

# Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio

## Suicidal path: observation and analysis of changes in daily life of individuals with suicide attempts

Fernanda Cristina Marquetti<sup>1</sup>, Glenda Milek<sup>2</sup>

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p18-26>

Marquetti FC, Milek G. Percurso Suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):18-26.

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho é conhecer as transformações do cotidiano no mês anterior à tentativa de suicídio dos sujeitos. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, composto de um mapeamento do fenômeno, abordando o local e período recortado pelo estudo. A pesquisa é de natureza qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos com tentativas de suicídio. A população estudada foram os sujeitos com tentativa de suicídio no Município de Santos/SP no período de janeiro/08 a junho/09. No período e local designados, foram realizadas 8 entrevistas, dos 38 casos de tentativas de suicídio registrados. Foram analisados os resultados das entrevistas e construído um “mapa de risco de suicídio” através das variáveis de alterações do cotidiano.

**DESCRIPTORIOS:** Tentativa de suicídio/prevenção & controle; Suicídio; Tentativa de suicídio/psicologia; Comportamento perigoso; Entrevistas como assunto.

Marquetti FC, Milek G. Suicidal Path: observation and analysis of changes in daily life of individuals with suicide attempts. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):18-26.

**ABSTRACT:** The objective of this study is to understand the transformations of everyday life in the month preceding the suicide attempt of these subjects. This is a descriptive exploratory study, consisting of mapping of the phenomenon, approaching the site and cut the study period. The research is qualitative, with semi-structured interviews with the subjects with suicide attempts. The studied social group consists of individuals who attempted suicide from January/2008 to June/2009 in Santos – SP. It registered 38 cases of attempted suicide in the time and place designated and eight interviews were conducted. We analyzed the results of interviews of that group and set up a “map about suicide risk” based on the variables of their daily routine alterations.

**KEY WORDS:** Suicide, attempted/prevention & control; Suicide; Suicide, attempted/psychology; Dangerous behavior; Interviews as topic.

\* Este artigo foi elaborado a partir da pesquisa de iniciação científica “Percurso Suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio” realizado na Universidade Federal de São Paulo - Unidade: Baixada Santista no período de junho de 2009 a junho 2011. Apoio CNPQ/bolsa Pibic / período de vigência da bolsa: agosto de 2010 à junho de 2011.

<sup>1</sup> Vínculo profissional: professora adjunta/Curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Paulo - Unidade Baixada Santista.

<sup>2</sup> Vínculo institucional: graduada no curso de Terapia Ocupacional. Instituição: Universidade Federal de São Paulo - Unidade: Baixada Santista.

**Endereço para correspondência:** Alameda México, 20. Mairiporã, SP. e-mail: femarquetti@uol.com.br

## INTRODUÇÃO.

O estudo na temática do suicídio mostra-se controverso e com inúmeras abordagens teóricas que percorrem áreas distintas de conhecimento como: epidemiologia, psiquiatria - psicobiologia, alguns estudos clássicos da sociologia, psicologia clínica e social, entre outras. Uma das polêmicas que permeia estas abordagens teóricas é a apreciação sobre o planejamento ou impulsividade do sujeito nos eventos suicidas. Na nossa linha de estudo e pesquisa apontamos para a perspectiva do planejamento do ato suicida.

O enfoque deste estudo baseou-se no pressuposto de que o desejo suicida suscita mudanças nas atividades cotidianas daqueles que tentam o suicídio e que estas transformações podem ser observadas e analisadas para sinalizar a progressão da idéia auto-destrutiva. A identificação da variação nas atividades cotidianas do suicida pode ser usada como instrumento preventivo para o ato, permitindo, dessa forma, que profissionais de saúde e pessoas próximas ao indivíduo ofereçam, antecipadamente, a assistência necessária para as situações de vulnerabilidade.

Compreendemos o suicídio como o ato final de um processo, que se fortalece diariamente, mediante pequenos pensamentos e atitudes discretas. Assim sendo, nosso objeto de pesquisa foi identificar e descrever as alterações do comportamento cotidiano, desses indivíduos, no mês que antecedeu as tentativas de suicídio, visando contribuir com o cuidado a essa população vulnerável.

Ao final, obtivemos um mapeamento das marcas deixadas pelos suicidas durante o percurso de construção deste desejo pela morte voluntária. Para uma melhor visibilidade destes rastros, construímos um “mapa de risco do suicídio”.

Nosso objeto de estudo abarcou algumas temáticas que vamos explorar brevemente: o suicídio, o cotidiano e as estratégias de prevenção em saúde para este fenômeno.

A concepção funcionalista, uma das abordagens das ciências sociais, defende que os motivos condutores do ato suicida não se limitam exclusivamente ao indivíduo, mas que este é um produto da sociedade, associado ao coletivo e permeados por diversas variáveis socioculturais. Émile Durkheim, adepto desta concepção, entende que cada sociedade possui uma inclinação característica e particular ao suicídio, que tende a permanecer constante enquanto a estrutura da sociedade não se transforma<sup>1</sup>.

Esta forma de compreensão do suicídio foi um marco, pois inaugurou a discussão do suicídio como fenômeno social. Nesta perspectiva a sociedade absorve

as responsabilidades dos problemas individuais e aponta novos direcionamentos para a reflexão deste fenômeno<sup>2</sup>. Ou seja, o evento suicida é avaliado como fenômeno associado ao coletivo e tomado como um ato complexo e permeado por diversas variáveis socioculturais. O trabalho de Durkheim foi revisitado numa análise sobre o elemento social do suicídio, buscando situar como a questão da solidariedade social é central no pensamento do autor<sup>3</sup>.

Ainda nesta perspectiva do suicídio como fenômeno social encontramos estudos que abordam as imbricações entre sujeito e cotidiano, ou seja, avaliam como os fenômenos neste campo se relacionam promovendo alterações mútuas. Segundo Certeau et al.<sup>4</sup>, o cotidiano se forma através da confrontação entre as obrigações impostas pela rotina da vida em sociedade e pelas especificidades inerentes a forma de cada indivíduo organizar sua vida:

O cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia, nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente [...] O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes, velada (p.31)<sup>4</sup>.

A arte de viver cotidianamente reflete a maneira como o indivíduo vê sua existência, atribuindo-lhe diferentes valores e sentidos. O cotidiano ultrapassa os limites da individualidade atingindo a dinâmica do convívio social, do coletivo, e suas significativas inter-relações com o outro. Nesta perspectiva, conhecer e refletir sobre o cotidiano dos tentadores de suicídio, no período que antecede o ato, pode nos fornecer informações importantes sobre a construção deste ato na inter-relação sujeito-coletivo. Este conhecimento se mostra como recurso essencial no estudo do cotidiano do suicida e pode auxiliar a implementar práticas de prevenção.

Esta proposta permite, através da observação e análise do cotidiano, um conhecimento dos indivíduos e suas atividades, um conhecimento do sujeito através das pequenas individualidades construídas em sua rotina e em sua intimidade, quase velada, porém, constitutiva. A identificação das limitações e potencialidades do sujeito pode permitir o direcionamento adequado para a formulação de estratégias de intervenção no cotidiano do sujeito para o campo da prevenção em saúde.

Levantar dados específicos a fim de se construir um mapeamento do cotidiano identificando os fatores, sinais, comunicações e situações que antecederam o ato suicida, favorece, em primeiro lugar, a compreensão deste fenômeno, bem como o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção do suicídio<sup>5</sup>.

Estudo similar sobre o processo de construção do ato suicida e suas implicações na prevenção foi elaborado na Áustria. Neste mostrou-se o caráter de construção e elaboração do ato suicida durante o período de uma semana<sup>6</sup>. Este estudo foi relevante para nossa pesquisa, pois confirmava nossa perspectiva sobre o planejamento do ato suicida. Pois, na maioria dos manuais de prevenção de suicídio do país destaca-se a impulsividade como fator presente nos sujeitos com tentativas de suicídio, sendo esta assinalada como sintoma de transtorno mental<sup>7</sup>.

Outro estudo aponta que a maioria das pessoas com tentativas de suicídio anunciou sua intenção, porém, os sinais de alerta não foram reconhecidos pela família e nem pelos profissionais<sup>8</sup>. Por outro viés, uma pesquisa descreve e analisa bilhetes suicidas, mostrando a importância da comunicação através de diversos tipos de mensagens deixadas pelos suicidas<sup>9</sup>.

Uma questão fundamental nesta área são as estratégias de prevenção ao suicídio e a detecção dos sinais apresentados pelo sujeito. “Mais importante do que procurar a causa do problema é identificar qual a função do significado que os sintomas adquirem no contexto das interações onde ele se produz e se mantém”<sup>10</sup> (p.27).

No aspecto epidemiológico, os óbitos por suicídio vêm alcançando índices de mortalidade importantes no quadro da Saúde Pública no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio tem se posicionado como uma das principais causas de morte de adultos jovens na faixa etária entre 15 e 34 anos. Também, sabe-se que, aproximadamente um milhão de pessoas, incluindo todas as faixas etárias, efetivam o suicídio e entre 10 e 20 milhões de pessoas tentam se suicidar anualmente, em todo o mundo<sup>11</sup>.

Os dados epidemiológicos apontam um crescimento significativo na porcentagem de suicídios cometidos no mundo nos últimos 50 anos (um acréscimo de 60%); migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos), principalmente nos países em desenvolvimento; havendo uma estimativa de que até o ano de 2020 a incidência de suicídios no mundo atinja aproximadamente 1.53 milhões de pessoas. Todos estes indicadores fazem com que esta causa de óbito ganhe importância entre as principais questões de saúde pública<sup>12</sup>.

Segundo o manual de Prevenção ao Suicídio, dirigido a profissionais das equipes de saúde mental do Ministério da Saúde<sup>7</sup>, o Brasil possui uma taxa relativamente baixa de óbitos por suicídio, se comparado a países desenvolvidos como o Canadá, E.U.A., Hungria e Japão. No entanto, por

ser um país populoso encontra-se entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio, sendo que alguns estados como Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentam os coeficientes mais elevados do país. Nos anos 80, nas principais cidades de nosso país, o suicídio ocupou uma importante colocação entre as mortes violentas, denominadas Causas Externas na Classificação Internacional das doenças e causas de morte, configurando um problema que afeta toda a sociedade e demanda ações de atenção e prevenção em saúde.

Nossa linha de estudo acompanha as propostas de órgãos governamentais que apontam caminhos similares para a prevenção em suicídio. O Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde, no projeto Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio considera que uma das maneiras eficazes para a prevenção de suicídio é a identificação de sinais comportamentais, que indicariam o risco de uma atitude suicida.

Segundo a literatura internacional após uma tentativa de suicídio, em torno de 15% dos indivíduos faz uma segunda tentativa no espaço de até um ano, sendo que o risco decresce com o passar do tempo. Caracterizando este grupo como vulnerável e alvo de iniciativas de prevenção<sup>13</sup>. Estes indicadores colocam o suicídio como um importante problema de saúde pública.

Outros estudos epidemiológicos sobre suicídio no Brasil analisam a ocorrência do evento sob a perspectiva de diversas variáveis. Citamos algumas referências da literatura: estudo das taxas de suicídio no Brasil entre 1980 e 2000 caracterizadas pelas variáveis idade e gênero<sup>14</sup>; pesquisa sobre suicídio e faixa etária de adolescentes no estado de São Paulo<sup>15</sup>; estudo sobre a influência das variáveis econômicas nas taxas de suicídios do Brasil<sup>16</sup>; estudo da distribuição de suicídio por regiões geográficas no Brasil<sup>17</sup>.

Com o objetivo de reduzir taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com comportamentos suicidas, o Ministério da Saúde propôs uma Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídios<sup>7</sup>.

Neste viés nosso estudo elaborou um instrumento de prevenção ao suicídio, construído a partir das alterações presentes no cotidiano do suicida no mês anterior ao ato, que poderá ser utilizado por familiares, amigos e profissionais de saúde na identificação das populações vulneráveis ao risco de suicídio. Denominamos este instrumento de “Mapa de Risco de suicídio”. Neste instrumento pretendemos demonstrar as sutilezas do cotidiano que apontam as pegadas, marcas, e outros sinais do percurso suicida.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório, sendo composto de um mapeamento das tentativas de suicídio no município de Santos/SP no período de janeiro/2008 a junho/2009 e com entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos com tentativas de suicídio.

Através da análise das entrevistas, procuramos identificar e descrever alterações de comportamento no cotidiano dos indivíduos com tentativas de suicídio: alteração de comportamento e atitudes nas diversas áreas da vida (trabalho, família, lazer), elaboração prévia do ato suicida (construção de cenas e cenários relacionados à tentativa de suicídio), elaboração de mensagens (bilhetes ou cartas suicidas), alterações corporais (sono e alimentação, perda de peso, alteração de vestuário), conflito e/ou rompimento de relações pessoais (com familiares ou amigos), abandono de atividades do cotidiano (trabalho, lazer, esporte, cuidado dos filhos), sentimentos e pensamentos relatados antes do ato suicida (de inferioridade, culpa, desespero, angústia, medo) entre outros.

No princípio da pesquisa não podíamos definir quais seriam os comportamentos obtidos, ou seja, não era possível definir *à priori* os dados encontrados. Dessa forma, categorizamos o cotidiano em setores conforme a lógica de uso destes espaços pelos sujeitos<sup>4</sup> e nos guiamos pela busca de alterações com os dados referentes à identificação de fatores de risco de suicídio apontados pelo Ministério da Saúde.

Em uma pesquisa exploratória tem-se por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses<sup>18</sup>. Seu objetivo principal é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, que neste estudo foi mapear e descrever as alterações de comportamento em sujeitos com tentativas de suicídio. Na pesquisa qualitativa, a entrevista mostrou-se como um instrumento valioso, pois possibilitou a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo; fornecendo ao pesquisador conteúdos objetivos e subjetivos<sup>19</sup>.

O objetivo geral desta pesquisa foi Identificar e categorizar as transformações do cotidiano do sujeito suicida no mês anterior à sua tentativa.

### Coleta de dados

Delimitamos a população pesquisada: todos os sujeitos residentes no município de Santos que tiveram tentativas de suicídio registradas entre o período de janeiro de 2008 a junho de 2009, na base de dados da Emergência

Psiquiátrica da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Santos, sendo esta unidade referência na rede de serviços do SUS para tentativas de suicídio no município. Os critérios de inclusão foram: ser residente no município de Santos, idade maior ou igual 18 anos, sujeito com tentativa de suicídio no período delimitado e com registro na base de dados.

Nesta fonte as informações sobre as tentativas de suicídio e seus respectivos dados sócio-demográficos foram coletadas numa base de atendimento médico da unidade (registros de atendimento médico em livro de ocorrências). Esta unidade mostrou-se como uma fonte privilegiada, pois a Secretaria de Saúde de Santos em protocolo interno define que os sujeitos com tentativa de suicídio, que procuram a Rede de Serviços Públicos, devem ser encaminhados para esta unidade de saúde.

Posteriormente, efetuou-se a busca ativa dos sujeitos com tentativas de suicídio para realizar as entrevistas, por meio dos endereços residenciais obtidos. Quando constava dos dados o telefone residencial e/ou comercial, as entrevistas foram agendadas com antecedência. Não havendo outra forma de contato, fomos diretamente à residência. Nas residências encontradas procuramos pelo sujeito alvo da pesquisa e quando algum familiar nos recebeu apenas relatamos ser uma pesquisa de saúde e que o endereço havia sido obtido numa unidade de saúde do SUS. Somente quando entramos em contato direto com o sujeito com tentativa de suicídio na sua residência explicamos nossa proposta de entrevista e seu tema. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa responderam às questões da entrevista na própria residência com os pesquisadores. Os critérios éticos foram respeitados e a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde se realizou a mesma. Esta pesquisa foi aprovada conforme carta de aprovação e parecer substanciado do Comitê de Ética Institucional da UNIFESP (2032/09) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão na pesquisa foram sujeitos maiores de 18 anos com tentativas de suicídio entre o período de janeiro de 2008 a junho de 2009, residentes no município de Santos.

As questões elaboradas para o roteiro de entrevista semi-estruturada foram baseadas na Ficha de Avaliação de Risco da Associação Argentina de Prevenção de Suicídio<sup>20</sup>, que por sua vez, está norteadas por guias de avaliação de risco suicida da Organização Mundial de Saúde. Adotamos parte das questões desta ficha, adaptamos algumas das questões, e assim, construímos o roteiro de entrevista segundo a realidade do nosso contexto de estudo.



## **Análise de dados**

Os dados epidemiológicos, roteiros de entrevistas, síntese dos dados das alterações de cotidiano, observações de campo, entre outros achados desta pesquisa estão disponíveis no relatório de pesquisa, pois devido à quantidade do material não seria possível inserir neste artigo<sup>21</sup>.

Através das entrevistas buscamos identificar e descrever as possíveis alterações dos eixos do cotidiano que potencialmente sinalizam a progressividade da idéia auto-destrutiva destes sujeitos.

Baseados na lógica da antropologia, para a análise do cotidiano, organizamos os sinais encontrados em categorias de observação e análise, segundo os seguintes eixos do cotidiano: atividades de sociabilidade e relações afetivas, atividades laborais e escolares, atividades da rotina diária, atividades eletivas ou de lazer, atividades de cuidados pessoais básicos, atividades corporais, sentimentos e pensamentos relatados e outros sinais manifestados no cotidiano<sup>4</sup>.

Posteriormente, os procedimentos analíticos desta pesquisa se basearam em descrever e analisar o conteúdo relatado nas entrevistas. Construiu-se, assim, um verdadeiro mosaico baseado na história cotidiana destes sujeitos e seus sinais deixados durante o percurso suicida. Os dados encontrados foram diversificados e singulares, sendo que este perfil de singularidade dos achados nos dirigiu no sentido de abarcar todas as alterações do cotidiano no Mapa de risco. Na identificação, descrição e categorização das alterações do cotidiano nós não utilizamos critérios quantitativos, ou seja, descrevemos e categorizamos todas as alterações referidas pelos sujeitos, mesmo que esta fosse pontuada uma única vez. Desta forma, nossa organização dos dados foi baseada em destacar cada alteração do cotidiano relatada pelos sujeitos com tentativas de suicídio dentro de um universo que formava um conjunto do cotidiano destes sujeitos. A categorização e análise se norteou no princípio de que todas as categorias de cotidiano são fundamentais na existência do sujeito e se encontram absolutamente intrincadas como cadeias operatórias constitutivas da vida humana. Citamos um dos autores da antropologia que inspirou esta análise:

O comportamento maquinal e suas cadeias operatórias são “práticas elementares” e básicas, entretanto são vitais no indivíduo: “seus hábitos corporais, práticas de alimentação ou de higiene, comportamentos de relação com seus semelhantes” ou ainda gestos profissionais, gestos do cotidiano, como caminhar, dormir e outros. Esses

encadeamentos de gestos são as cadeias operatórias cuja recursão “assegura o equilíbrio do sujeito no meio social e no seu próprio conforto psíquico”<sup>22</sup> (p.27).

Ou seja, uma única alteração do cotidiano do sujeito pode significar uma ruptura de suas cadeias operatórias e observamos cada alteração de cotidiano encontrada como um dado de valor único e significativo no conjunto da vida do sujeito. Como produto final nós obtivemos um Mapa de Risco de Suicídio, uma representação visual que auxilia no conhecimento dos fatores que se associam às tentativas de suicídio nas diferentes áreas do cotidiano. Este Mapa pode facilitar a identificação destes sinais por parte dos profissionais, familiares, amigos, e pode propiciar um posicionamento adequado por parte destas pessoas que estão em maior contato com o sujeito e contribuir para a prevenção do suicídio. Ressaltamos a importância dos estudos qualitativos de caráter preventivo, pois ao levar em consideração as variações das atividades cotidianas que se apresentam durante o processo, podem-se direcionar atitudes fundamentais capazes de determinar o prosseguimento de uma vida.

## **RESULTADOS**

Registrou-se 38 casos de tentativas de suicídio no período e locais designados de acordo com as informações levantadas na fonte de dados. Número considerado significativo no período da pesquisa se comparado aos dados epidemiológicos. Destes 38 casos de tentativas de suicídio registrados obtivemos o seguinte: 8 entrevistas foram realizadas; 12 sujeitos não foram encontrados (pelos motivos de mudança de endereço ou porque nunca residiram no local, segundo informações dos moradores locais); 5 sujeitos não se encontravam nas residências no momento da busca ativa, as pesquisadoras retornaram em outros períodos, mas estes nunca foram encontrados; 2 recusas em realizar a entrevista; 1 sujeito foi a óbito por suicídio; 10 endereços não foram acessíveis devido à ausência de localização dos mesmos nos logradouros públicos (registros incompletos ou incongruentes fornecido pela fonte secundária de dados). A partir da identificação, análise e categorização das alterações do cotidiano do suicida nas 8 entrevistas nós alcançamos os seguintes dados:

1) Atividades de sociabilidade/relações afetivas: conflitos familiares, afastamento dos filhos, brigas e conflitos com cônjuge, agressões físicas e verbais do cônjuge, separação do cônjuge, briga com irmãos, conflito financeiro com familiar, decepção, mágoa e ressentimento com familiar(es), isolamento social, abandono da atividade de conversação

com as pessoas, perda de entes queridos (marido) e perda de animal de estimação.

2) Atividades laborais e escolares: demissão do trabalho, afastamento do trabalho, abandono do trabalho, abandono dos estudos, perda da vontade de trabalhar e perda financeira.

3) Atividades da rotina diária: abandono do cuidado da casa, abandono do cuidado dos filhos, abandono da atividade de cozinhar e perda de paciência no cuidados com os filhos.

4) Atividades eletivas/lazer: abandono de atividade religiosa, abandono de atividade física, abandono de atividades culturais e abandono de atividades externas (que implicam em sair de casa).

5) Atividades nos cuidados pessoais: suspensão ou diminuição da alimentação e dos cuidados pessoais de higiene e estética.

6) Atividades corporais no cotidiano: inatividade, insônia, dores no corpo, emagrecimento, choro fácil e sem motivo aparente.

7) Sentimentos e pensamentos do cotidiano: sensação

de abandono, sensação de solidão, sensação de exclusão, decepção com as pessoas, ansiedade, nervoso, depressão, tristeza, irritação, raiva, revolta, desânimo, medo, vontade de ficar sozinho, aborrecimento por qualquer motivo, angústia repentina e intensa, pensamentos sobre problemas, pensamentos sobre a morte e pensamentos sobre como terminar com sua vida, aumento da sensibilidade/emotividade e impulsividade.

8) Outros sinais do cotidiano: Bilhetes em papel e mensagens no computador no dia da tentativa de suicídio.

A partir dos dados construímos o “Mapa de Risco de Suicídio” (Figura 1) com o objetivo de facilitar a visualização das alterações presentes no mês anterior do tentador de suicídio. Neste mapa os dados foram agrupados num formato que possibilite ao trabalhador de saúde e/ou familiar visualizar facilmente as alterações presentes no cotidiano do tentador de suicídio. Nossa proposta é que este mapa seja um instrumento para alertar sobre o risco de suicídio para os profissionais da saúde/familiares e de fácil utilização nos serviços de saúde.

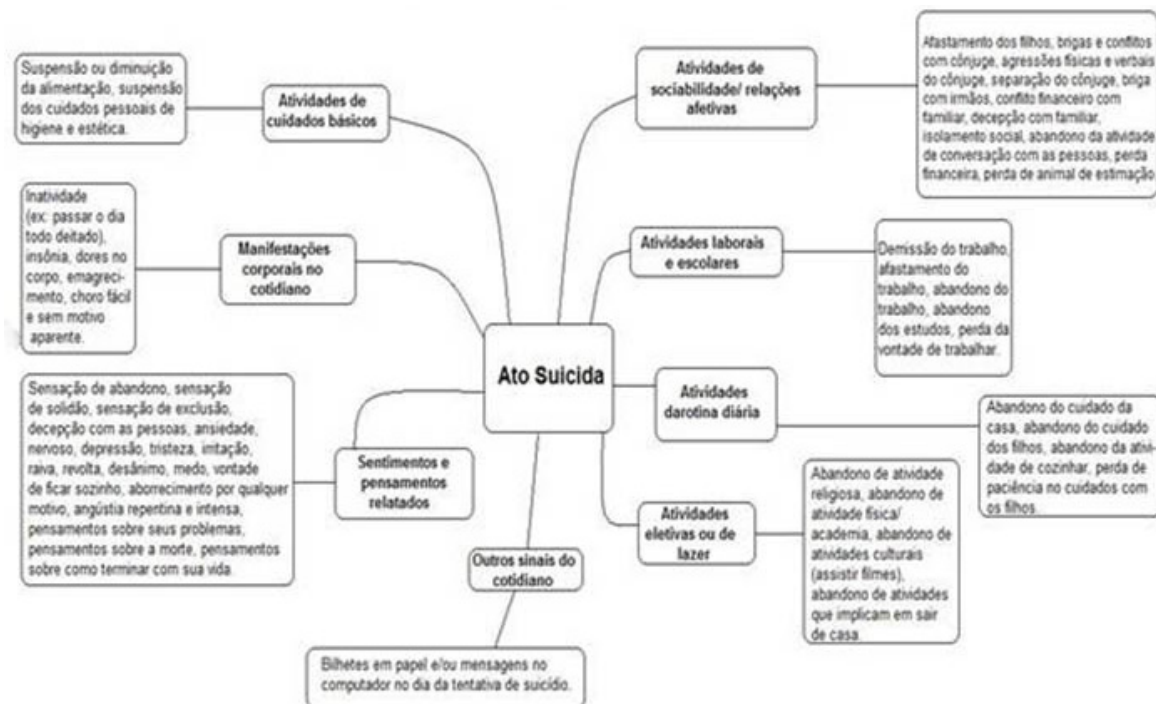


Figura 1 - Mapa de Risco do Suicídio

## DISCUSSÃO

Nos resultados da pesquisa vimos que as dificuldades na busca ativa dos sujeitos estavam relacionadas à precariedade da informação em saúde, ausência de urbanização em regiões de extrema pobreza e os tabus referentes ao suicídio.

A questão da fragilidade nos registros de informação em saúde referente aos óbitos por suicídio é fato indicado de forma reiterada pelas organizações de saúde governamentais<sup>12</sup>. Esta perspectiva também se apresentou neste estudo durante a busca ativa e aponta-se a necessidade de pesquisas que abordem a qualidade da informação nos óbitos por suicídio.

Na base de dados de atendimento médico da emergência psiquiátrica, a maioria dos casos registrados eram moradores da região desta unidade de saúde (zona noroeste). Este fato pode ser indicativo de que tentadores de suicídio de outras regiões do município não procuram este serviço de referência, apesar do encaminhamento das unidades de saúde do SUS, conforme protocolo da secretaria de saúde do município. Novas pesquisas podem dar continuidade a este processo buscando os possíveis casos de tentativa de suicídio de outras regiões do município.

A maioria dos endereços dos sujeitos com tentativas de suicídio estava localizada na periferia, região da zona noroeste no Município de Santos, nas áreas de palafitas. Nesta região, a urbanização é precária e não há denominação de logradouros, sendo que isto dificultou a localização das residências dos sujeitos. Em diversos momentos o endereço que constava do registro apenas servia como ponto de referência, já que o mesmo referia-se a um aglomerado de casas, vielas e becos.

Outro ponto observado na busca ativa foi o fato de que alguns dos endereços registrados na fonte eram incompatíveis com locais de residência. Por exemplo: fábricas; terrenos baldios; numeração da casa, ou mesmo o próprio endereço, inexistente. Talvez, possamos considerar a hipótese da intencionalidade dos sujeitos com tentativas de suicídio em oferecer endereços errados, indicando uma esquiwa dos suicidas e sinalizando uma recusa mascarada. Tal hipótese pode apontar para a questão do tabu em relação ao suicídio. Também houve casos nos quais a pessoa que recebeu o pesquisador ofereceu argumentos diversos sobre a impossibilidade da entrevista, mas sem caracterizar uma recusa explícita.

O suicídio pode ser caracterizado como tabu por diferentes perspectivas: religiosa, moral, ética, entre outras. Entretanto, o suicídio também revela uma transgressão em relação ao tabu da morte. Na sociedade contemporânea

temos um “padrão de morte interdita, caracterizada como silenciosa, hospitalizada e controlada tecnicamente”<sup>23</sup> (p. 55). O suicídio lança elementos opostos a este padrão: um evento indiscreto, visível, comandado pelo sujeito, dia/hora/forma, e que escapa do aparato de controle da morte, enfim, é a própria negação da morte silenciosa da sociedade atual<sup>24</sup>. Esta questão pode corroborar para que os sujeitos após as tentativas de suicídio desejem escamotear seu ato e se desvencilhar de possíveis testemunhas do mesmo, oferecendo endereços equivocados.

Nas entrevistas realizadas pudemos obter dados significativos e explícitos sobre as mudanças no cotidiano do sujeito com tentativa de suicídio. A principal contribuição deste estudo foi confirmar a hipótese de que há um longo processo entre a idéia suicida e a consumação do ato. As imagens, gestos, palavras, dos suicidas foram inúmeras e persistentes, mas apesar disto o percurso suicida prosseguiu invisível para os outros. A invisibilidade do suicida no seu meio foi uma marca no campo desta pesquisa. O percurso do suicida deixou seus sinais no cotidiano de forma explícita, sendo que, talvez, seja o tabu em relação às mortes voluntárias que impossibilitem observar estes sinais.

De acordo com pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde<sup>7</sup>, alguns destes sinais podem ser: mudanças bruscas no comportamento relacionado aos cuidados com a higiene, distanciamento da família e amigos, perda do interesse por atividades usuais, diminuição da capacidade de concentração, uso de drogas lícitas e ilícitas, brincadeiras sobre o suicídio. Observamos que os dados obtidos nesta pesquisa são similares com os dados referidos pela literatura pertinente desta área e outros sinais não citados foram encontrados, conforme descrição dos eixos do cotidiano. Acreditamos que categorizar as alterações, segundo os eixos do cotidiano, facilita a percepção das mesmas, pois revela com maior sutileza estas transformações. O “Mapa de risco de suicídio” talvez possa auxiliar no conhecimento das alterações presentes no cotidiano do suicida e propicia um posicionamento adequado de profissionais, familiares, amigos nas situações de vulnerabilidade ao suicídio.

## CONCLUSÃO

A identificação destes sinais do Percurso Suicida revela a importância deste estudo e seu caráter de prevenção, baseando-se no fato de que a identificação antecipada das alterações possibilita uma intervenção precoce com o objetivo de impedir a consumação do ato. Considerar as variações nas atividades cotidianas que podem se apresentar neste processo é uma habilidade essencial que direcionaria atitudes fundamentais que podem ser determinantes para o

prosseguimento de uma vida.

Entretanto, temos a seguinte questão: Como interceptar o percurso suicida? A partir dos resultados pudemos observar que o suicida deixa inúmeros rastros, marcas, pistas durante a elaboração de seu ato e que estas transformações no cotidiano poderiam ser observadas e sinalizar a progressividade da idéia auto-destrutiva. Mas, o percurso do suicida é pouco observado por familiares, amigos e profissionais de saúde.

Durante as entrevistas a maioria dos sujeitos com tentativas de suicídio revelou que as pessoas ao seu redor não observaram os sinais de alteração no seu cotidiano que sinalizavam o risco de suicídio, nem mesmo os profissionais de saúde. Ou seja, apesar destes sinais do percurso suicida se apresentar aos observadores, estes não são reconhecidos. O observador parece se recusar a “olhar” para esta comunicação velada do suicida. Esta questão da “invisibilidade” dos sinais do suicídio é corroborada por outras pesquisas<sup>2,20,25</sup>.

Conhecer estes sinais deixados pelo suicida é fundamental, mas é apenas o primeiro passo de uma estratégia de prevenção em saúde coletiva. Apesar da utilidade deste tipo de instrumento de prevenção, se os sinais do percurso suicida não são reconhecidos quando ocorrem próximos ao observador, de nada adianta tais informações.

Porque os sinais de risco do suicídio podem não ser reconhecidos quando ocorrem próximos ao observador?

Este detalhe nos pareceu algo instigante. Também, refletimos sobre as inúmeras reações de medo, repulsa, negação e receio frente à pesquisa (e às pesquisadoras) durante o trabalho de campo.

O tabu em relação às mortes voluntárias e suas conseqüentes reações de esquivas impossibilitam a observação dos sinais que os suicidas revelam no cotidiano? Esta passagem fundamental, entre o conhecimento dos sinais do percurso suicida e seu reconhecimento quando este processo se dá nas situações vividas, mostrou-se relevante no bojo desta discussão, pois o tabu em relação à morte por suicídio e seus interditos podem interferir nas estratégias de prevenção.

A morte na cultura ocidental foi progressivamente silenciada, temida e hospitalizada, ou seja, ela raramente escapa às restrições colocadas quanto ao seu lugar, a sua forma e ao seu momento. Inúmeros rituais a cercam. Este processo resultou num padrão de morte ocidental<sup>23</sup>. Estas formas de morte, os suicídios, se subtraem aos ritos e controles estabelecidos pela cultura diante da morte e expõe a questão da finitude humana, sem os subterfúgios praticados nas mortes naturais. Portanto, uma análise do impacto dos suicídios e como estes ocupam um lugar de transgressão em relação ao tabu da morte na sociedade ocidental se apresenta como questão. Os suicídios são eventos que propõem o diálogo sobre a morte e seus interditos, um evento repleto de significações, que comporta vários discursos, reações, esquivas, defesas, racionalizações e negações.

---

## REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. O suicídio. São Paulo: Editora Martin Claret; 2008.
2. Kalina E, Kovadloff S. As cerimônias da destruição. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1984.
3. Nunes ED. O suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. Cad Saúde Pública. 1998;14(1): 7-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0199.pdf>.
4. Certeau M, Girard L, Mayol P. A invenção do cotidiano II: morar, cozinhar. Petrópolis: Editora Vozes; 1996.
5. Baptista M, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. Est Psicol, Campinas. 2005;1(22):425-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400010>.
6. Deisenhammer E. A duração do processo suicida - implicações para a prevenção. In: XXV Congresso Mundial de Prevenção de Suicídio, Montevidéo;2009. Anais. Montevidéo; 2009. p. 199.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídios. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília; 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf).
8. Teixeira CMFS. Tentativa e suicídio na adolescência. Rev Univ Federal Goiás. 2004;6:27 [citado 10 jul 2011]. Disponível em: [www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br).
9. Dias ML. Suicídio testemunhos de adeus. São Paulo: Brasiliense; 1991.
10. Sudbrack MFO, Costa LF. A contribuição da abordagem



- sistêmica no trabalho com famílias sobre problemas com crianças e adolescentes. Cad CBIA. 1992;1(4):27.
11. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida-SUPRE-MISS: protocolo do SUPRE-MISS. Genebra; 2002.
  12. World Health Organization. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
  13. Schmidtke A, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. In: Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, 1996. Anais. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996:327-38.
  14. Mello SC, et al. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(2):131-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000200011>.
  15. Leite EB. O futuro comprometido: mortalidade de adolescentes e jovens no estado de São Paulo 1979-1995 [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2000.
  16. Shikida C, et al. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. IBEMEC/WP30. 2006;39(1):1-22. Disponível em: <http://www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp39.pdf>.
  17. Stefanello S. O comportamento suicida no Estado de São Paulo: estudo comparativo dos últimos 16 anos em duas regiões do estado [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2007.
  18. Gil C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002. p.41-2.
  19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993.
  20. Martínez C. Introducción a la suicidología. Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.
  21. Marquetti F, Milek G. O percurso suicida [Relatório de Iniciação científica]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
  22. Gourhan ALA. O gesto e a palavra: memória e ritmos. Vol. II, Lisboa: Editora Perspectivas do Homem; 1965.
  23. Áries P. História da morte no ocidente. Lisboa: Editora Teorema; 1989.
  24. Marquetti F. O suicídio como espetáculo na metrópole. São Paulo, Editora FAP-UNIFESP; 2012.
  25. Silva MM. Suicídio na trama da comunicação [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1992.
  26. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. CID-10. 3a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1996.

Recebido para publicação: 14/11/2013

Aceito para publicação: 07/04/2014