



TEXTO 01

O que é o suicídio? Como ele se apresenta na nossa sociedade?

Apresentação

Neste primeiro módulo do curso, serão delimitados alguns conceitos abordados na literatura sobre o suicídio, há uma vasta bibliografia acerca do tema, pois muito se tem pesquisado e escrito no mundo todo, para melhor compreensão e prevenção do fenômeno na sociedade. O intuito é que este introdutório sobre o assunto desctrine o olhar e a sensibilidade dos profissionais da assistência social para o agir profissional diante dos usuários desta política na perspectiva do atendimento e prevenção ao suicídio em Pernambuco.

1.1 - Delimitações teóricas sobre o suicídio

A palavra suicídio (etimologicamente sui = si mesmo; caedes = ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737 e significa morte intencional auto-infligida, isto é, quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar sua própria vida.

O suicídio sempre existiu e ocorre em todas as sociedades no mundo, e a maneira como a sociedade reage ao suicídio varia de acordo com a cultura vigente e também no que tange ao período histórico em questão, em cada época e em cada civilização teve uma função e um significado. Em algumas sociedades primitivas a religião impunha o suicídio como parte da vida; e em outras sociedades eram cometidos suicídios em massa para fugir da violência de outras civilizações.

Na Antiguidade Clássica é possível encontrar uma pluralidade de opiniões acerca do autoextermínio. Na história grega acham-se casos de suicídios por motivos de patriotismo, remorso, fidelidade, amor, castidade, fuga da senectude da velhice, dentre outros (Caeiro, 2011).

Caeiro (2011), cita algumas passagens no Velho Testamento da Bíblia no qual é possível encontrar alguns relatos de suicídios no mundo Hebreu Antigo:

- Saul: “Então Saul ordenou ao seu escudeiro: ‘Tire sua espada e mate-me com ela, senão sofrerei a vergonha de cair nas mãos desses incircuncisos’. Mas seu escudeiro estava apavorado e não quis fazê-lo. Saul, então, pegou a própria espada e jogou-se sobre ela.” - 1 Samuel 31.4
- Escudeiro de Saul: “Quando o escudeiro viu que Saul estava morto, jogou-se também sobre sua espada e morreu com ele.” – 1 Samuel 31.5

Com o início da Era Cristã, já é possível encontrar nos Evangelhos um caso famoso de suicídio – o de Judas Iscariotes, conhecido por trair a Jesus, em Mateus 27:5. Durante o período da Idade Média, podemos encontrar visões diferentes de como tratar o suicídio, dependendo de quem se suicidasse e das motivações, a pessoa poderia ser tratado como herói ou com pecador e excomungado pela Igreja, conforme os trechos a seguir:

Camponeses e artesãos se enforcavam ou se afogavam para escapar à miséria e ao sofrimento; cavaleiros e clérigos “deixavam-se” morrer em duelos, guerras e martírios, para escapar à humilhação e demonstrar uma fé inabalável. O suicídio do nobre, qualquer que fosse a causa, era considerado corajoso, honroso e respeitável. Já o suicídio dos rústicos era reprimido severamente, considerado covarde e egoísta. Os cadáveres dos camponeses e artesãos suicidas passavam por suplícios públicos (corpos arrastados por animais até a força ou fogueira, mutilação dos corpos, exibição dos corpos nus em praça pública etc.), eram-lhes vetados os rituais funerários, o sepultamento em terras sagradas e os bens eram confiscados (Mendes, 2011)

Santo Agostino (354 – 430), em seu tratado *A Cidade de Deus*, condena radicalmente o suicídio como uma interdição do mandamento do Decálogo “Não matarás”. Com o Escolasticismo de influência aristotélica, São Tomás de Aquino (1266 – 1273) em sua *Suma Teológica*, reafirma a proibição do suicídio e defende a interdição da sepultura de suicidas em terras sagradas. Tomás de Aquino via o homem como pertencente à sociedade, de modo que tirar a própria vida prejudicava toda a comunidade (Mendes, 2011).

Nos séculos V e VI, os Concílios de Orleans, Braga e Toledo, proibiram qualquer homenagem aos suicidas, e mesmo aqueles que só tentavam e não conseguiam êxito, eram excomungados. Assim, o suicídio tornou-se um crime e um hediondo pecado, e suas consequências poderiam agora se estender inclusive aos familiares, que enfrentavam preconceito e perseguições (Lima, 2013).

Com o Renascimento, houve uma maior valorização da subjetividade e da individualidade perante a uma nova reconfiguração econômica de maior liberdade do comércio. Isso também produziu um contexto caracterizado por mais individualismo. Desse modo, houve um aumento progressivo da tendência ao isolamento, o que pode contribuir para gerar sentimentos de angústia, solidão e inquietude. Tais sentimentos advindos do individualismo podem ter colaborado para que pessoas tirassem a sua própria vida no período da Renascença (Aragão, 2014)

Durkheim em seu livro *O suicídio*, de 1887 foi o pioneiro a delimitar o fenômeno no campo sociológico, analisando-o como um fato social, utilizando como subsídio para sua fundamentação dados estatísticos e não apenas dados subjetivos. Neste estudo ele parte do exterior, para atingir o interior. Com isto o intuito do seu estudo foi evidenciar as causas através das quais é possível agir, sobre a sociedade e não apenas sobre os indivíduos isolados, trazendo reflexões acerca dos fatores sociais na ocorrência do suicídio, em contraponto das perspectivas de estudo até o momento que referiam apenas fatores psicológicos individuais como motivadores (Rodrigues, 2009). Nesta obra Durkheim define o suicídio como “*todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado*” (Durkheim apud Rodrigues, 2009, p.4).

Karl Marx na sua obra *Sobre o suicídio*, de 1846 escreveu um ensaio a partir das memórias (escritos) de Jacques Peuchet, que era ex-arquivista, policial e curioso a respeito dos inúmeros casos de suicídio ocorridos na França. Suas reflexões tem como ponto de partida a relação entre o suicídio e a sociedade.

Marx parte da análise da vida privada para realizar uma crítica social contundente, buscando enfatizar os males como a miséria, a prostituição e a injustiça social como causas do suicídio, ocupando-se de apresentar dramas do cotidiano da vida das pessoas, independente da classe social, dirigindo seu olhar para as angústias da existência humana e, ao fazê-lo, nos apresenta suas reflexões sobre temas que ainda permanecem, nos dias de hoje, atuais – como o direito ao aborto, a questão da mulher e a opressão familiar, entre outros. Desta forma embora não se delimita aos estudos econômicos e políticos, a sua obra continua tendo relação com estes campos (Marx apud Rodrigues, 2009).

Em Marx a sociedade é uma instância geradora de sofrimento, à medida que impõe rígidas normas à família, passando pelas características individuais, os conflitos, vivências

individuais, que podem levar aos indivíduos verem no suicídio como única saída para estes dilemas angustiantes. Para Marx (2006, p.98) “*na ausência de algo melhor, o suicídio é o último recurso contra os males da vida privada*”.

Podemos definir o suicídio hoje como sendo “*ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo; iniciado e executado por uma pessoa que tem clara noção ou forte expectativa de que o desfecho seja fatal e resulte em sua própria morte*” (Bertolote, 2012, p.21).

Buscou-se através destes estudos entender mais as concepções do suicídio em nossa sociedade, não só entendendo o sujeito com suas singularidades, mas entender o meio social em que se vive, a fim de delinear formas mais eficazes de intervir nesta realidade.

1.2 - Indicadores de ocorrência de tentativas de suicídio no mundo, no Brasil e em Pernambuco.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida. Sendo este um **SÉRIO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**, e sua prevenção não é tarefa fácil.

Sendo a tentativa de suicídio e o suicídio um tipo de **violência autoprovocada ou contra si mesmo**. O comportamento suicida inclui ideias de acabar com a própria vida, caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer um ato, conseguir os meios de realizá-lo e concretizá-lo, dando fim a própria vida (Brasil, 2014).

A seguir trazemos o ranking dos países com o maior números de ocorrência de suicídios no mundo:

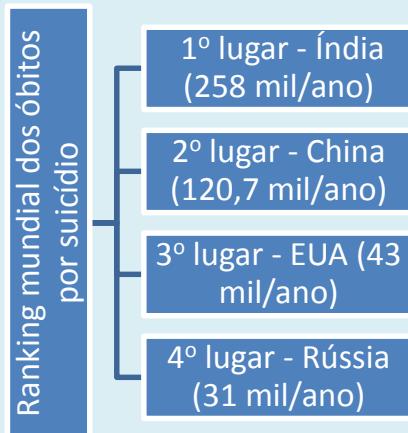


Figura 1: Países com as mais altas taxas de suicídio no mundo

Tomando como base ainda os dados da (OMS) o comportamento suicida vem ganhando impulsos, conforme quadro a seguir:

| |
|---|
| O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas; |
| O suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral; |
| Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte; |
| Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos); |
| Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação; |
| Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas; |
| 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020. |

Quadro 1: Dados comportamento suicida. Fonte: WHO, 2014.

Segundo fontes do Ministério da Saúde (2006), o **Brasil** encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio, variando entre 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 a 2004. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.).

Brasil é o OITAVO na lista da OMS. De 2012 a 2014, temos 31.507 casos de suicídio no país, por se tratar de um país populoso.

(ICICT | Fiocruz, 2018)

O suicídio e a tentativa de suicídio integra a lista nacional de **notificação compulsória de violência**, que a partir da Portaria MS nº 1.271/2014 passa a ser obrigatória e imediata, pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até vinte e quatro horas desse atendimento, este registro ocorre na ficha de Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada, 2016. (Brasil, 2016).

A notificação auxilia a traçar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio, bem como aqueles que evoluíram a óbito por essa causa no Brasil, **subsidiando a tomada de decisão do poder público por políticas públicas para o enfrentamento do problema em nossa sociedade.**

Segundo dados da vigilância em saúde no seu boletim epidemiológico (2017) à partir das fichas de notificação temos no período de 2011 a 2016 evidencia-se:

- 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas;**
- 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada;**
- 116.113 (65,9%) casos em mulheres;**
- 60.098 (34,1%) casos em homens;**

| Análise das notificações das tentativas de suicídio no Brasil | | |
|--|--|--|
| Período: 2011 a 2016 | | |
| Variáveis | Mulheres | Homens |
| Raça/ cor | 53,2% brancas; 32,8% negras (pardas + pretas). | 52,2% eram brancos; 34,8% negros (pardos + pretos). |
| Escolaridade | 28,5% ensino fundamental incompleto ou completo; 25,5% ensino médio incompleto ou completo. | 30,1% ensino fundamental incompleto ou completo; 22,6% ensino médio incompleto ou completo. |

| | | |
|---|---|---|
| Faixa-etária de maior ocorrência | 73,1% entre 10 a 39 anos; | 71,1% entre 10 a 39 anos. |
| Deficiência/transtorno | 25,5% | 27,7% |
| Zona de residência | 92,1% , residia na zona urbana | 89,9% , residia na zona urbana |
| Regiões Brasileiras de maior concentração | Sudeste (44,8%); Sul (33,4%) | Sudeste (42,8%) Sul (34,9%) |
| Local de ocorrência | 88,9% residência; 2,3% em via pública | 82,0% residência; 5,4% em via pública. |
| Violência de repetição | 31,3% caráter repetitivo; 27,9% dados ignorados (taxa elevada) | 26,4% caráter repetitivo; 29,6% dados ignorados (taxa elevada) |
| Relação ao trabalho | 0,6% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido pela mulher | 0,7% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido pela pessoa |

Tabela 1: Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2017.

Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovocada, identificaram-se **48.204 (27,4%)** casos de tentativa de suicídio, sendo **33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens**. Observou-se aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino de 209,5% e masculino de 194,7%.

Embora as mulheres tentem mais o suicídio, os homens concretizam mais tal finalidade.

Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015

1. Independentemente do sexo as maiores taxas foram observadas:

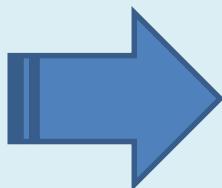
- Faixa etária de 70 e mais anos (8,9/100 mil hab.);
- Com até 3 anos de estudo (6,8/100 mil hab.);
- Na população indígena (15,2/100 mil hab.).

2. Entre os homens a taxa de mortalidade por suicídio seguiu o mesmo padrão:

- Faixa etária de 70 anos e mais de idade (17,1/100 mil hab.);
- Com até 3 anos de estudo (10,9/100 mil hab.);
- Na população indígena (23,1/100 mil hab.).

3. Entre as mulheres:

- Faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos (3,8/100 mil hab.);
- Com 12 e mais anos de estudos tiveram risco de óbito por suicídio (2,4/100 mil hab.) semelhante ao observado na faixa de 4 a 7 anos de estudo e 1,5 vez maior que o risco entre as mulheres com 8 a 11 anos de estudo.



Analisando-se a proporção de óbitos segundo faixa etária e raça/cor da pele, observou-se que **44,8% dos suicídios ocorridos na população indígena foram cometidos por adolescentes (10 a 19 anos)**, valor oito vezes maior que o observado entre brancos e negros (5,7% em cada) nessa mesma faixa etária.

Realidade das tentativas de suicídio em Pernambuco

Em Pernambuco também verificamos o elevado número de tentativas de suicídio. A seguir analisaremos os dados do Boletim de Informativo de Vigilância de Violências de Pernambuco, de janeiro a março de 2018, comparando aos mesmos meses de 2017 verificamos um aumento no número de casos notificados conforme explicitamos abaixo:

| Número de casos de tentativa de suicídio registrados na plataforma CIEVS/PE segundo o mês da notificação. | | |
|--|-------------|-------------|
| Mês de ocorrência | 2017 | 2018 |
| Janeiro | 64 | 124 |

| | | |
|------------------|----|-----|
| Fevereiro | 76 | 137 |
| Março | 99 | 100 |

Tabela 2: Fonte: CIEVS-PE. Dados atualizados em: 21/11/2017, sujeitos à alterações.

Observa-se no Estado de Pernambuco o quantitativo de notificações de tentativa de suicídio maior entre a população de 10 a 39 anos seguindo os mesmos padrões a nível nacional explicitados anteriormente. Já no critério raça-cor temos no Estado um diferencial com maior número de ocorrência entre pessoas pretas e pardas. Diferente dos números nacionais onde temos o maior número de ocorrência de tentativas de suicídio nas mulheres brancas.

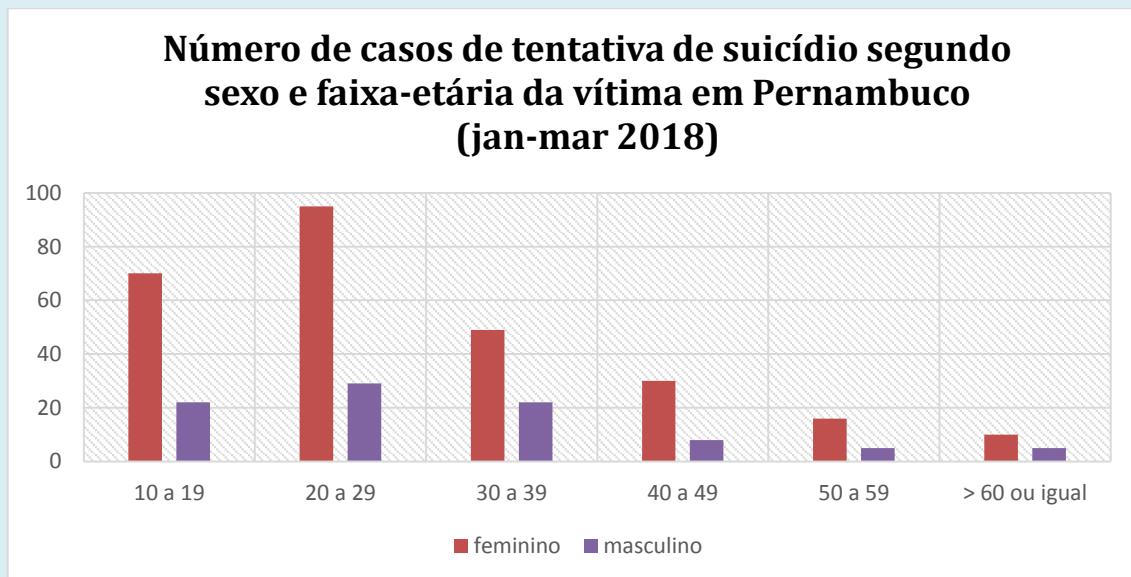


Gráfico 1: Criado pela Autora. Fonte: CIEVS-PE. Dados atualizados em: 21/11/2017, sujeitos à alterações.

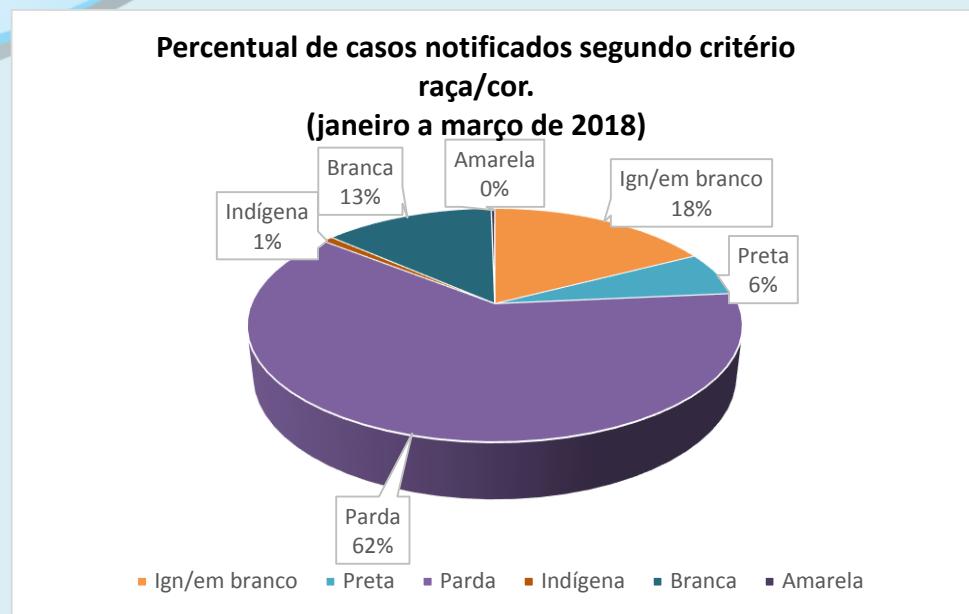


Gráfico 2: Fonte: CIEVS-PE. Dados atualizados em: 21/11/2017, sujeitos à alterações.

Na próxima tabela verificamos que o maior número de ocorrência de tentativas de suicídio segundo domicílio da vítima corresponde aos municípios que compõe a I Geres, dos quais fazem parte Recife e Região metropolitana, sendo esta a mais numerosa do Estado. Em seguida temos da IX Geres que corresponde aos Municípios do Sertão do Estado.

| Casos de tentativa de suicídio e violência sexual notificados segundo Geres de residência. | |
|--|-----------------------|
| Geres de residência | Tentativa de suicídio |
| I | 167 |
| II | 12 |
| III | 0 |
| IV | 17 |
| V | 8 |
| VI | 27 |
| VII | 2 |
| VIII | 14 |
| IX | 54 |
| X | 8 |
| XI | 16 |

| | |
|--------------------|------------|
| XII | 24 |
| Outro Estado | 12 |
| Total Geral | 161 |

Tabela 3: Fonte: CIEVS-PE. Dados atualizados em: 04/05/2018, sujeitos a alterações

Diante destes dados precisamos pensar as estratégias possíveis para atuar de forma mais qualificada nos serviços socioassistenciais a fim de prevenir a ocorrência de suicídios no nosso Estado. Nos próximos módulos enfatizaremos estes aspectos da política de atendimento e prevenção, bem como da prática profissional na área da Assistência Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília, DF: CFM: ABP, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/1DFRfAz>>. Acesso em: 24 maio 2018.
- ARAGÃO, S.R. **História do suicídio: Aspectos culturais, socioeconômicos e filosóficos.** 2014. [On-line] Disponível em: <<http://www.consultoriapsi.net/news/historia-do-suicidio-aspectos-culturais-socioeconomicos-e-filosoficos/>>. Acesso em 31 de maio de 2018.
- BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo: Unesp, 2012.
- CAEIRO, V.S.R. (2011). **Morte Voluntária – SuiCaedes**, Tese de Mestrado em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Universidade do Porto.
- FIOCRUZ, **Não há lirismo no suicídio:** Os números que assustam. ICICT | Fiocruz, 2018.
- LIMA, Jéssica Rodrigues. (EN)Cena – **O Suicídio e suas complexidades** – ceulp/ulbra. Publicado em: 23/10/2013. Acesso em 30/05/2018.
- MARX. K. **Sobre o suicídio.** São Paulo: Boitempo. Editorial, 2006.
- MENDES. I. **O Suicídio na Idade Média** (2011). [On-line] Disponível em:<http://www.ibamendes.com/2011/03/o-suicidio-na-idade-media.html> Acesso em: 31 de maio de 2018
- PERNAMBUCO. **Boletim Vigilância de Violências.** CIEVS-PE. Dados atualizados em: 21/11/2017.
- _____. _____. _____. _____. Dados atualizados em: 04/05/2018.
- RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx.** *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, Dez 2009, vol.12, no.4, p.698-713. ISSN 1415-4714.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Sep 19]. 88p. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1