria, alugada, outros; número e tipo de cômodos; rede de esgotos, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes)
- 7) Descrição do aspecto do bairro e local de moradia

III) Retrato e Modo de Vida (de quem cometeu o ato suicida)

- 1) Como você descreve o seu parente que cometeu o suicídio?
- 2) Com quem ele se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser?
- 3) Ele se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação?
- 4) Como ele reagia diante de situações adversas? Havia algo que o chateava mais?
- 5) História de perdas (filhos, esposa, irmãos, amigos, emprego, patrimônio etc)
- 6) Como o suicida lidava com as situações de perda?
- 7) Problemas de relacionamento com familiares (conjugues, filhos, irmãos, pais)?
- 8) Onde e com quem encontrava apoio? Que tipo de contato mantinha com os parentes, especialmente os mais próximos?
- 9) Violência anterior ao envelhecimento e durante o processo de envelhecimento e o tipo de violência sofrida.
- 10) Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos?
- 11) Muitos ou poucos amigos? Que problemas surgiram no convívio? Como ajudaram?
- 12) Apoio dos vizinhos? Como se deu o contato e o apoio entre vizinhos?
- 13) Apoio entre colegas ou ex-colegas de trabalho? Como ajudaram?
- 14) Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros?
- 15) Grupos religiosos ou outros grupos de apoio.
- 16) Participava de Partido político, Sindicato e Organização Profissional, Clubes e Associações voluntárias?

17) Há história anterior de doença grave? Qual? Psiquiátrica-Neurológica? Tratamentos?

18) Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

IV) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

1) Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)

2) Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?

3) Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? Como foi o socorro?)

4) Como a família viu esse gesto? Que fatores desencadearam o suicídio?

5) Como a família vivenciou o momento do sepultamento?

6) Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?

7) Houve tentativas anteriores? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Verificar os seguintes indicadores (a partir das perguntas feitas acima): a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado e sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

V) Estado mental que antecedeu o suicídio (se o entrevistado puder responder)

1) A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?

2) A pessoa falava de pensamentos, sentimentos ou idéias que pareciam “irreais”?

3) A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?

4) A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?

5) A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?

6) A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas?

VI) Imagem da Família

1) Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) face ao gesto auto-destrutivo?

2) Isso trouxe algum problema à família? Como a família lida com esses problemas? A família já recorreu a algum tipo de apoio?

3) A família possui rede de apoio (relações de apoio) a quem possa recorrer?

4) Há dificuldades na comunicação entre as pessoas e no modo de buscar ajuda?

5) Como a família está buscando prosseguir e confortar-se mutuamente?

Verificar os seguintes indicadores: (Se possível, sem perguntas diretas, apenas pela observação do fluxo discursivo e das associações livres de pensamento)

Tipo de comunicação estabelecida na família (aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem);

Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;

Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;

Forma de formular e estabelecer regras – a explicitação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar

O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto. Será necessário um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A) Dados de identificação do participante:

nome;
data de nascimento;
estado civil;
escolaridade;
profissão;
grau de parentesco com o idoso que se suicidou.

B) Aspectos relacionados ao impacto do suicídio na vida do depoente e dos demais familiares do idoso.

Mudanças nas relações familiares, alterações de saúde (mental e física), diminuição da capacidade produtiva (trabalho e estudo), perdas sociais (afastamento de amigos e parentes), manifestações na comunidade de estigma em relação à família do idoso, entre outros.

C) Práticas sociais associadas ao suicídio que o configuram como um evento crítico e que são necessárias para concretizar a morte do idoso nas consciências.

Orações e missas em memória da pessoa falecida, visitas de religiosos na casa, sessões espíritas, comunicação com o falecido, mudança de residência, modificações na casa, desterramento da árvore que serviu, por exemplo, de suporte para enforcamento, demolição do galpão, entre outros.

D) Recursos utilizados pelos sobreviventes para lidar com a perda do idoso por suicídio.

Apoio religioso, atendimento especializado, ajuda de amigos e familiares, entre outros.

Obs.: Os itens elencados por eixos não serão perguntados, mas se forem mencionados pelos depoentes serão investigados em maior profundidade.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A presente pesquisa, intitulada "As múltiplas mortes de si: suicídio de idosos no Sul do Brasil", para a qual você está sendo convidado a participar, é requisito parcial para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unisinos. O trabalho de pesquisa, que será por mim realizado, sob a orientação do Professor Dr. José Rogério Lopes, e coorientação da Professora Dra. Marta Conte, tem por objetivo investigar o suicídio de idosos e suas consequências na vida dos familiares e na comunidade para pensar estratégias de prevenção no campo da saúde.

A sua participação no estudo é voluntária e você tem plena liberdade de manifestar sua anuência ou não, sem que isso traga qualquer prejuízo ao atendimento que recebe da equipe de saúde. Caso haja interesse em participar, sua inclusão no estudo ocorrerá mediante uma entrevista individual, conduzida por mim, que terá aproximadamente 60 minutos de duração. Falar sobre o suicídio pode mobilizar diferentes sentimentos, bem como provocar ansiedade, por isso você poderá interromper a entrevista ou deixar de responder alguma questão, bem como desistir da participação no estudo.

A entrevista será gravada, se você consentir, e somente será utilizada para fins deste estudo. Seus dados pessoais e as informações que possam identificar você e seus familiares não serão divulgados.

Você ficará com uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por mim. Em qualquer momento, você poderá solicitar mais informações sobre o estudo e sobre sua participação através do e-mail claudiacruz@uol.com.br ou dos telefones (51)33212596 e (51)99796241.

_____, ____ de _____ 2013.

 Participante

 Cláudia Weyne Cruz (pesquisadora)
 Psicóloga CRP 07/05462

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 26/07/2013

ANEXO A — MUNICÍPIOS COM TAXAS ELEVADAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM IDOSOS

Tabela 2. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais em municípios de taxas mais elevadas (tríênio 2005-2007) e que tiveram pelo menos 24 óbitos no período. Brasil, 1996-2007.

UF	Município	População geral com 60 anos ou mais			
		Taxa 1996-98	Taxa 2005-07	%	NE
SP	Ribeirão Preto	15,7	12,4	-21,0	9,7
SP	São José do Rio Preto	25,8	13,3	-48,5	8,6
RJ	Duque de Caxias	16,1	13,7	-14,9	8,5
RJ	Petrópolis	45,6	14,4	-68,4	6,2
AM	Manaus	26,0	15,4	-40,8	2,0
PE	Recife	22,4	15,5	-30,8	6,8
SP	Osasco	20,7	15,5	-25,1	9,5
SP	Campinas	11,7	15,8	35,0	12,6
MG	Belo Horizonte	17,3	16,0	-7,5	10,0
SP	Santo André	19,7	17,8	-9,6	9,6
RS	Rio Grande	50,4	18,0	-64,3	11,0
SP	São Paulo	24,4	20,1	-17,6	10,1
SP	São Bernardo do Campo	18,9	20,6	89,0	12,0
SP	Mogi das Cruzes	30,6	21,9	-28,4	8,0
PR	Curitiba	30,8	23,4	-24,0	5,7
SC	Joaquim Ville	46,8	24,0	-48,7	1,6
RS	São Leopoldo	61,0	24,1	-60,5	6,4
RS	Caracas	65,9	24,2	-63,3	7,7
DF	Brasília	21,9	24,5	11,9	1,2
RS	Viamão	53,7	25,5	-52,5	9,6
MS	Campo Grande	40,9	25,6	-37,4	4,8
CE	Fortaleza	22,1	27,2	23,1	5,3
RS	Porto Alegre	40,3	27,2	-32,5	4,8
RS	Santa Maria	42,8	27,3	-36,2	19,7
PI	Teresina	44,7	28,2	-36,9	2,7
GO	Goiânia	17,5	28,7	64,0	7,6
SC	Florianópolis	36,5	28,3	-19,7	5,8
RJ	Campos dos Goytacazes	53,9	30,7	-43,0	4,9
SP	Santos	29,3	33,9	15,7	12,7
SC	Blumenau	27,7	35,8	29,2	1,2
SP	Marília	23,9	36,2	50,8	8,8
RS	Novo Hamburgo	97,2	39,1	-59,8	7,2
RS	São Gabriel	105,2	40,0	-62,0	10,8
RS	Gravataí	66,6	43,8	-34,2	5,7
RS	Passo Fundo	45,2	52,1	15,3	6,9
MS	Dourados	63,6	53,9	-35,5	2,2
RS	Pelotas	56,0	56,5	0,9	3,4
RS	Sant'Ana do Livramento	91,3	60,2	-34,1	16,9
RS	Caxias do Sul	33,4	60,8	82,0	1,1
RS	Bagé	59,9	60,9	1,7	7,9
RN	Mossoró	26,7	65,3	144,6	8,5
RS	Tejuapua	108,0	79,8	-26,1	6,2
RS	Cachoeira do Sul	37,6	62,5	119,4	6,3
RS	Cangucu	174,2	85,7	-50,8	6,1
RS	Santa Cruz do Sul	41,3	105,4	155,2	8,1
RS	Caçapava do Sul	196,7	106,7	-45,8	6,1
RS	Santiago	106,3	111,4	4,8	14,6
RS	São Lourenço do Sul	17,8	138,4	677,5	5,0
RS	Candelária	88,1	147,2	67,1	16,1
RS	Lajeado	191,1	165,6	-2,9	4,4
RS	Venâncio Aires	100,7	242,9	141,2	10,1

% - diferença entre trínios ((2005-07 - 1996-98)/(1996-98)*100; NE - percentual médio de óbitos por eventos cuja intenção é indeterminada (119-334) no período 1996-2007.

Fonte: Pinto, Assis e Pires (2012, p. 1967).

ANEXO B — AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO BANCO DE DADOS



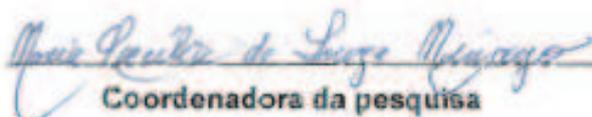
Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CLAVES

DECLARAÇÃO

Declaro que, Cláudia Weyne Cruz poderá utilizar, em sua Tese de Doutorado, os dados armazenados no banco de dados (Dropbox), da Pesquisa **É POSSÍVEL PREVENIR A ANTECIPAÇÃO DO FIM? SUICÍDIO DE IDOSOS NO BRASIL E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SETOR SAÚDE**, desenvolvida pelo Claves.

Rio de Janeiro, 27/11/2012

Maria Cecília de Souza Minayo


Coordenadora da pesquisa

ANEXO C — TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – VENÂNCIO AIRES

Ilmo. Sr.
Celso Artus
Secretário Municipal de Saúde
Município de Venâncio Aires/RS

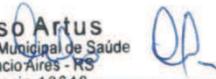
Ilustríssimo Sr. Secretário:

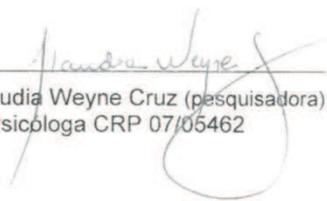
Dirijo-me a Vossa Senhoria com o intuito de solicitar sua autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "As múltiplas mortes de si: suicídio de idosos no Sul do Brasil", requisito parcial para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unisinos, sob a orientação do Professor Dr. José Rogério Lopes, e coorientação da Professora Dra. Marta Conte, que será por mim desenvolvido.

A pesquisa tem por objetivo estudar o suicídio de idosos e pensar estratégias de prevenção de um evento crítico como esse, cujos efeitos de dispersão produzem um impacto social de ampla magnitude.

Desde já, agradeço a sua colaboração e coloco-me a sua disposição para maiores informações através do e-mail claudiacruz@uol.com.br ou dos telefones (51) 99796241/33212596.

Porto Alegre, 30 de julho 2013.


Celso Artus
Secretário Municipal de Saúde
Venâncio Aires - RS
Portaria 18649
Secretário Municipal de Saúde


Claudia Weyne Cruz (pesquisadora)
Psicóloga CRP 07/05462

**ANEXO D — TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SECRETÁRIA
MUNICIPAL DE SAÚDE – CANDELÁRIA**

Ilma. Sra.
Aline Gewehr Trindade
Secretária Municipal de Saúde
Município de Candelária/RS

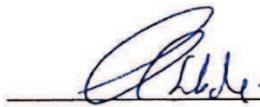
Ilustríssima Sra. Secretária:

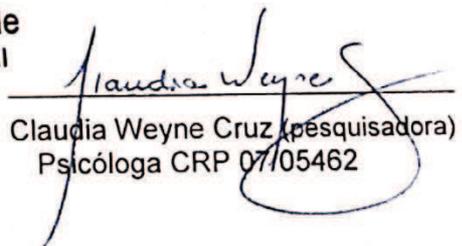
Dirijo-me a Vossa Senhoria com o intuito de solicitar sua autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “As múltiplas mortes de si: suicídio de idosos no Sul do Brasil”, requisito parcial para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unisinos, sob a orientação do Professor Dr. José Rogério Lopes, e coorientação da Professora Dra. Marta Conte, que será por mim desenvolvido.

A pesquisa tem por objetivo estudar o suicídio de idosos e pensar estratégias de prevenção de um evento crítico como esse, cujos efeitos de dispersão produzem um impacto social de ampla magnitude.

Desde já, agradeço a sua colaboração e coloco-me a sua disposição para maiores informações através do e-mail claudiacruz@uol.com.br ou dos telefones (51) 99796241/33212596.

Porto Alegre, 30 de agosto 2013.


Aline Gewehr Trindade
Secretária Municipal
da Saúde
Candelária / RS


Claudia Weyne Cruz (pesquisadora)
Psicóloga CRP 07/05462

ANEXO E — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade de Pesquisa, Pós-Graduação (UNPPG)
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

versão 09/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA RESOLUÇÃO 138/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 13/118 **Versão do Projeto:** 26/09/2013 **Versão do TCLE:** 26/09/2013

Coordenadora:

Doutoranda Claudia Weyne Cruz (PPG em Ciências Sociais)

Título: As múltiplas mortes de si: suicídio de idosos no Sul do Brasil.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 26 de setembro de 2013.

Prof.ª Dra. Cátia de Azevedo Frontz
 Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

ANEXO F — DADOS SOBRE O MUNICÍPIO DE VENÂNCIO AIRES

Informações Gerais Fonte: IBGE	
População	65.964 Habitantes
Homens	32.648
Mulheres	33.316
Total da população urbana	41.416
Total da População Rural	24.548
Área da unidade territorial	773 Km ²
PIB per capita a preços correntes	17.829,52 reais
Pessoal ocupado total	14.846 Pessoas
Serviços de Saúde	
Estabelecimentos de Saúde total	32
público total	17
público municipal	17
privado total	15
privado com fins lucrativos	14
Privado sem fins lucrativos	1
Estabelecimento de Saúde privado SUS	6
Estabelecimentos de Saúde com internação total	1
Idosos por faixa Etária (período 2009) Fonte: Datassus	
50 a 59 anos	7.931
60 a 69 anos	4.915
70 a 79 anos	3.043
80 anos e mais	1.351
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – longevidade, Fonte: IPEA, acesso em : 28/04/2011	Variação dos municípios de RS: 0,702 até 0,872
Venâncio Aires	0,795
Morbidades Hospitalares 2009 Fonte: IBGE	
Total de Homens	116 óbitos
Total de Mulheres	79 óbitos
Óbitos - Lesões, envenenamentos e causas externas	Total: 11 óbitos
Razão de dependência maior que 75%. Fonte: IPEA, decenal de 1991 a 2000, acesso em: 28/04/2011	
Venâncio Aires	31,12%
Probabilidade de sobrevivência até 60 anos	84,33%
Mapa de Pobreza e Desigualdade Fonte: IBGE	
Incidência da Pobreza,	19,32%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	12,93%
Limite superior da Incidência de Pobreza	25,70%
Incidência da Pobreza Subjetiva	14,74%
Limite inferior da Incidência da Pobreza Subjetiva	12,64%
Limite superior Incidência da Pobreza Subjetiva	16,85%
Índice de Gini	0,41

ANEXO G — DADOS SOBRE O MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL

Informações Gerais Fonte: IBGE	
População	43.114 Habitantes
Homens	21.619
Mulheres	21.495
Total da população urbana	24.234
Total da População Rural	18.880
Área da unidade territorial	2.036 Km ²
PIB per capita a preços correntes	11.130,16 reais
Pessoal ocupado total	5.883 Pessoas
Serviços de Saúde	
Estabelecimentos de Saúde total	29
público total	16
público federal	0
público estadual	0
público municipal	16
privado total	13
privado com fins lucrativos	10
Privado sem fins lucrativos	3
Estabelecimento de Saúde privado SUS	6
Estabelecimentos de Saúde com internação total	2
Idosos por faixa Etária (período 2009) Fonte: Datassus	
50 a 59 anos	5.285
60 a 69 anos	3.624
70 a 79 anos	2.357
80 anos e mais	1.207
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – longevidade, Fonte: IPEA, acesso em : 29/04/2011	Variação dos municípios de RS:
São Lourenço do Sul	0,777
Morbidades Hospitalares 2009 Fonte: IBGE	
Total de Homens	56 óbitos
Total de Mulheres	48 óbitos
Razão de dependência maior que 75%. Fonte: IPEA, decenal de 1991 a 2000, acesso em: 29/04/2011	
São Lourenço do Sul	33,31%
Probabilidade de sobrevivência até 60 anos	82,39%
Mapa de Pobreza e Desigualdade Fonte: IBGE	
Incidência da Pobreza,	23,92%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	16,73%
Limite superior da Incidência de Pobreza	31,10%
Incidência da Pobreza Subjetiva	17,84%
Limite inferior da Incidência da Pobreza Subjetiva	15,30%
Limite superior Incidência da Pobreza Subjetiva	20,38%
Índice de Gini	0,39

ANEXO H — DADOS SOBRE O MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA

Informações Gerais Fonte: IBGE	
População	30.171 Habitantes
Homens	14.752
Mulheres	15.419
Total da população urbana	15.175
Total da População Rural	14.456
Área da unidade territorial	943 Km ²
PIB per capita a preços correntes	11.469,17 reais
Pessoal ocupado total	4.642 Pessoas
Serviços de Saúde	
Estabelecimentos de Saúde total	11
público total	6
público municipal	6
privado total	5
privado com fins lucrativos	4
Privado sem fins lucrativos	1
Estabelecimento de Saúde privado SUS	4
Estabelecimentos de Saúde com internação total	1
Idosos por faixa Etária (período 2009) Fonte: Datassus	
50 a 59 anos	3.623
60 a 69 anos	2.588
70 a 79 anos	1.550
80 anos e mais	708
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	
Candelária	0,778
Morbidades Hospitalares 2010	
Total de Homens	55 óbitos
Total de Mulheres	38 óbitos
Óbitos - Lesões, envenenamentos e causas externas	Total: 2 óbitos
Razão de dependência maior que 75%. Fonte: IPEA, decenal de 1991 a 2000, acesso em: 29/09/2011	
Candelária	33,87%
Probabilidade de sobrevivência até 60 anos	82,58%
Mapa de Pobreza e Desigualdade Fonte: IBGE	
Incidência da Pobreza,	21,32%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	14,19%
Limite superior da Incidência de Pobreza	28,45%
Incidência da Pobreza Subjetiva	17,84%
Limite inferior da Incidência da Pobreza Subjetiva	16,44%
Limite superior Incidência da Pobreza Subjetiva	19,32%
Índice de Gini	0,41