

O Suicídio

“Do mito à realidade”

Mais um pequeno passo numa longa caminhada da tentativa de prevenção

Delmino de Abreu Farinha

Chefe

Discente em Psicologia na U.L.H.T.L

INTRODUÇÃO

O que se pretende com a abordagem do tema é a caracterização do fenómeno do suicídio humano, numa visão objectiva, clara e concisa da realidade.

Acerca deste assunto ainda existem muitos mitos, sendo que o mais frequente se prende com o medo de se falar ou discutir a temática do suicídio humano, pois isso pode potenciar o aumento deste tipo de comportamentos.

O suicídio sempre existiu. É, e foi um comportamento transversal a todas as civilizações, classes e grupos sociais.

Foram caracterizados três tipos de suicídios¹: o egoísta, o altruísta e o anónimo.

Nesta tentativa de ensaio, pretende-se não só abordar a perspectiva sociológica, a religiosa, mas também a abordagem psicológica vertendo-se aqui as directivas da Organização Mundial de Saúde (OMS), e ainda evidenciar as políticas e estratégias assumidas por algumas organizações sempre na tentativa de prevenir os comportamentos suicidas.

A abordagem sociológica

Para Durkheim, (1897), convém antes de mais definir o significado das palavras, e nesta senda ele começa por definir Suicídio “*como todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto este que a vítima sabe que deve produzir este resultado*”. Ou seja, um acto consciente do indivíduo, por isso quando falamos de consciência, estamos a falar de algo que é exclusivo da espécie humana. Logo o Suicídio é um comportamento humano.

Tentativa – *é o acto assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado.*

Não pode ser considerado suicídio por exemplo o acto quando alguém se expõe perante outro, sem saber se o desfecho da situação traz ou não a morte, mesmo que seja este o seu resultado final. Ou seja, o facto de um indivíduo ter um comportamento imprudente, que no limite venha a causar a morte não pode ser considerado um comportamento suicida, pois ele, no momento de tal

¹ Segundo Émile Durkheim- (1858-1917) Sociólogo no seu Livro o Suicídio

comportamento poderia ou não vir a sucumbir. O comportamento anterior será um comportamento de risco, negligente, mas nunca um comportamento caracterizado como suicida.

Ou seja, para Durkheim, não será pelo temperamento², pelo seu carácter³, pelos acontecimentos da sua vida privada que normalmente se explica o suicídio. Este acto tem que ser explicado também pelos factores envolventes ao indivíduo, ou seja, a influência que a sociedade exerce no indivíduo.

Isto é, quando Durkheim se refere aos aspectos do temperamento e do carácter do indivíduo está a referir-se às características de personalidade.

Mas teremos que considerar para além destas características uma estrutura intrapsíquica conhecida como o superego.⁴

Ainda segundo este sociólogo existem três tipos de suicídio:

- O egoísta – *caracterizado “por um estado de depressão e de apatia, fruto de um individualismo exagerado, de um défice de integração social dos indivíduos a nível familiar, religioso e político.”*
- O altruísta – *caracterizado pelo facto do indivíduo “estar não estar institucionalizado na sociedade que o acolhe mas também pode fazer-lo caso esteja demasiado integrado nela, traduz-se pelo sacrifício pessoal em prol do grupo.”* Apesar de ser frequente nas sociedades primitivas onde o individualismo é muito fraco, subsiste nas sociedades modernas, e em organizações demasiado hierarquizadas, onde a pressão hierárquica se impõe ao indivíduo.
- O anómico – *caracterizado “pela falta de objectivos, pela perda da identidade, provocados pelas intensas transformações sociais, causando um estado de cansaço ou desespero do indivíduo”.* Ou seja, nestas sociedades o homem está em constante competição entre si.

A Religião e o Suicídio

² Patologia da personalidade - Teoria clínica e terapêutica.

³ Idem

⁴ Idem

A palavra religião deriva do latim *re-ligare*. *Re-ligare* com o divino. Ou por outras palavras o homem quando se sente impotente perante a existência do real, tenta a explicação dessa existência através da religião.

Encontramos escritos em várias religiões como que uma denominada pedagogia da ameaça, “*morres através do veneno, nas chamas do Inferno beberás só veneno, quem gravemente ferido puser termo à sua vida, será banido do paraíso.*”

O terrorismo suicida, não deve ser considerado como uma forma de suicídio, mas antes, como a manipulação de um indivíduo, que é usado como uma tática de guerrilha, para atacar interesses civis, policiais ou militares. Este tipo de estratégia é fortemente condenável por várias religiões, inclusive aquelas em nome de quem “se morre”.

Para o Monsenhor Frederico⁵, a Igreja de Roma nomeadamente no Prelado para a Doutrina e Fé, excomungava o suicida vivo e atribuía a danação eterna ao morto. No Sec.XX- João Paulo II- Na carta encíclica sobre o valor da inviolabilidade da vida humana visa repudiar atentados contra a vida. Ou seja, na Igreja de Roma existe a ideia da cultura dos mártires, se o fizerem em nome de Deus serão santificados. Como não sabem lidar com este fenómeno decidem agravar a pena “*Post Mortem*”.

Em 1958, o Arcebispo de Canterbury- da Igreja Anglicana de Inglaterra, nomeou uma Comissão composta por cinco elementos (um Jurista, um Psiquiatra, um Filósofo e um Teólogo) para investigar o fenómeno do Suicídio. Esta comissão investigou aquele fenómeno sob o ponto de vista histórico, legal, médico e moral, produzindo um documento com mais de 56 páginas.

Por isso, o Suicídio tem que ser entendido como uma acção despoletada pela mente, que em rigor ainda hoje no Sec.XXI não sabemos explicar, a não ser pela razão inversa dos factos. Por isso, perante a incapacidade de lidar com este fenómeno foi preciso agir e as conclusões do documento (Concílio) acima referido podem sintetizar-se em três pontos: 1. Realização e recuperação de rituais eucarísticos de suicidas, 2. Acompanhamento dos suicidas sobreviventes e recuperados, valorizando-os com especial relevo, trazendo-os de regresso à

⁵ Bispo *In Cuore de S.Eminência o Arcebispo de Canterbury para Portugal*

comunhão 3. A retirada da causa da culpa aos suicidas. Ou seja, na sua Igreja e comunidade é solicitado que não escondam as causas da morte daquela pessoa, uma vez que os rituais da eucaristia *têm que ser especiais*, de forma que permitam transmutar a energia profundamente negativa que esse ser acumulou ao ponto de tirar a sua própria vida.

O Judaísmo⁶ acredita que a vida nos foi outorgada por Deus e que será Ele que a tirará. Os suicidas, na nossa comunidade Judaica, são enterrados num lugar especial separado das outras campas, para demarcar que o fim da vida destas pessoas aconteceu através duma transgressão explícita da Lei Divina. Todavia, existem outras comunidades que não aplicam este costume.

O Mito

Existem vários mitos acerca do fenómeno, mas o mais curioso acontecia na zona da Escócia- Inglaterra, onde as vítimas de suicídio tinham que ser enterradas num cruzamento ou encruzilhada e deveria espetar-se-lhe um pau na zona do coração.

Falsos mitos

- O suicídio é sempre hereditário, falso, *porque os estudos conclusivos são ilimitados*⁷;
- Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre alguma perturbação mental⁸, falso, *existem casos em nenhuma perturbação foi detectada*;
- O suicídio só acontece “àqueles outros tipos de pessoas,” não a nós”⁹;
falso, acontece a todos os tipos de pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais ou familiares;

⁶Rabino Eliezer Shai Di Martino Rabino da Comunidade Israelita de Lisboa

⁷OMS- manual prevenção do suicídio para Conselheiros

⁸Idem,

⁹Idem

A perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A OMS olha para o Suicídio como um problema de saúde pública. Foi criado um dia internacional para a prevenção do Suicídio, o dia 10 de Setembro. De acordo esta organização ocorrem anualmente em todo o mundo cerca de um milhão de suicídios (um número mais elevado do que as mortes conjuntas provocadas por guerras e homicídios).

A prevenção do suicídio, embora possível, envolve toda uma série de actividades, que vão desde o proporcionar as melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e adolescentes, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até ao controle ambiental de factores de risco (OMS,2006)¹⁰.

Estas campanhas não são uma tarefa fácil e têm que envolver parcerias com profissionais ligados não só à saúde mental mas também a todas as actividades profissionais, uma vez que o fenómeno é transversal a todas as sociedades e grupos sociais. Os suicídios resultam de uma complexa interacção de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, e ambientais.

O risco de Suicídio acontece quando um indivíduo está perante uma serie factores, a que se denominam os 4 D's¹¹, ou seja, depressão, desesperança, desamparo e desespero.

Ainda, de acordo com OMS são factores potenciadores risco Suicídio: - O stresse, variação de humor, comportamentos de adição ao álcool e aos estupefacientes, realidade virtual, depressões, esquizofrenias, Isolamento social, comorbilidade (Depressão e Álcool), e ainda, perdas recentes de entes queridos (figuras parentais ou de afectos), dinâmica familiar conturbada, datas importantes, reacções adversas ao aniversário, condições clínicas incapacitantes, HIV-SIDA, doenças oncológicas, lesões desfigurantes permanentes, dor crónica.

Nas forças de segurança

¹⁰ Manual da OMS- Prevenção do Suicídio um recurso para profissionais de Saúde.

¹¹ Prevenção do Suicídio- Manual dirigido a profissionais da equipas de saúde mental

A organização policial de qualquer país do mundo ocidental procura, acima de tudo, evitar cometer erros pelos quais possa ser responsabilizada. Para tal, estabeleceu uma elaborada hierarquia de comando baseada na submissão e numa supervisão punitiva regulada por directrizes que cobrem quase tudo o que um polícia poderá fazer (Santos 2006).

Segundo Figueiredo Dias e Costa Andrade (2004) citado por Santos (2006), a Polícia é “*uma instância formal de controlo virada para a manutenção da ordem e a aplicação da lei, nos termos da mais estreita legalidade*”.

Na amostra de estudo realizado pela investigadora, faziam parte 78 elementos das forças policiais, entre os quais se encontravam agentes da GNR, PSP e PJ. *Com base nos resultados obtidos, ficou claro, também que a depressão opera como um importante precursor no suicídio, o que vem corroborar os dados de Violanti e colaboradores (2006) e Kates (1999), que sugerem que grande parte dos suicídios ocorre no seguimento de uma depressão.*

Sensível, a esta temática o Ministério da Administração Interna lançou o Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança em parceria com o Ministério da Saúde, difundido às Forças de Segurança, através do Ofício n.º 2022/2008 de 22-09-2008, Gabinete do MAI.

De acordo, com as estatísticas apresentadas naquele plano¹², a média da taxa de suicídio nas forças de segurança nos últimos 5 anos foi de 11,3, um valor inferior ao registado na sociedade civil.

O MAI estabeleceu um protocolo com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), para elaboração de relatórios periódicos acerca do fenómeno. A SPS, no próximo congresso - O X Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, denominado “Suicídio 2011- Conhecer para prevenir”, incluiu a temática Suicídio nas Forças de Segurança.

Os dados estatísticos do Suicídio em Portugal

Segundo o Instituto nacional de Estatística, num estudo publicado O Suicídio em Portugal nos Anos 90¹³, verifica-se uma crescente propensão para o suicídio com a idade. As taxas de suicídio foram mais elevadas nos homens

¹² Nuno Poiares, Oficial da PSP, Orador Convidado No Seminário *Isolamento E Suicídio*, Promovido Pelo Núcleo Distrital Da Reapn, No Cine-Teatro Pax-Julia, Beja (30ABR2009)

¹³ Autoria de Maria dos Anjos Campos e Sofia Leite

com mais idade, sobretudo acima dos 65 anos, em especial nos grandes idosos (85 e mais anos), e, no caso dos activos, entre os 50 e 64 anos. Nas mulheres as taxas foram mais baixas e com maior proximidade nos valores obtidos. A idade média do óbito, por esta causa de morte, revela igualmente que os suicídios ocorreram com mais frequência nas idades avançadas. As mulheres apresentam uma taxa mais reduzida, no que respeita ao total de suicídios. A maioria dos indivíduos que se suicidaram na década de 90, não tinha actividade económica. As taxas de suicídio são igualmente mais elevadas nos indivíduos sem actividade económica, e em especial nos homens.

CONCLUSÃO

Segundo Durkheim para além das características do indivíduo, a de temperamento ou as de carácter, existe a influência do meio que o rodeia e o modo com essa sociedade interage com ele.

Sempre que as sociedades entram em crise de tal forma que essa crise afecta o estado social a variável suicídio aumenta e vice-versa.

Nos estudos actuais, constata-se como ele o verificou que o fenómeno suicida é um acto consciente do indivíduo, que é transgeracional, que ocorre em todos os tipos de classes sociais ou ocupações profissionais.

A OMS classifica o Suicídio como um problema de saúde pública, indicando o dia 10 de Setembro como o dia Internacional da Prevenção do Suicídio. E criou uma “*task force*” com especialistas de várias áreas para estudar o problema e encontrar, ou tentar, encontrar soluções. A equipa chegou à conclusão que os indivíduos que cometem suicídio estão perante um conjunto de 4 factores, denominados os 4 D’s, depressão, desesperança, desamparo e desespero. Que existem vários potenciadores do suicídio, tal como álcool associado a determinado tipo de medicação. Os dados dos estudos apontam o sexo feminino como o que apresenta menores taxas de suicídio.

Existem vários tipos de alerta dados pelos indivíduos com comportamentos suicida tais como isolamento social, adiões, dinâmica familiar conturbada, datas importantes, Reacções aniversário, condições clínicas incapacitantes, HIV-SIDA, Oncológicas, lesões desfigurantes permanentes, dor crónica.

As forças de segurança e de defesa, quer pela influência que essas organizações causam no indivíduo quer pelo tipo de missões que lhe estão subjacentes causam elevado nível de Stresse provocando reacções colaterais que podem também causar o suicídio. As estatísticas acerca destes factos são sempre divergentes, quer se refiram às forças de segurança e da defesa, quer a outras profissões.

A recolha dos dados estatísticos está relacionada com a maneira que cada povo ou civilização encara o fenómeno. Em algumas civilizações o acto do suicido pode ser tido como um acto de cobardia, noutras como um de heroísmo.

Por detrás de um número está sempre uma vida humana, um familiar, um colega ou um amigo.

Possivelmente, só através da autópsia psicológica se poderá determinar se o acontecimento X ou Y foi ou não causado por suicídio.

Sabe-se hoje, que 25% dos pacientes diagnosticados como em risco de cometer suicídio o fazem, e os técnicos por mais experientes que sejam não o conseguem evitar.

A sociedade e cada um dos seus componentes devem estar atento ao seu próximo no sentido de tentar evitar este fenómeno.

Contra os 4 D's (depressão, desesperança, desamparo e desespero) poder-se-á propor os 3 S's, ou seja *socializar, socializar e socializar*, ouvir e falar calmamente. No entanto, esta nunca será a “*poção mágica*” que vai evitar que determinada pessoa cometa esse tipo de acto.

Mas, como é que o profissional das forças de segurança e de defesa pode socializar? Existem diferenças de socialização ou entre o modo como se socializa, entre este tipo de profissionais e a sociedade civil em geral, entre os meios urbanos e os meios rurais?

Por imposição das determinações da Inspeção-geral da Administração Interna, os bares e messes dentro da PSP foram extintos. Estes locais, também serviam para que os profissionais da PSP convivessem, socializassem, afinal de contas quem melhor que primos *inter- pares* para os compreender e entender, uma vez que no nosso país não existe a tradição da procura de ajuda a técnicos especializados.

Se o funcionário, não “*desabafa*” se não partilha as suas angústias e preocupações, se pela sua cultura não procura um especialista em aconselhamento, um padre, ou outrem, o que acontece, é isolar-se, criar pensamentos negativos, acumulando essas energias negativas. Ora essa negatividade, poderá originar estados de ansiedade, com sentimentos de desamparo, desesperança, desespero e como resultado final o suicídio.

Os Serviços Sociais da PSP atentos às dificuldades de socialização dos seus beneficiários, na cidade de Lisboa, recuperaram algumas instalações permitindo o convívio entre os membros da instituição quer se encontrem no activo, na pré-aposentação ou na aposentação, promovendo um salutar convívio.

Ciente, que este projecto de ensaio não vem solucionar a problemática em causa, a do suicídio, pretende-se que pelo menos tenha contribuído para lembrar que o fenómeno existe, que está aqui ao pé de nós, que pode acontecer com o nosso vizinho, o nosso parente, o nosso colega, e que temos que ser todos juntos a tentar travá-lo, e não pensarmos só no assunto quando os casos ocorrem.

A prevenção dos comportamentos suicidas missão possível ou impossível?

Bibliografia

Campos, Maria dos Anjos., Leite, Sofia. (2002), *O suicídio em Portugal nos anos 90*. In: <http://www.ine.pt>, acedido em Fevereiro de 2011;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra, In: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_por.pdf, acedido em Fevereiro de 2011;

Prevenção do Suicídio (Out2006). *Manual dirigido a profissionais da equipas de saúde mental*, Estratégia Nacional de prevenção do Suicídio. Ministério da Saúde Brasil,

Santos, Susana Maria da Silva Ferreira Matias dos. (2006). *Suicídio nas forças policiais: um estudo comparativo na PS P, GNR e PJ*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. In: <http://repositorio-aberto.up.pt>, acedido em Fevereiro de 2011;

Rodrigues, V. Gonçalves, L. (2009). *Patologia da Personalidade, Teoria, Clínica e Terapêutica*, 3.^a Edição, Fundação Calouste Gulbenkian.

ANEXO

Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table)

Most recent year available; as of 2009

Country	Year	Males	Females
ALBANIA	03	4.7	3.3
ANTIGUA AND BARBUDA	95	0.0	0.0
ARGENTINA	05	12.7	3.4
ARMENIA	06	3.9	1.0
AUSTRALIA	04	16.7	4.4
AUSTRIA	07	23.8	7.4
AZERBAIJAN	07	1.0	0.3
BAHAMAS	02	1.9	0.0
BAHRAIN	88	4.9	0.5
BARBADOS	01	1.4	0.0
BELARUS	03	63.3	10.3
BELGIUM	99	27.2	9.5
BELIZE	01	13.4	1.6
BOSNIA AND HERZEGOVINA	91	20.3	3.3
BRAZIL	05	7.3	1.9
BULGARIA	04	19.7	6.7
CANADA	04	17.3	5.4
CHILE	05	17.4	3.4
CHINA (Selected rural & urban areas)	99	13.0	14.8
CHINA (Hong Kong SAR)	06	19.3	11.5
COLOMBIA	05	7.8	2.1
COSTA RICA	06	13.2	2.5
CROATIA	06	26.9	9.7
CUBA	06	19.6	4.9
CYPRUS	06	3.2	1.8
CZECH REPUBLIC	07	22.7	4.3
DENMARK	06	17.5	6.4
DOMINICAN REPUBLIC	04	2.6	0.6
ECUADOR	06	9.1	4.5
EGYPT	87	0.1	0.0
EL SALVADOR	06	10.2	3.7
ESTONIA	05	35.5	7.3

Country	Year	Males	Females
FINLAND	07	28.9	9.0
FRANCE	06	25.5	9.0
GEORGIA	01	3.4	1.1
GERMANY	06	17.9	6.0
GREECE	06	5.9	1.2
GRENADA	05	9.8	1.9
GUATEMALA	06	3.6	1.1
GUYANA	05	33.8	11.6
HAITI	03	0.0	0.0
HONDURAS	78	0.0	0.0
HUNGARY	05	42.3	11.2
ICELAND	07	18.9	4.6
INDIA	98	12.2	9.1
IRAN	91	0.3	0.1
IRELAND	07	17.4	3.8
ISRAEL	05	8.7	3.3
ITALY	06	9.9	2.8
JAMAICA	90	0.3	0.0
JAPAN	07	35.8	13.7
JORDAN	79	0.0	0.0
KAZAKHSTAN	07	46.2	9.0
KUWAIT	02	2.5	1.4
KYRGYZSTAN	06	14.4	3.7
LATVIA	07	34.1	7.7
LITHUANIA	07	53.9	9.8
LUXEMBOURG	05	17.7	4.3
MALDIVES	05	0.7	0.0
MALTA	07	12.3	0.5
MAURITIUS	07	16.0	4.8
MEXICO	06	6.8	1.3
NETHERLANDS	07	11.6	5.0
NEW ZEALAND	05	18.9	6.3
NICARAGUA	05	11.1	3.3
NORWAY	06	16.8	6.0
PANAMA	06	10.4	0.8
PARAGUAY	04	5.5	2.7
PERU	00	1.1	0.6
PHILIPPINES	93	2.5	1.7
POLAND	06	26.8	4.4

Country	Year	Males	Females
PORTUGAL	04	17.9	5.5
PUERTO RICO	05	13.2	2.0
REPUBLIC OF KOREA	06	29.6	14.1
REPUBLIC OF MOLDOVA	07	28.0	4.3
ROMANIA	07	18.9	4.0
RUSSIAN FEDERATION	06	53.9	9.5
SAINT KITTS AND NEVIS	95	0.0	0.0
SAINT LUCIA	02	10.4	5.0
SAINT VINCENT AND THE GRENADINES	04	7.3	0.0
SAO TOME AND PRINCIPE	87	0.0	1.8
SERBIA	06	28.4	11.1
SEYCHELLES	87	9.1	0.0
SINGAPORE	06	12.9	7.7
SLOVAKIA	05	22.3	3.4
SLOVENIA	07	33.7	9.7
SPAIN	05	12.0	3.8
SRI LANKA	91	44.6	16.8
SURINAME	05	23.9	4.8
SWEDEN	06	18.1	8.3
SWITZERLAND	06	23.5	11.7
SYRIAN ARAB REPUBLIC	85	0.2	0.0
TAJKISTAN	01	2.9	2.3
THAILAND	02	12.0	3.8
TFYR MACEDONIA	03	9.5	4.0
TRINIDAD AND TOBAGO	02	20.4	4.0
TURKMENISTAN	98	13.8	3.5
UKRAINE	05	40.9	7.0
UNITED KINGDOM	07	10.1	2.8
UNITED STATES OF AMERICA	05	17.7	4.5
URUGUAY	04	26.0	6.3
UZBEKISTAN	05	7.0	2.3
VENEZUELA	05	6.1	1.4
ZIMBABWE	90	10.6	5.2

Fonte: OMS.In: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en,
 acedido em FEV2011.