

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROSYLAINE MOURA

**NARRATIVAS SOBRE SUICÍDIO, CULTURA E TRABALHO
EM UM MUNICÍPIO COLONIZADO POR ALEMÃES**

**Porto Alegre
2016**

ROSYLAINE MOURA

**NARRATIVAS SOBRE SUICÍDIO, CULTURA E TRABALHO
EM UM MUNICÍPIO COLONIZADO POR ALEMÃES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Stela Nazareth Meneghel

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Moura, Rosylaine Moura
NARRATIVAS SOBRE SUICÍDIO, CULTURA E TRABALHO EM
UM MUNICÍPIO COLONIZADO POR ALEMÃES / Rosylaine
Moura Moura. -- 2016.
211 f.

Orientadora: Stela Nazareth Meneghel Meneghel.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Suicídio. 2. Cultura. 3. Trabalho. 4. Prevenção.
5. Enfermagem. I. Meneghel, Stela Nazareth Meneghel,
orient. II. Título.

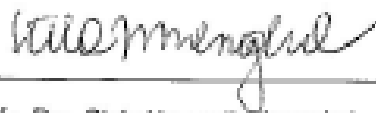
ROSYLAINE MOURA

Narrativas sobre suicídio, cultura e trabalho em um município de colonização alemã.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo

Membro – FIOCRUZ



Profa. Dra. Edna Linhares Garcia

Membro – UNESC



Prof. Dr. Alcyde Antonio Ferla

Membro – PPGCOL/UFRGS



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Membro – PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

EU

AGRADEÇO

A TODOS E A CADA UM
DE MEU SANGUE, DE MINH'ALMA
AOS MESTRES E AOS APRENDIZES
PRÓXIMOS E DISTANTES
VIVOS E MORTOS

OFEREÇO E DEDICO

CADA MINUTO E TODO TEMPO
TODAS DÚVIDAS E CADA CERTEZA
CADA PALAVRA E TODO O TEXTO

QUE POSSA SERVIR

DE INSPIRAÇÃO

DE REFLEXÃO

DE APOIO

A CADA UM E A TODOS

Eu falo é da vida

Alguém diz que escrevo demais sobre a morte. Certamente ao escrever envolvo-me com alguns objetos de minha fascinação, talvez obsessão: a vida, os amores, os desvãos disso que se chama alma humana. É, sobrepairando a tudo com seu olho de espreita, o incompreensível e imponderável fim, que nos determina pois dá valor à nossa vida (LUFT, 2004, p. 121).

Pensar é transgredir

Parece fácil: “escrever a respeito das coisas é fácil”, já me disseram. Eu sei. Mas não é preciso realizar nada de espetacular, nem desejar nada de excepcional. Não é preciso nem mesmo ser brilhante, importante, admirado.

Para viver de verdade, pensando e repensando a existência, para que ela valha a pena, é preciso ser amado; e amar; e amar-se.

Ter esperança; qualquer esperança.

Questionar o que nos é imposto sem rebeldias insensatas, mas sem demasiada sensatez. Saborear o bom, mas aqui e ali enfrentar o ruim. Suportar sem se submeter, aceitar sem se humilhar, entregar-se sem renunciar a si mesmo e à possível dignidade.

Sonhar, porque se desistirmos disso apaga-se a última claridade e nada mais valerá a pena.

Escapar, na liberdade do pensamento, desse espírito de manada que trabalha obstinadamente para nos enquadrar, seja lá no que for.

E que o mínimo que a gente faça seja, a cada momento, o melhor que afinal se conseguiu fazer (LUFT, 2004, p. 23).

Lya Fett Luft

(Descendente de imigrantes alemães. Reconhecida escritora brasileira. Nasceu em Santa Cruz do Sul em 15/09/1938 onde viveu até os 19 anos)

RESUMO

MOURA, R. **Narrativas sobre suicídio, cultura e trabalho em um município colonizado por alemães**. 2016. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Esta investigação objetivou compreender o suicídio em um município colonizado por alemães. Trata-se de um estudo de caso de metodologia mista combinando abordagens quantitativa e qualitativa. O cenário da pesquisa foi Santa Cruz do Sul, importante núcleo de colonização alemã no Rio Grande do Sul que registra taxas de suicídio historicamente elevadas. As informações primárias derivaram das narrativas de 16 informantes-chave, indivíduos que residem e atuam nos setores jurídico, trabalho, saúde, educação, religião e comunicação no município. As informações secundárias originaram-se do DATASUS e de Declarações de Óbito de 2003 a 2014. Nestes doze anos encontrou-se: 227 suicídios, média de 19 suicídios/ano, maior frequência em maio e novembro, taxas padronizadas entre 7 a 28/100.000 (45/100.000 masculina e 8/100.000 feminina) com razão de masculinidade de 5,2. Mortalidade proporcional média de suicídios 2,2% e de homicídios 2,1%. Todos indicadores de suicídio do município acima dos estaduais e nacionais. A maioria eram homens (82%), brancos (89%), 45 a 59 anos (32%), baixa escolaridade (37%), viviam só (52%), agricultores (26%) e industriários (16%) através de enforcamento no domicílio (70%). Maior frequência na cidade (69%), mas maior risco na zona rural (RR= 3,5). Destacaram-se nas narrativas os temas: “o espírito alemão”, “o trabalho que mata” e “os caminhos da prevenção”. O primeiro refere-se à cultura alemã que inclui rigidez de conduta pessoal, familiar e social; dificuldade de lidar com frustrações e de expressar sentimentos; projeto de vida pautado no acúmulo de bens materiais e na demonstração de posse como sinônimo de sucesso, mantidos pelo germanismo como divisor entre “alemães” e “brasileiros”. O segundo refere-se ao sofrimento físico e mental dos agricultores e demais trabalhadores do fumo cimentado pela ética do trabalho que propugna o trabalho árduo como realização de vida, mesmo quando causador de adoecimento e morte, calcado no desempenho e medo da falência. Esse “caldo de cultura” facilitaria o suicídio e explicaria, pelo menos em parte, a frequência do evento. Os informantes-chave acreditam que falar abertamente sobre o tema; capacitar profissionais e criar uma rede intersetorial permanente mudariam esta realidade. A tese pretende contribuir, mesmo que modestamente, para discussões na academia e na sociedade que resultem na prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Cultura. Trabalho. Prevenção. Enfermagem.

ABSTRACT

MOURA, R. **Narratives about suicide, culture and work in a city colonized by Germans**. 2016. 211 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

This research aimed to understand suicide in a town settled by Germans. This is a mixed methodology case study combining qualitative and quantitative approaches. The scenario of the research was Santa Cruz do Sul, an important center of German colonization in Rio Grande do Sul that records historically high suicide rates. The primary information derived from the narratives of 16 key informants, individuals who reside and act at the legal, labor, health, education, religion and communication departments in the city. The secondary information came from DATASUS and death certificates from 2003 to 2014. In these twelve years were found: 227 suicides, an average of 19 suicides/year, most often in May and November, standardized rates between 7-28 / 100,000 (45 / 100,000 male and 8 / 100,000 female) with sex ratio of 5.2. Proportional mortality average of 2.2% suicides and 2.1% homicides. All suicide indicators of the studied city were above the state and national indicators. The most were men (82%), white (89%), 45 to 59 years (32%), low education (37%), living alone (52%), farmers (26%) and industrial workers (16%), using the method of hanging at home (70%). More often in the city (69%), but higher risk in the countryside (RR = 3.5). The themes that stood out in the narrative were: "the German spirit", "the work that kills" and "the ways of prevention." The first one refers to the German culture that includes rigidity of the personal conduct, family and social behavior; difficulty in dealing with frustration and express feelings; life project guided in the accumulation of material goods and in the demonstration of possession as a synonym for success, maintained by Germanism as divider between "German" and "Brazilian". The second one refers to the physical and mental suffering of farmers and other tobacco workers cemented by the work ethic that advocates hard work as the fulfillment of life, even when it originates illness and death, based on performance and fear of failure. This "culture broth" would make easier the suicide and would explain, at least in part, the frequency of the event. Key informants believe that talking openly about the subject; capacitate professionals and create a permanent inter-sectoral network would change this reality. This thesis aims to contribute, even modestly, to discussions in academy and in society that results in preventing suicides.

Keywords: Suicide. Culture. Work. Prevention. Nursing.

RESUMEN

MOURA, R. **Narrativas de suicidio, la cultura y el trabajo en una ciudad colonizada por alemanes.** 2016. 211 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el suicidio en una ciudad colonizada por alemanes. Este es un estudio de caso metodología mixta que combina los enfoques cualitativos y cuantitativos. El ajuste de la investigación fue Santa Cruz do Sul, un importante centro de la colonización alemana en Rio Grande do Sul, que registra históricamente altos índices de suicidio. La información primaria derivada de las narrativas de 16 informantes clave, las personas que residen y trabajan en el sector legal, el trabajo, la salud, la educación, la religión y la comunicación en la ciudad. La información secundaria se originó a partir DATASUS y 2003 certificados de defunción en 2014. En estos doce años si se encuentran: 227 suicidios, un promedio de 19 suicidios / año, lo más a menudo en mayo y noviembre, las tasas estandarizadas entre 7-28 / 100.000 (45 / 100.000 varones y 8 / 100.000 mujeres) con proporción de sexos de 5,2. mortalidad media proporcional de 2,2% suicidios y homicidios 2,1%. Todos los indicadores del condado de suicidio por encima del estado y nacional. La mayoría eran hombres (82%), blancos (89%), 45-59 años (32%), la educación bajo (37%) vivían solos (52%), los agricultores (26%) y los trabajadores de la industria (16%) a través de colgando en casa (70%). Más a menudo en la ciudad (69%), pero mayor riesgo en el campo (RR = 3,5). Ellos se destacaron en los temas narrativos: "El trabajo que mata" "el espíritu alemán" y "las formas de prevención." La primera se refiere a la cultura alemana que incluye rigidez de personal, familiar y comportamiento social; dificultad para lidiar con la frustración y expresar sentimientos; proyecto de vida guiado en exceso en la acumulación de bienes materiales y demuestra la posesión como sinónimo de éxito, mantenido por el germanismo como divisor entre "alemán" y "brasileña". El segundo se refiere al sufrimiento físico y mental de los agricultores y otros trabajadores del tabaco cementadas la ética de trabajo que aboga por el trabajo duro como el cumplimiento de la vida, incluso cuando la enfermedad que causa la muerte y, con base en el rendimiento y el miedo al fracaso. Este suicidio "caldo de cultivo" y facilitar explicar, al menos en parte, la frecuencia del evento. Los informantes clave creen que hablar abierta; la formación de profesionales y una red intersectorial permanente cambiarían esta realidad. Esta tesis pretende contribuir, aunque modestamente, a las discusiones en el mundo académico y la sociedad que resultan en la prevención de suicidios.

Palabras clave: Suicidio. Cultura. Trabajo. Prevention. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 Óbitos, taxas padronizadas e variação percentual do suicídio em países, segundo posição mundial, 2000-2012..... | 35 |
| Quadro 1 Principais fatores de risco para o suicídio agrupados por área..... | 41 |
| Tabela 2 Perfil das pessoas que se suicidaram. SCS, 2003-2014 (n=227)..... | 126 |
| Quadro 2 Taxa média de suicídio por bairro e distrito. SCS, 2011-2015..... | 135 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AC - Acre
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AMVARP - Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo
AP - Amapá
APESC - Associação Pró-Ensino de Santa Cruz do Sul
APVP - Anos Potenciais de Vidas Perdidos
AUDIT - *Alcohol Use Disorder Identification Test*
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - CAPS para Álcool e Drogas
CAPS i. - CAPS para a Infância e a Adolescência
CID - Classificação Internacional de Doenças
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CLAVES - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli
COREDE - Conselho Regional de Desenvolvimento
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVV - Centro de Valorização da Vida
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DO - Declaração de Óbito
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EMATER - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ES - Espírito Santo
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FEE-RS - Federação de Estatística e Economia do Rio Grande do Sul
FERGS - Federação Espírita do Rio Grande do Sul
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
FISC - Faculdades Integradas de Santa Cruz do Sul
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INCA - Instituto Nacional de Câncer
LGBTT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Travestis e Transgêneros
LSMM - Laboratório de Saúde Mental e Medicina

NASF - Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PA/SUS - Pronto Atendimento do SUS
PIB - Produto Interno Bruto
PIS - Programa de Integração Social
PPG - Programa de Pós-Graduação
PPGCOL - PPG em Saúde Coletiva
PPGENF - PPG em Enfermagem
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul
RS - Rio Grande do Sul
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCS - Santa Cruz do Sul
SIH-SUS - Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SUPRE - *Suicide Prevention Program*
SUPRE-MISS - *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors*
SUS - Sistema Único de Saúde
TO - Tocantins
WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Mortalidade proporcional por suicídios e homicídios. Santa Cruz do Sul, 2003-2014.....122**
- Figura 2. Série histórica das taxas de suicídio ajustadas para a idade em ambos os sexos. Brasil, RS, SCS. 2003-2014.....123**
- Figura 3. Suicídios por mês de ocorrência. Santa Cruz do Sul, 2003-2014.....127**
- Figura 4. Localização geográfica dos suicídios por distritos e bairros. Santa Cruz do Sul, 2007-2015.....133**

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 21 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 21 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 21 |
| 3 | CONSTRUTOS TEÓRICOS..... | 22 |
| 3.1 | O SUICÍDIO AO LONGO HISTÓRIA, SUA COMPLEXA CONCEITUAÇÃO E A DEFINIÇÃO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA MUNDIAL..... | 22 |
| 3.2 | EPIDEMIOLOGIA: O SUICÍDIO EM NÚMEROS..... | 32 |
| 3.2.1 | Fatores protetores para o suicídio..... | 40 |
| 3.2.2 | Fatores de risco para o suicídio..... | 41 |
| 3.3 | SANTA CRUZ DO SUL: UM MUNICÍPIO GAÚCHO DE “ALEMÃES”..... | 56 |
| 3.4 | O PROCESSO DE ACULTURAÇÃO DOS IMIGRANTES ALEMÃES E SUAS MÚLTIPLAS IDENTIDADES EM TERRAS GAÚCHAS..... | 70 |
| 3.5 | OS IMIGRANTES ALEMÃES E O TRABALHO COM O FUMO: A PEQUENA LAVOURA FAMILIAR E O COMPLEXO INDUSTRIAL TRANSNACIONAL EM SANTA CRUZ DO SUL..... | 86 |
| 3.6 | É POSSÍVEL PREVENIR A ANTECIPAÇÃO DO FIM?..... | 100 |
| 4 | FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA..... | 106 |
| 4.1 | LOCAL DA PESQUISA..... | 107 |
| 4.2 | SUJEITOS DA PESQUISA..... | 110 |
| 4.3 | PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES..... | 112 |
| 4.3.1 | As narrativas como perspectiva teórico-metodológica..... | 113 |
| 4.3.2 | A operacionalização da produção de informações..... | 115 |
| 4.4 | ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE..... | 119 |
| 4.5 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 120 |
| 5. | RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 121 |
| 5.1 | OS NÚMEROS DO SUICÍDIO EM SANTA CRUZ DO SUL..... | 121 |
| 5.1.1 | O perfil do suicídio em Santa Cruz do Sul – DATASUS – 2003-2014..... | 123 |
| 5.1.2 | O perfil do suicídio em Santa Cruz do Sul – Declarações de Óbito – 2007-2015..... | 133 |
| 5.2 | O “ESPÍRITO ALEMÃO” E AS POSSÍVEIS INTERFACES COM A CULTURA SUICIDA..... | 139 |

| | | |
|-------|--|------------|
| 5.3 | O TRABALHO QUE MATA..... | 150 |
| 5.4 | OS CAMINHOS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO..... | 161 |
| 5.4.1 | Os serviços, os profissionais e as iniciativas na prevenção do suicídio que existem no município: potencialidades e fragilidades..... | 162 |
| 5.4.2 | Os próximos passos na prevenção do suicídio no município..... | 174 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 178 |
| | REFERÊNCIAS..... | 185 |
| | APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... | 206 |
| | APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 207 |
| | ANEXO I – DIRETRIZES NACIONAIS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO..... | 209 |
| | ANEXO II – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP/ENSP..... | 211 |

1 INTRODUÇÃO

“A realidade era difícil de compreender, e o que se compreendia era duro de aceitar” (LUFT, 1981, p. 69).

O suicídio foi descrito por Albert Camus como o mais sério problema filosófico humano. Para explicar, o autor utilizou como metáfora “O mito de Sísifo” (1942). Este, por mau comportamento, fora castigado pelos deuses a empurrar dia e noite, sem descanso, uma pedra até o alto da montanha. Estando lá, deveria deixá-la tombar para novamente empurrá-la montanha acima, e assim, sucessivamente. Qual o sentido da vida de Sísifo? É neste contexto que Camus apresenta o dilema: Qual o sentido da vida? A vida vale ou não a pena ser vivida?

A forma como a humanidade lidou com o suicídio ao longo da história variou desde sua aceitação, entendendo-o como uma atitude de desprendimento, liberdade, autonomia e inclusive de altruísmo, até sua completa condenação, conferindo-lhe status de danação moral, incorporação demoníaca e desestruturação psíquica. Estas diferentes interpretações derivam de paradigmas filosóficos, morais, religiosos, culturais e científicos vigentes à cada época e que se mantiveram, mais ou menos presentes ao longo do tempo, tornando extremamente complexa a compreensão deste fenômeno até os dias atuais, ou como afirmou Camus: “só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio” (CAMUS, 2002, p.19).

Apesar da maioria das sociedades modernas terem deixado de tratar o suicídio como pecado, crime ou dilema ético, as manifestações públicas frente a uma morte auto infligida, mesmo que de forma não intencional, expressam atitudes de desaprovação, moralismo, questionamentos e culpabilização. Para a família que já está enfrentando seus próprios sentimentos de vergonha, raiva e culpa, geralmente essa “carga” pode tornar-se insuportável, tanto que muitos acreditam que o silêncio é a única forma de enfrentamento possível. Tudo isso contribui para que o tema continue invisível, perpetuando tabus, estigmas e preconceitos que tornam a prevenção e o manejo ainda mais difícil.

O suicídio, em maior ou menor proporção, individual ou coletivo, com as mais diversas motivações, intenções e métodos, sempre esteve presente na história da humanidade. Pela sua singularidade e complexidade tem sido objeto de análise e

reflexão de estudiosos dos mais diversos campos do conhecimento, sendo sem dúvida, um tema de interesse multidisciplinar.

Mesmo assim, conceituar o suicídio, que num primeiro momento parece simples, considerando somente a etimologia da palavra que é “matar a si próprio”, não encontra consenso entre os estudiosos. Ocorre que na maioria das vezes a motivação, a intencionalidade e a letalidade que envolvem o ato de terminar com a própria vida, não são claros para profissionais e sobreviventes, e muitas vezes nem mesmo o próprio indivíduo que se suicida toma esta decisão de maneira objetiva e consciente. Há situações que não se consegue afirmar com certeza se ocorreu um suicídio, um acidente, uma negligência ou um homicídio.

Poderíamos acreditar que estamos diante de uma questão de cunho individual unicamente. Foi assim que durante muitos séculos o tema foi tratado. Somente após o estudo do sociólogo francês *Émile Durkheim*, “O suicídio” (1897/1982), que o evento passou a ser entendido como um fenômeno social, tanto que, as frequências variam em diferentes sociedades, porém, em uma mesma sociedade, mantém-se constantes ao longo do tempo.

A partir da segunda metade do século XX, a *World Health Organization* (WHO), alertada por alguns estudiosos que haviam percebido aumento no número de mortes por suicídio em vários países, incluiu esta temática na agenda mundial. Entre 1961 e 1969, as taxas de suicídio de 26 países, confirmaram a magnitude do problema e sugeriram novos estudos com o intuito de melhor conhecer as características quantitativas e qualitativas do fenômeno com vistas a propor estratégias de prevenção em nível mundial (WHO, 1974).

Nos anos de 1990, apesar do conhecimento acumulado em estudos e pesquisas que apontavam fatores determinantes e precipitantes, grupos e indivíduos vulneráveis, situações de risco e orientações para o diagnóstico e a prevenção dos comportamentos suicidas, as taxas mundiais de suicídio aumentaram em 60%. Em 1999, frente à esta situação a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a tratar o suicídio como um importante problema de saúde pública (WHO, 1999).

De lá para cá, novas propostas, programas de prevenção e controle foram experimentados em diversos países, o que pela primeira vez, depois de mais de quarenta anos, pode ter contribuído na redução de 26% nas taxas de suicídio e de 9% no número de mortes por esta causa no período de 2000 a 2010. No entanto estes números escondem diferenças acentuadas entre os países, desde diminuição

de 69% até aumento de 270%. No ano de 2012, com base nos registros de óbitos enviados à OMS, houve 804.000 suicídios no mundo, com taxa anual ajustada para a idade de 11,4/100.00 (15,0 entre homens e 8,0 entre mulheres) (WHO, 2014a).

Desta forma, a situação permaneceu grave em muitos países do mundo, sendo que em 2014, a OMS, além de divulgar os dados de mortalidade por suicídio de seus 172 países-membros, lançou novo informe para a prevenção do suicídio, enfatizando ser este, um imperativo global. Além disso, retomou o compromisso firmado pelos países-membros frente ao Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 de reduzir em pelo menos 10% as taxas de suicídio até o ano de 2020 (WHO, 2013a).

Esse envolvimento da OMS com a temática do suicídio, resultou em grandes avanços e indiscutivelmente poupou muitas vidas, mas de certa forma, fortaleceu o que poderia se chamar de paradigma psiquiátrico, ou seja, a crença de que o suicídio está fortemente ligado à depressão e por isso mesmo, representa uma questão quase que exclusivamente de atenção psiquiátrica. Sendo assim, podemos dizer que na atualidade o entendimento do suicídio como um fenômeno de cunho individual, tem teimosamente insistido em retornar, revestido de roupagem mais sofisticada, proporcionada pela ciência contemporânea que apesar do discurso da interdisciplinaridade, na prática mantém a perspectiva individual e disciplinar.

No Brasil muitas investigações sobre o tema foram produzidas a partir da primeira década do século XXI, especialmente depois da inserção de pesquisadores da Universidade de Campinas/SP no *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors* (SUPRE-MISS) realizado entre 2002 e 2004. O estudo buscou conhecer o comportamento suicida na população além de avaliar uma proposta de prevenção através de abordagem continuada dirigida a pessoas que tentaram se suicidar (WHO, 2002a).

No Brasil, estudo epidemiológico confirmou 30% de aumento nas taxas de suicídio, entre 1980 a 2006 (LOVISI et al., 2009). Também se observou ao longo do tempo que as taxas se distribuem de forma desigual no território nacional. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) algumas regiões e pequenos grupos populacionais mantêm suas taxas entre as mais elevadas do mundo, mesmo que a média nacional tenha historicamente permanecido em patamares considerados baixos (ABP, 2009). Apesar disso, o suicídio é considerado um importante problema de saúde pública no país, em função da quantidade de óbitos,

que em 2012 correspondeu a 11.821 casos, o que coloca o país entre os oito com maior número de mortes por esta causa no mundo. Mesmo que desde 2006, já conte com as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, o país ainda espera, a implementação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio que dê conta de efetivar as ações necessárias no contexto nacional (BRASIL, 2006).

Nas últimas duas décadas as regiões com maiores taxas no país são as do sul e centro-oeste. Na região sul, o estado do Rio Grande do Sul tem apresentado os maiores coeficientes de mortalidade não só da região, como de todo o país e desde 2002 registra mais de 1.000 suicídios a cada ano (LOVISI et al., 2009; MARÍN-LÉON; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; NOGUEIRA, 2013). Estudos epidemiológicos apontam para taxas maiores nos pequenos e médios municípios gaúchos, que apresentam mortalidade por suicídio entre 15 a 30/100.000, incidindo principalmente em agricultores que vivem em pequenas propriedades rurais (MARÍN-LÉON; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; BOTEGA, 2015).

Algumas hipóteses surgiram a partir de estudos realizados no Rio Grande do Sul, como: intoxicação crônica pelo uso indiscriminado de agrotóxicos o que levaria ao aumento de distúrbios neuropsiquiátricos, à depressão e ao suicídio; avanço da industrialização no campo descaracterizando o modo de vida e trabalho no meio rural gerando sofrimento social, depressão e auto extermínio; vulnerabilidades relacionadas à etnia alemã e a religião protestante tradicional; maior prevalência de alcoolismo, depressão e ansiedade no meio rural e a defesa da honra em uma cultura patriarcal.

Diversos movimentos buscando estratégias estaduais para a prevenção já foram esboçados. Um destes projetos contemplou quatro municípios com altas taxas de suicídio no Rio Grande do Sul, a saber, São Lourenço do Sul, Candelária, Venâncio Aires e Santa Cruz do Sul, para receber uma capacitação voltada à prevenção do suicídio no nível local, subsidiada pelo Ministério da Saúde e envolvendo entidades governamentais e não governamentais. Transcorridos três anos, observou-se que em Santa Cruz do Sul, o mais populoso dos municípios, as taxas haviam aumentado mais de três vezes passando de 7,4/100.000 em 2008 para 28,5/100.000 em 2011 (NOGUEIRA, 2013).

Foi neste contexto que no início de 2012 ocorreu minha primeira aproximação com o tema do suicídio. Intermediada por minha orientadora do doutorado fui convidada a compor o grupo de pesquisadores do Rio Grande do Sul envolvidos na

pesquisa multicêntrica nacional coordenado pelos pesquisadores do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (CLAVES) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) intitulado “Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública” (MINAYO et al., 2013). Para isso participei do grupo de trabalho sediado na FIOCRUZ e fiquei responsável pela produção de dados no sul do país. Neste processo, entrevistei doze idosos que haviam tentado o suicídio e seis profissionais de saúde envolvidos no atendimento desta demanda: enfermeira, médico, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e agente comunitário de saúde nos municípios de Venâncio Aires, Candelária e Santa Cruz do Sul. Além do relatório de pesquisa, produzimos os artigos: “Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero” e “Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas” (MENEGHEL et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2015a).

Esta experiência me fez perceber *in loco* a importância e complexidade do tema, as características deste comportamento nos idosos da região, o extremo sofrimento relatado por muitos no período que antecedeu a tentativa, o alívio de alguns por não haver conseguido o desenlace fatal de seu intento descrevendo esse fato como uma “segunda chance” ou a sensação de “ganhar um terno novo”. Esta vivência me fez reavaliar o quanto a sociedade e os serviços precisam produzir conhecimentos e estratégias para lidar de forma integral e qualificada com as questões de saúde mental da população. Os idosos me ensinaram através de seus relatos que é possível e necessário prevenir o suicídio, fenômeno tratado por muitos, talvez pela manutenção histórica de altas taxas no município e região, de forma naturalizada e até banalizada.

Somado a isso, ainda ser moradora de Santa Cruz do Sul, cidade brasileira que historicamente tem mantido uma das mais elevadas taxas de suicídio do país; ser professora da graduação em enfermagem da maior universidade da região (Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC), que por ser comunitária tem o compromisso intrínseco com o desenvolvimento regional e a qualidade de vida da população; ter conhecimento de inúmeras tentativas de suicídio e de suicídios na comunidade local além de ter vivenciado o drama individual e coletivo do suicídio de um acadêmico em pleno semestre letivo; ser enfermeira e docente da área da saúde com o compromisso ético de promover à saúde e prevenir agravos além de contribuir na formação de profissionais para atuarem adequadamente nas demandas

contemporâneas de saúde; ser doutoranda de um programa de pós-graduação de uma das melhores universidades brasileiras, o que me oportunizou participar de pesquisa de cunho nacional sobre o tema; fizeram-me querer avançar na compreensão deste fenômeno no município de Santa Cruz do Sul.

Participar desta pesquisa facilitou minha aproximação junto aos profissionais envolvidos com a temática no município, inserindo-me em debates públicos sobre o suicídio nas Semanas Municipais de Prevenção à Violência e nas Semanas Acadêmicas Integradas dos Cursos da Saúde da UNISC, nos últimos dois anos, o que culminou com minha participação efetiva no Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Desta forma, justificamos o desenvolvimento deste estudo pautando-se nas seguintes razões: (1) o conhecimento ainda parcial e fragmentado sobre o suicídio no município; (2) a importância de identificar as características sócio demográficas do suicídio no município para entendê-las nas suas especificidades locais; (3) a possibilidade de encontrar conexões entre aspectos socioculturais, trabalho e cultura germânica com o comportamento suicida na população local.

O estudo torna-se relevante, na medida em que poderá contribuir na visibilidade do tema e ajudar a enfrentar tabus e preconceitos. Além do mais, ao eleger um só local, pode-se aprofundar a reflexão sobre o assunto, escrutinar materiais de acesso restrito, conversar com informantes-chave e outros atores sociais, atentar para a maneira como a população lida com o agravo e ouvir as narrativas construídas sobre este tipo de morte, triangulando informações e aprofundando o olhar analítico sobre particularidades e singularidades que podem ampliar a compreensão do fenômeno.

Acreditamos que a sociedade civil, os serviços públicos e os profissionais do município, a partir do momento em que acessarem os resultados do estudo poderão utilizá-los para propor políticas públicas municipais voltadas à priorização de metas e estratégias de prevenção e controle do suicídio de forma a modificar o preocupante panorama atual, evitando desta forma, mortes prematuras e sofrimento humano desnecessário.

Para nortear a condução do estudo elaboramos as seguintes questões norteadoras: (1) qual o perfil do suicídio e das pessoas que se suicidaram no município nos últimos anos? (2) as características socioeconômicas e culturais desta população podem estar influenciando a ocorrência de elevadas taxas de suicídio?

(3) que estratégias de prevenção podem ser pensadas para enfrentar este problema no município?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o suicídio no município de Santa Cruz do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil da mortalidade e o das pessoas que se suicidaram em Santa Cruz do Sul no período de 2003-2014;
- Identificar se fatores socioeconômicos e culturais influenciam nas taxas de suicídios em Santa Cruz do Sul;
- Aprender que estratégias a sociedade pensa serem impactantes para enfrentar o problema no nível local.

3 CONSTRUTOS TEÓRICOS

Para construção deste capítulo buscamos referencial teórico que desse conta de subsidiar os objetivos e as questões deste estudo. Iniciamos apresentando os diferentes significados dados ao evento suicídio ao longo da história da humanidade; a falta de consenso sobre sua complexa definição que persiste até a atualidade e a trajetória que culminou com sua declaração pela OMS como problema de saúde pública mundial. Na segunda seção discorreremos sobre a evolução das frequências do suicídio, suas variações, fatores de proteção e de risco. Apartir da terceira seção buscamos descortinar fragmentos da história da imigração alemã no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Santa Cruz do Sul, principalmente no que se refere aos aspectos culturais e do trabalho e as possíveis interfaces destes aspectos com as altas taxas de suicídio no município e região. Finalizando, trouxemos algumas reflexões sobre a possibilidade de prevenção e algumas experiências neste sentido.

3.1 O SUICÍDIO AO LONGO HISTÓRIA, SUA COMPLEXA CONCEITUAÇÃO E A DEFINIÇÃO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA MUNDIAL

“Tânatos, isto é, a voz do poço e da morte nos convoca a cada minuto para que a gente enfim se entregue e se acomode. Só que acomodar-se é abrir a porta para tudo isso que nos faz cúmplices do negativo. Descansaremos, sim, mas tornando-nos filhos do tédio e amantes da pusilanimidade, personagens do teatro dos que constantemente desperdiçam seus próprios talentos e dificultam a vida dos outros” (LUFT, 2004, p.141).

O ato de tirar a própria vida é um comportamento humano registrado desde o início dos tempos. A forma como este evento foi sendo significado sofreu mudanças ao longo da história da humanidade a depender dos paradigmas filosóficos, religiosos e culturais vigentes em cada época.

A importância de discutir as questões históricas de um fenômeno se dá na medida em que sua interpretação social não se encerra ao final de cada época, mas permanece, imbricando-se com as já existentes e outras que ainda estão por vir, atribuindo diferentes significados demonstrados pela sociedade e indivíduos através de atitudes, mesmo inconscientes, no momento em que se deparam com o problema.

Entre os povos antigos, no início da civilização, tem-se registros de que a morte por suicídio era aceita e até mesmo estimulada, seguindo muitas vezes

motivações comunitárias ritualísticas de cunho heroico e altruísta. Este é o caso dos idosos nas sociedades nômades que para poupar os mais jovens da culpa por ter de matá-los, suicidavam-se para evitar este ônus (RETTSTOL, 1993; STEINMETZ, 1894).

Entre os *vikings* a morte por suicídio era sinal de honra e qualificação para entrar no paraíso, representada pelo enforcamento, seguindo os preceitos do Deus das guerras Odin, também chamado de Senhor das Forças. Acreditava-se que através do suicídio o homem alcançaria uma imortalidade gloriosa, aceitando esta escolha para fugir de desonras, perdas afetivas e da escravidão. Esse é o caso dos aborígenes da Tasmânia que se suicidavam em massa para escapar do tratamento cruel que recebiam dos colonizadores espanhóis (ALVAREZ, 1999).

No Brasil, os relatos históricos de suicídio entre os escravos são escassos, encontrando-se algumas referências ao chamado banzo, que se tratava da morte passiva através da recusa de comer na esperança do retorno espiritual à África. Os poucos registros existentes no Brasil Colônia mostram que havia proporcionalmente mais suicídios entre os escravos do que entre os colonizadores (OLIVEIRA e ODA, 2008).

No entendimento da mitologia grega cabia às moiras, entidades representadas por três irmãs, a governabilidade do destino dos seres humanos através da tessitura do fio da vida. Cloto, a mais jovem, era a que fiava a teia do destino, Laquesis, responsável por colocar o fio no fuso, determinando a longevidade e Atropos, a mais velha, a missão de cortar o fio, tendo esta, sido temida e referenciada por gregos e romanos como símbolo do fatalismo. Desta forma, quando alguém se suicidava, acreditavam que as moiras assim quiseram, já que o indivíduo não tinha nenhum poder de interferir na sua própria morte, tolerando-se e acreditando ser esta, uma atitude de moderação e nobreza de espírito (SILVA, 1995 citado por WERLANG e ASNIS, 2004, p.59).

Mesmo assim, na Grécia e Roma antigas os suicídios passaram a ter uma conotação político-jurídica, devido à vinculação com o Estado, em detrimento dos vínculos com a religião. Nestes povos que nutriam um sólido sentimento de pertença comunitária, o suicídio era entendido como uma irresponsabilidade social, pois o cidadão que tirasse a própria vida, além de renunciar seus deveres cívicos também poderia enfraquecer economicamente o Estado (DIAS, 1991; CASSORLA, 1992).

Neste período o suicídio só era aceito se autorizado pelas autoridades com razões patrióticas ou no caso de desonra, não sendo permitido aos soldados, escravos ou criminosos. A cicuta, veneno fatal, era disponibilizada pelas autoridades àqueles autorizados ou até mesmo induzidos ao suicídio, como foi o caso de Sócrates, responsabilizado por corromper a juventude através de sua doutrina sobre a racionalidade da conduta humana (SILVA, 1994; DURKHEIM, 1982).

Cem anos após a morte de Sócrates, os estoicos romanos, diante da tirania do império, consideravam o suicídio a mais razoável e desejável das saídas para manter a dignidade humana. Sêneca (44-65 d. C), o mais famoso dos estoicos, suicidou-se antes de envelhecer, para evitar enquanto podia, a ira vingativa de Nero, do qual havia sido professor e conselheiro (CHALLAYE, 1978; ALVAREZ, 1999).

Durante muitos séculos, incluindo toda a Idade Média, em que o paradigma religioso predominou, o suicídio foi considerado um pecado gravíssimo e os funerais consistiam em rituais punitivos e vexatórios, como não permitir a passagem do cadáver pela porta, só por janela ou buraco aberto na parede da casa; jogar o corpo ao rio dentro de um barril; arrastar e expor publicamente o corpo nu; decepar as mãos e enterrá-las separadas do corpo, entre outros, que combinavam castigo, dissuasão e exorcismo. Também neste período a legislação civil inspirada no direito canônico passou a tratar o suicídio como crime, confiscando para a Coroa todos os bens do suicida, privando sua família da herança além de atormentá-la com todo o tipo de humilhações, represálias e excomungá-la da igreja (MINOIS, 1998).

A severa condenação religiosa, moral e legal vigente durante muitos séculos somente começou a ser abrandada a partir do século XVII, com o movimento intelectual do Iluminismo, em que o homem passa a ocupar lugar central na cultura, portanto detentor de direitos individuais e liberdade, inclusive para decidir entre continuar a viver ou provocar a própria morte. O suicida é visto como uma pessoa infeliz, e contava com certa tolerância e até com uma velada simpatia (RETTSTOL, 1993).

Foi também neste período que a Europa conheceu a obra do dramaturgo inglês William Shakespeare, onde o tema do suicídio era recorrente e tratado como um dilema humano, exemplificado em sua célebre frase "*To be or not to be, that is the question*" na tragédia Hamlet. Pela importância histórica e cultural de sua obra, Shakespeare influenciou a forma como a sociedade da época passou a interpretar o suicídio, ou seja, como um dilema humano (MINOIS, 1998).

Na literatura, destaca-se no século XVIII a obra do alemão Goethe especialmente nos “Os sofrimentos do jovem Werther” e “Fausto” em que escreve sobre um suicídio romântico e outro filosófico, respectivamente. Em decorrência dos livros, especialmente do primeiro, muitos jovens românticos, por imitação, suicidaram-se, o que ficou conhecido na suicidologia como “efeito Werther”. Até hoje, esse efeito é temido pelos meios de comunicação que não divulgam casos de suicídio por temer um novo efeito “contagioso” (GOETHE, 2002, 2009; PIRKIS, 2009; JACK, 2014).

Durante o século XIX, apesar do suicídio não ser mais considerado um pecado, a conservadora *moral* vigente à época, contribuiu para que essas mortes se mantivessem como tabu, significando para a família uma vergonha, algo a ser mantido em segredo, não falado, sendo interpretado como sinal de doença mental.

Ainda neste século, Schopenhauer relacionou o suicídio a um ato equivocado, posto que a pessoa que procura a morte não o faz porque não deseja mais a vida em si, mas sim porque está insatisfeita com as condições em que vive. Compreende que, não há libertação do sofrimento, mas a manifestação de um desejo pessoal que para ele significa a negação do homem autêntico.

Já Nietzsche, filósofo alemão que acreditava no poder e no mando como fundamentos da essência humana, tendo sua filosofia resgatado o valor instintivo do selvagem como essência vital, entendia o suicídio como direito moral intrínseco ao ser humano (RETTSTOL, 1993).

Foi somente no final do século XIX, na França, a partir de Emile Durkheim e sua obra “O suicídio”, que este evento passa da perspectiva de crime, pecado ou simples desejo individual para tornar-se um fato social. Durkheim defendeu a tese de que o suicídio era conseqüente à anomia, ou perda da capacidade de integração e socialização dos indivíduos, portanto, um problema eminentemente social. Foi ele também que pela primeira vez analisou estatisticamente os dados de mortes por suicídio encontrando maior frequência entre homens, solteiros e praticantes de religiões protestantes quando comparados com seus pares, fato que lhe custou críticas pelo que a epidemiologia mais tarde chamaria de falácia ecológica (DURKHEIM, 1982).

Também é deste período sob influência da escola de Esquirol, psiquiatra francês discípulo de Pinel, que o suicídio passou a ser tema de interesse da área da saúde, especialmente da psiquiatria, já que os suicidas foram considerados

alienados ou doentes mentais e o suicídio, especialmente a partir do século XX, a ser tratado como um problema científico (WERLANG e ASNIS, 2004).

A palavra suicídio, no entanto, apareceu pela primeira vez no mundo ocidental, no século XVII no livro *Religio Medici* escrito em 1642 pelo médico e filósofo inglês Sir Thomas Browe. É derivada do latim (*sui* = de si próprio; *caedere* = matar) e substituiu a expressão usada até então, *homicídio de si próprio* (MINOIS, 1998).

No século XX, foi construída uma proposta conceitual considerando o suicídio como “o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida” (SHNEIDMAN, 1985). No entanto, esta definição não deu conta de explicitar todas as variantes que podem estar relacionadas ao ato suicida, sendo que, novas definições continuam sendo propostas.

Este assunto, ainda hoje, provoca discussões entre àqueles que valorizam a intencionalidade, a voluntariedade e a lucidez de consciência do indivíduo que executa o ato e adota um comportamento que acredita que determinará sua morte e àqueles que postulam a existência de uma vertente inconsciente no desencadeamento e/ou contribuição da morte de “si mesmo”.

Uma conceituação ampliada pode abarcar desde o autoextermínio até a morte por exposição a condutas de risco, a falta de cuidados diante de doenças ou eventos perigosos, as intoxicações acidentais e “overdoses”, os acidentes, as doenças somáticas e psíquicas e outras situações similares (CASSORLA, 1992, 1995, 1998, 1999, 2000, 2004).

Para Cassorla, psiquiatra brasileiro que estuda este tema, quando há fortes componentes inconscientes, associados ou não a fatores sociais e culturais, a classificação de um óbito como suicídio, torna-se muito difícil, podendo algumas vezes ser registrado erroneamente como morte natural ou acidental.

Os suicidas frequentemente manifestam sentimentos ambivalentes entre o desejo de morrer e o de viver. Essa aparente contradição pode ser mais acentuada em pessoas que sofrem alucinações, confusões, turvações da consciência, perturbações do pensamento e do afeto.

Estudo brasileiro de base populacional verificou que em apenas uma parcela das tentativas de suicídio (em torno de um terço dos casos) havia o real desejo de morrer. Mesmo em casos com alta letalidade, o ato é marcado por ambivalência

entre o viver e o morrer e manifestações do sofrimento psíquico constituem uma forma de pedir ajuda (RAPELI e BOTEGA, 2005; BOTEGA et al., 2009).

Questiona-se assim, a intencionalidade do ato, que nem sempre é tão óbvia como se pensava antigamente. Desta forma, o desfecho fatal está mais relacionado ao método utilizado, à possibilidade de acesso ao socorro adequado, à resistência física e às condições de saúde prévias do que à voluntariedade da ação propriamente dita (CASSORLA, 2004).

Mesmo assim, a definição de suicídio proposta pela OMS em 2001, considera como elemento chave a intencionalidade do indivíduo em terminar com a própria vida, conceituando o suicídio como “o resultado de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (WHO, 2001).

Em 2002, reconhecendo a dificuldade de correlacionar intenção com a realização do ato em si, especialmente pela impossibilidade de reconstruir o pensamento da pessoa que se suicida, a OMS propôs um novo termo, relacionado ao resultado do ato, diferenciando o comportamento suicida fatal (aquele que resulta em morte) do comportamento suicida não fatal. Este último também definido como tentativa de suicídio, nos Estados Unidos, ou parassuicídio e autolesão deliberada, na Europa (WHO, 2002a).

Em 2004, apoiados pela OMS, pesquisadores do Brasil sugeriram um conceito mais abrangente, o de comportamento suicida. Esse tipo de comportamento manifesta-se ao longo de um *continuum* que inicia com o pensamento suicida, segue para ameaça, gesto, tentativa de suicídio até o suicídio efetuado. Para tal, utiliza-se a definição a seguir: “o comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (WERLANG e BOTEGA, 2004, p.17).

Outra classificação abrangente utilizada para definir a gama de comportamentos conscientes que antecedem o suicídio, entende-os de acordo com um gradiente que compreende a intensidade do desejo do indivíduo em morrer e as consequências do ato em termos de gravidade (CASSORLA, 2004).

O primeiro nível do gradiente se dá no plano verbal, ainda de forma potencial quando o indivíduo pensa e/ou fala em suicídio; a seguir aparece a ideia ou pensamento suicida quando o ato passa a existir virtualmente; após, a ameaça

suicida que se configura quando o indivíduo anuncia seu ato; continua com o gesto suicida que é compreendido como um ato comunicativo e especialmente manipulativo sem a intencionalidade letal; passando para a tentativa de suicídio ambivalente quando ainda não há decisão consciente de morrer que se apresenta na tentativa de suicídio deliberada e culmina, com o que chama de, suicídio exitoso ou completo (CASSORLA, 2004).

Evidentemente, nem todas estas etapas precisam ocorrer para configurar o ato suicida. Esta classificação em gradientes que inclui diferenças entre gesto, tentativa e suicídio propriamente dito, não é consensual, especialmente porque na maioria das vezes o desfecho resulta de eventos circunstanciais do meio e não propriamente da intensidade do desejo da pessoa em se matar.

Outra questão importante refere-se ao componente manipulativo do gesto suicida, que se realmente houver, deve ser tratado como um problema emocional, incluindo suporte ao indivíduo e família (CASSORLA, 2004).

A OMS mais recentemente, reconhece e aceita diferentes concepções e definições para o suicídio, porém seleciona algumas que passa a adotar. Assim, conceitua suicídio como o ato de matar-se deliberadamente; a tentativa de suicídio, como o comportamento suicida que não causa morte, incluindo intoxicações auto infligidas, lesões ou autoagressões intencionais que podem ou não ter como intenção o resultado fatal e, o comportamento suicida para designar a diversidade de atos que incluem pensar no suicídio (ideação suicida), planejar, tentar e cometer o suicídio (WHO, 2014a).

A OMS inova em incluir as lesões auto infligidas sem intenções fatais no rol das tentativas de suicídio. Justifica esta decisão em função da dificuldade de avaliar a intenção suicida do indivíduo; muitas vezes ambivalente até para ele próprio. A intenção pode estar sendo mal interpretada por profissionais e serviços, que negligenciam a situação tanto nestes casos como naqueles em que inicialmente houve uma intenção suicida, mas não existe mais.

A inclusão da ideação suicida entre o rol dos comportamentos suicidas pela OMS deu-se com o intuito de simplificar, visto que mesmo com o aprofundamento da discussão sobre o assunto existente no momento, ainda não se chegou a um consenso sobre a questão (WHO, 2014a).

A maioria das pessoas, ao longo da vida pensa muitas vezes na própria morte, o que faz parte do processo de amadurecimento e envelhecimento, porém,

quando elas começam a elaborar um plano e a tomar providências para realizá-lo, o fato se torna mais concreto, podendo passar da ideiação – uma característica mais vaga – para a tentativa e o suicídio consumado (MENEZES et al., 2015).

Por trás de todas estas polêmicas envolvendo o conceito de suicídio e de comportamento suicida, na verdade, encontram-se diferentes interpretações para este fenômeno que tanto nos instiga, perturba e desacomoda trazendo à tona sentimentos e percepções que estão ancorados, mesmo que não tenhamos plena consciência disso, na forma peculiar como que cada um de nós encara a vida e a morte.

Os estudos sobre o suicídio, nas mais diversas áreas do conhecimento humano, ampliaram-se no século XX especialmente a partir da década de 1960. As ciências humanas e sociais, a estatística, a psiquiatria, a bioética, a neurociência e a saúde pública passaram a se interessar por este tema. Cada área a partir de seus próprios paradigmas tenta explicar o fenômeno usando suas ferramentas teórico-metodológicas pois, por sua complexidade, o entendimento sobre este agravo ainda está distante, o que exige dos pesquisadores um incessante exercício dialético que nem todos estão dispostos e/ou qualificados a fazer.

Para além da complexidade do tema, na etapa atual do capitalismo globalizado, em que predomina o individualismo e fragilidade dos laços sociais, a precarização do trabalho e a migração de grandes contingentes populacionais, os determinantes do suicídio parecem modificar-se acompanhando as mudanças sociais. O suicídio, que representa uma das mais importantes questões filosóficas do humano (Camus, 1942), desafia a sociedade contemporânea à reflexão, embora pareça que esta sociedade prefira restringir a explicação do agravo aos problemas de saúde mental e a caracterizar o suicida como um doente.

Talvez, também por isso, o paradigma psiquiátrico passou a ser hegemônico e a depressão entendida como seu principal fator de risco. Esta compreensão encontra subsídios nos inúmeros documentos, guias, protocolos e manuais produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), especialmente depois que passou a considerá-lo como um problema de saúde pública mundial.

O tema suicídio faz parte da agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o final da década de 1960 e o seu monitoramento nessa década apontava para um aumento em suas taxas. Diante destes indicativos, em 1971 a Organização Mundial da Saúde, promoveu uma pesquisa envolvendo 26 países da

Europa com o intuito de comparar as taxas de suicídio entre 1961 e 1969. Os resultados foram apresentados no primeiro documento oficial sobre o tema intitulado “Suicídio e tentativa de suicídio”. Neste, sugeriu-se a realização de pesquisas sobre o tema que pudessem avaliar os determinantes clínicos, sociológicos e psiquiátricos. Neste mesmo documento, pela primeira vez a OMS apontou o suicídio como importante causa de morte (WHO, 1974).

No período de 1950 a 1995 houve aumento de 60% nas taxas de suicídio mundiais, aproximadamente um milhão de mortes e 10 a 20 milhões de tentativas de suicídio, ou seja, uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 3 segundos. Diante desse panorama, no final do século XX, a OMS definiu o suicídio como um problema de saúde pública mundial (WHO, 1999).

Nesta perspectiva, foi lançado em 1999 um amplo programa mundial de prevenção ao suicídio SUPRE (*Suicide Prevention Program*) e em 2002 o projeto SUPRE-MISS no intuito de melhor conhecer o comportamento suicida na população e avaliar diferentes propostas de prevenção e cuidado. Este programa foi desenvolvido de 2002 a 2004 em cidades de cada um dos cinco continentes. Nas Américas, Campinas/SP/Brasil foi a escolhida, e o estudo realizado pelo grupo do Laboratório de Saúde Mental e Medicina (LSMM) do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (WHO, 1999; 2002a).

Como produto do SUPRE a OMS editou e divulgou amplamente manuais de prevenção ao suicídio voltados para profissionais da atenção primária em saúde, para profissionais médicos clínicos gerais, para familiares de pessoas que se suicidaram (sobreviventes) e para profissionais da mídia (WHO, 2000a; WHO, 2000b; WHO, 2000c; WHO, 2000d).

No ano de 2001, a OMS focou o tema da saúde mental e o impacto dos transtornos mentais na morbimortalidade global. Foi elaborado um relatório que aponta para uma nova concepção na compreensão, prevenção e tratamento dos transtornos mentais, psicossociais e neurobiológicos, entre eles, os associados ao suicídio. Enfatiza o direito à prevenção, tratamento e ao controle destes transtornos através do acesso a atenção integral, cientificamente subsidiada e voltada para as reais necessidades do indivíduo, família e comunidade. Também sugere ações no âmbito social e político que contribuam para a diminuição do estigma e do tabu que

historicamente têm dificultado a identificação precoce do problema e a busca oportuna de atenção qualificada (WHO, 2001).

No ano seguinte, a OMS divulgou novo documento intitulado “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” apontando o século XX como o mais violento da humanidade com consequências desastrosas para a saúde, tanto em termos de mortalidade como de morbidade. Desta forma, insere na agenda da saúde pública mundial responsabilidades, tanto no reconhecimento das causas e consequências da violência para a saúde como no desenvolvimento de estratégias voltadas a prevenção deste mal. As violências auto infligidas, entre elas o suicídio, são tratadas em um capítulo específico por serem reconhecidas como um tipo importante de violência na atualidade (WHO, 2002b).

Em seu último informe a OMS alerta para a urgência da prevenção do suicídio a nível mundial, apresenta as taxas de suicídio de seus 172 estados-membros na série histórica de 2000-2012, além de descrever algumas experiências exitosas de prevenção ao suicídio em diferentes países do mundo. Decorridos cem anos da publicação de *O Suicídio* (Durkheim, 1982) e quarenta anos das primeiras iniciativas da OMS na busca da compreensão desse fenômeno, pela primeira vez registra-se decréscimo no número de suicídios em nível mundial (WHO,2014a).

Mesmo assim, o suicídio continua sendo um importante problema de saúde pública no mundo, mantendo as maiores taxas entre os países de renda alta, mas, com mais da metade das mortes entre os de renda média ou baixa. Em função disso, a OMS em seu Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020, sugere aos seus estados-membros a prevenção como prioridade, propondo aos mesmos, reduzir as taxas em no mínimo 10% até 2020 (WHO, 2013a).

No final de 2005, o Ministério da Saúde do Brasil constituiu um grupo de trabalho para formular estratégias de prevenção ao suicídio no país. Este esforço resultou na formulação de Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em todo o território nacional através da Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006 (Anexo I), o que de certa forma demonstrou o reconhecimento oficial do suicídio como problema de saúde pública no país (BRASIL, 2006).

Diferente de outros 28 estados-membros da OMS que já implantaram seus planos de prevenção ao suicídio, o Brasil ainda aguarda, desde 2007, a finalização do Plano Nacional de Prevenção, que após regulamentado, poderá através de

financiamento próprio garantir a implementação de ações de prevenção no âmbito da saúde pública (BOTEGA, 2007; 2015).

O interesse científico pelo tema do suicídio no Brasil surgiu na década de 1990, mas foi especialmente após a participação do grupo de pesquisadores da UNICAMP/SP no SUPRE-MISS em 2002, que se passou a produzir maior quantidade de pesquisas sobre o tema no país. Essas pesquisas apontam para uma grande diversidade nas taxas dentro do país, desde regiões com baixa mortalidade até territórios e grupos populacionais com taxas comparáveis às mais elevadas do mundo. Entre estes, destacam-se os jovens das grandes cidades, os indígenas do centro oeste e norte e os agricultores de pequenas e médias cidades do interior do Rio Grande do Sul (ABP, 2009).

Entre 2010 e 2014 foram publicados em revistas científicas internacionais, duzentos artigos de estudos brasileiros relacionados ao suicídio, demonstrando a importância do tema no meio acadêmico do país (BOTEGA, 2015).

3.2 EPIDEMIOLOGIA: O SUICÍDIO EM NÚMEROS

“Então, sobrevivo a mais um dia de espera, e dor. E perdas. As recentes, feridas com sangue vivo: minha casa, profissão, amigos, cidade, segurança, e meu único filho, Lucas. (Que tem seis anos e não consegue me entender) Perdas antigas: quase esquecidas, mas agora reavivadas, e cheias de pus; o tempo as infeccionou, e nem sabia: a morte de minha mãe; de meu pai; a morte de meu irmão, pois de certa forma, embora viva [...] ele também morreu” (LUFT, 1987, p.21).

Apesar de um único suicídio ser suficientemente trágico para justificar uma investigação científica na busca de sua compreensão, o papel da epidemiologia é o de estudar a distribuição populacional deste evento.

Observando a frequência de um determinado evento comparando-o entre diferentes territórios e ao longo do tempo no mesmo território, utilizando cálculos de taxas e análises estatísticas para avaliar possíveis associações entre variáveis, a abordagem quantitativa, por permitir generalizações, é capaz de apontar tendências e regularidades e auxiliar no planejamento, avaliação e proposição de políticas públicas voltadas à prevenção e ao controle do evento estudado. Para isso, necessita de dados numéricos oriundos de pesquisas populacionais; demoradas e de alto custo; ou de pesquisas em banco de dados oficiais; mais econômicas e

rápidas, desde que estas informações estejam disponíveis e sejam representativas da realidade.

A primeira pesquisa quantitativa sobre o suicídio que se tem registro foi o estudo ecológico realizado no final do século XIX por Durkheim com dados dos suicídios ocorridos entre 1841 e 1872 na França, Inglaterra e Dinamarca e nos Reinos da Prússia, Baviera e Saxônia, neste período, Império Alemão (DURKHEIM, 1982).

O estudo de Durkheim mostrou maiores taxas de suicídio em homens, pessoas sem filhos, solteiros, viúvos ou separados e protestantes. A associação de variáveis baseada em dados de agregados humanos e não em dados individuais possui um fator limitante denominado “falácia ecológica”, que significa, atribuir equivocadamente aos indivíduos um fator de risco ou de exposição que foi originado de dados populacionais. Mesmo assim, os estudos ecológicos permitem operar com grande número de dados já coletados e estudar os efeitos de programas ou intervenções que atingem a população como um todo. Apesar das críticas recebidas a este aspecto de seu trabalho, até hoje os achados de Durkheim continuam sendo válidos e o método do estudo desenvolvido por ele segue sendo aplicado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulga regularmente relatórios de dados oriundos dos sistemas de notificação de morbimortalidade de países informantes. Em relação às mortes por suicídio, nos anos 60 a OMS se deparou com diversos problemas, como: sub registros de óbitos nos bancos de dados, sistematização deficiente dos dados e a diversidade nos critérios de classificação deste tipo de óbito nos diferentes países. A Suécia e a Finlândia que contavam com sistemas de informações minimamente organizados desde o século XVIII alertaram em 1969, que as taxas de suicídios se encontravam em constante elevação.

A partir deste cenário, a OMS organizou em 1971, a primeira pesquisa sobre suicídio envolvendo 26 países europeus cujos registros de óbitos eram considerados confiáveis. Os resultados apontaram incremento das taxas na maioria deles e mortalidade masculina três vezes maior que a feminina. Neste momento Hungria, Finlândia, Áustria, Suécia e República Federal da Alemanha apresentaram as taxas mais elevadas e Holanda, Itália, Escócia, Grécia e Irlanda as mais baixas, variando de 48/100.000 a 2/100.000 habitantes (WHO, 1974).

Com o passar dos anos, os registros sistemáticos de eventos vitais e os sistemas de informação foram sendo ampliados e qualificados resultando no

aprimoramento dos dados quantitativos sobre o suicídio em nível populacional, o que resultou na maior produção de estudos epidemiológicos sobre o tema.

Porém, mesmo na atualidade, ainda há subnotificação de óbitos por suicídio em muitos países. Alguns óbitos são registrados como acidentes, como mortes por causas indeterminadas ou outras mortes violentas. Isso se deve, entre outras razões, ao preconceito e vergonha enraizado na sociedade que induz os médicos a não colocar a causa mortis para proteger as famílias até da dificuldade de acessar benefícios gerados por seguro de vida (BAHLS e BOTEGA, 2007).

Em um estudo, tipo série histórica, iniciado em 1950 com dados de 21 países, a OMS avaliou a mortalidade mundial por suicídio até 1995, quando já contava com dados de 105 países. Nestes 45 anos foi possível observar um aumento de 60% nas taxas que passaram de 10/100.000 em 1950 (16 em homens e 5 em mulheres) para 16/100.00 em 1995 (24 em homens e 7 em mulheres). A razão de masculinidade se manteve constante com leve incremento passando de 3:1 em 1950 para 3,6 :1 em 1995 em todos os países notificantes, exceto na China, onde as mulheres da zona rural apresentaram taxa mais elevada do que a dos homens (WHO, 1999).

Neste mesmo estudo, comparando a mortalidade por suicídio da Alemanha com a do Brasil, percebe-se que no país europeu as taxas foram cinco a seis vezes maiores do que as brasileiras. Na Alemanha, ao final da Primeira Guerra Mundial e após a Grande Depressão foram registradas grandes frequências de suicídios. Apesar de apresentar taxas elevadas quando comparadas as brasileiras, nunca se destacou no cenário europeu por este aspecto. No início da década de 1980 apresentava taxa de 24/1000.000 que diminuiu para 12,3/100.00 em 2010 (HEGERL et al., 2013).

Outro estudo da OMS mostra que apesar de ter havido um decréscimo nas taxas alemãs, elas permaneceram elevadas quando comparadas as brasileiras. No Brasil a mortalidade por suicídio manteve-se estável de 1980 a 1990, com taxas que variaram de 3,3/100.000 a 3,5/100.000 (WHO, 2001).

No ano de 2015 o escritor e historiador alemão Florian Huber descortinou um capítulo da história do III Reich ainda não totalmente conhecido que mostra como a população alemã reagiu diante da frustração nos últimos dias e anos após a derrota do país na II Guerra Mundial. No livro intitulado "*Kind, versprich mir, dass du dich nicht erschiesst*" "Criança, prometa-me que não vais te suicidar", o historiador revela que o suicídio de Hitler não ficou restrito somente a cúpula nazista, como se

acreditava até então. Ele intitula de “histeria coletiva de suicídios” o que ocorreu na Alemanha a partir de janeiro de 1945. Ressalta que foram dezenas de milhares de suicídios em todo o país. Somente em Berlim mais de 6 mil pessoas se suicidaram, em Demmin na Pomerânia Ocidental em três dias quase mil pessoas se mataram. Mães e pais matavam os filhos para depois se matar. Para Huber a epidemia de suicídios não ocorreu apenas por medo dos soviéticos, mas também pela sensação de vazio, como se o mundo estivesse acabado, conforme descreveu em carta Magda Goebels que se suicidou depois de matar os seis filhos: “A vida no mundo que vai chegar depois do Fhürer não vale a pena” (MAGALHÃES-RUETHER, 2015).

Em pesquisa recente que investigou por que as taxas de suicídio na Alemanha que vinham decrescendo de 1991 a 2006, apresentaram pequena elevação de 2007 a 2010, os estudiosos, entre outras hipóteses, acreditam que o suicídio de Roberth Enke, goleiro de futebol e a consequente divulgação nos meios de comunicação tenha sido o principal fator responsável por esta mudança na tendência histórica do evento. Para os autores, o suicídio da celebridade pode ter desencadeado a ocorrência de outros suicídios por contágio ou imitação (HEGERL et al, 2013).

Em 1950, a maioria dos óbitos por suicídio (56%) no mundo ocorria entre pessoas de 35 aos 45 anos, já em 1995 a faixa etária mais atingida (53%) foi a de pessoas mais jovens (15 a 25 anos). Em 2001, o suicídio ocupava a terceira causa de óbito entre adultos jovens no mundo (15 a 34 anos) passando a segunda causa em 2013. Isso significa, entre outras coisas, um enorme e crescente impacto social provocado pelas mortes prematuras (WHO, 1999; 2001; 2013b).

Estudo mundialmente reconhecido avaliou o impacto das mortes de pessoas de 15 a 29 anos por suicídio e apontou que em 1990 perderam-se 898 milhões de anos de vida, o que coloca o suicídio entre as primeiras causas de Anos Potenciais de Vidas Perdidas (APVP) tanto nos países ricos do norte quanto nos pobres do sul (MURRAY e LOPEZ, 1996).

Comparando taxas de suicídio entre os países encontrava-se até a década de 1990 as mais elevadas na Escandinávia (Suécia, Finlândia, Noruega, Dinamarca) e nos países da Europa Ocidental (Áustria, Suíça, Alemanha, Bélgica, Hungria, França, Itália, Portugal, Espanha, Holanda, Irlanda, Grécia). As taxas europeias, a princípio elevadas, foram declinando ao longo do século XX, com exceção dos estados da antiga União Soviética (LEVI et al., 2003). Nos dez anos finais do século

passado e iniciais do século XXI as taxas mais elevadas foram registradas na Europa Oriental (Lituânia, Cazaquistão, Rússia, Bielorrússia, Ucrânia) em alguns países da Ásia (Coréia do Sul, Sri Lanka, Índia) e na América Latina (Guiana, Suriname, Chile, Bolívia, Uruguai) e taxas intermediárias nos Estados Unidos, Japão, Austrália e países da Europa Central (entre 8 a 16/100.000) (WHO, 2014a; BOTEGA, 2015).

Na primeira década do século XXI, registrou-se um decréscimo de 9% no número absoluto de suicídios no mundo e de 26% nas taxas, apresentando em 2012 uma taxa anual mundial ajustada para a idade de 11,4/100.000 habitantes (15,0 entre os homens e 8,0 entre as mulheres) que representou 804.000 mortes por suicídio neste ano. Esta mudança apresentou grandes variações entre os países, desde diminuição de 69% nas Maldivas até aumento de 270% no Chipre e acompanhou a queda de 18% nas taxas de óbitos por todas as causas (WHO, 2014a).

Mesmo assim, em 2012, o suicídio representou 1,4% do total de mortes e a 15ª principal causa de morte em todo o mundo. O suicídio é a segunda causa mundial de morte entre as pessoas de 15 a 29 anos ultrapassado somente pelos acidentes de trânsito. Mais da metade das mortes violentas no mundo devem-se ao suicídio (50% entre os homens e 71% entre as mulheres).

Em seu último informe a OMS alertou para a urgência da prevenção do suicídio a nível mundial apresentando as taxas de suicídio entre os anos de 2000 a 2012 de seus 172 estados-membros. Destes, somente 60 possuíam à época, dados de mortalidade considerados confiáveis.

A Tabela 1 foi elaborada a partir de informações dos dez países com maiores taxas e de outros países considerados importantes pela autora para o contexto deste estudo.

Tabela 1- Óbitos, taxas padronizadas e variação percentual do suicídio em países, segundo posição mundial, 2000-2012.

| Posição | País | Óbitos 2012 | Taxa 2000 | Taxa 2012 | Δ % |
|---------|---------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | 2000-2012 |
| 1º | Coréia do Sul | 17.908 | 13,8 | 28,9 | 109,4 |
| 2º | Lituânia | 1.007 | 44,9 | 28,2 | -37,2 |
| 3º | Suriname | 145 | 19,8 | 27,8 | 40,4 |
| 4ª | Cazaquistão | 3.912 | 37,6 | 23,8 | -36,7 |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------|------|------|-------|
| 5ª | Rússia | 31.997 | 35,0 | 19,5 | -44,4 |
| 6º | Hungria | 2.519 | 25,7 | 19,1 | -25,8 |
| 7º | Japão | 29.442 | 18,8 | 18,5 | - 1,9 |
| 8º | Bielorrússia | 2.051 | 35,5 | 18,3 | -48,4 |
| 9º | Ucrânia | 9.165 | 29,8 | 16,8 | -43,6 |
| 10º | Letônia | 419 | 29,0 | 16,2 | -44,2 |
| 21º | Chile | 2.262 | 12,2 | 10,7 | 14,3 |
| 22º | Estados Unidos | 43.361 | 9,8 | 12,1 | 24,2 |
| 23º | Uruguai | 469 | 14,7 | 12,1 | -17,9 |
| 26º | Cuba | 1.648 | 14,6 | 11,4 | -21,9 |
| 33º | Alemanha | 10.745 | 11,1 | 9,2 | -17,0 |
| 48º | Brasil | 11.821 | 5,3 | 5,8 | 10,4 |

Fonte: Dados WHO, 2014a.

O leste europeu lidera o ranking dos suicídios nas últimas décadas, tendo havido um incremento expressivo após a queda da União Soviética, quando se agudizaram os problemas sociais e de trabalho. A maioria das pessoas que se suicidaram em 2012 (75,5%) são dos países de renda média e baixa. Neste ano ocorreram 102.000 suicídios em países ricos e 607.000 em países pobres. Na Índia e China, devido à baixa qualidade dos dados, foi realizada uma pesquisa amostral para estimar este indicador. Os dois países foram responsáveis por 378.805 suicídios, ou seja, quase a metade (47%) de todos os óbitos por esta causa no mundo em 2012, de tal forma que, somente pelo número absoluto de óbitos, o suicídio nestes países constitui um problema grave. O Brasil apresenta situação similar, pois apesar de taxas baixas (33º posição mundial) apresenta elevado número de suicídios, ocupando em 2012 a oitava posição em número de suicídios no mundo (WHO, 2014a).

De acordo com a Tabela 1 pode-se observar que, com a diminuição das taxas alemãs e aumento das taxas brasileiras na primeira década do século XX, a diferença entre os dois países diminuiu, tendo o Brasil, em 2012, maior número de suicídios anuais do que a Alemanha.

Na maioria dos países, as mortes por suicídio superam o total de mortes causadas por homicídio, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis. No Brasil, apesar de 216.211 pessoas terem se suicidado entre 1980 a 2012, este número representa a menor parcela, quando comparado com as outras mortes violentas,

que vitimaram 1.202.245 pessoas por homicídio e 1.041.335 em acidentes de trânsito neste mesmo período (WHO, 2014a; WAISELFISZ, 2014).

Mesmo assim, conforme o mapa da violência no Brasil, os suicídios estão crescendo à sombra dos dois “gigantes” das mortes violentas, apresentado aumento progressivo e constante de 2,7% na década de 1980, de 18,8% na década de 1990 e de 33,3% entre 2000-2012; totalizando nos 32 anos analisados incremento de 62,5%. Das três causas de mortes violentas, o suicídio teve o maior crescimento decenal, superando as mortes por acidentes de transporte (24,5%) e por homicídios (2,1%) (WAISELFISZ, 2014).

Esta e outras pesquisas realizadas no Brasil nos últimos vinte anos identificaram importantes e marcantes diferenças regionais na distribuição do suicídio com taxas mais elevadas nas regiões sul e centro-oeste, em cidades de pequeno e médio porte, e entre homens, idosos e indígenas (LOVISI et al., 2009; MARÍN-LÉON; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

As taxas de suicídio não são homogêneas no país sendo que em algumas cidades e grupos, os coeficientes se aproximam ou são mais elevados do que dos países do leste europeu. Entre 2005-2007 dos 20 municípios brasileiros, com mais de 50.000 habitantes, com as maiores taxas de suicídio, dez eram municípios gaúchos (ABP, 2009).

O Rio Grande do Sul tem se mantido historicamente com os coeficientes mais elevados entre todos os estados, suscitando o interesse de epidemiologistas na identificação de características populacionais do comportamento suicida, enquanto cientistas sociais procuram compreender questões relacionadas à cultura, ao trabalho e ao modo de viver desses grupos (ETGES, 2002; HECK, 2004; MENEGHEL et al., 2004; FARIA et al., 2006; HERZER, 2009; WERLANG, 2013; SANTOS et al., 2015; RIBEIRO et al., 2016).

De 2002 a 2012 o número absoluto de suicídios no Rio Grande do Sul sempre esteve acima de 1.000 casos por ano ou aproximadamente três mortes/dia, com crescimento de 14% neste período (WAISELFISZ, 2014).

Estudo que analisou as características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul no período de 1990 a 1999 constatou tendências crescentes em suicídios masculinos e decrescentes nos femininos. Maiores taxas foram encontradas em homens, pessoas viúvas e agricultores. As taxas aumentaram

segundo grupo etário, sendo maiores em idosos, embora nos últimos anos do estudo houve uma tendência de aumento nos adultos jovens (MENEGHEL et al., 2004).

O mesmo grupo de pesquisadores em estudo ecológico que envolveu as 35 microrregiões do estado buscou estabelecer relações entre taxas de suicídio, aspectos socioeconômicos e práticas agrícolas como a fumicultura onde o uso de agrotóxicos seria intenso, a partir da hipótese que poderia haver relação entre a cultura do fumo e a mortalidade por suicídio. Embora as taxas de suicídio tenham sido mais elevadas nas regiões produtoras de fumo, estas não apresentaram associação estatisticamente significativa, quando ajustadas para fatores socioeconômicos e para a estrutura agrícola da fumicultura (FARIA et al, 2006).

Outros autores no Rio Grande do Sul buscaram associações do suicídio com etnia e religião. Uma dessas pesquisas foi realizada na pequena cidade de Santo Cristo, situada no noroeste do estado e colonizada por imigrantes e filhos de imigrantes alemães católicos oriundos das colônias velhas alemãs (São Leopoldo e Santa Cruz do Sul). O município em 1980 possuía 15.314 habitantes, destes 79% na zona rural. Foram analisados os óbitos de um período de 30 anos (1960-1990) que totalizaram 57 suicídios registrados, sendo que neste período somente em dois anos não foram registrados óbitos. Foi possível observar aumento no número ao longo do tempo, 13 suicídios na década de 60; 17 na década de 1970 e 27 na década de 1980 (HECK, 1994).

Outra pesquisa relacionada ao tema foi realizada no município de Feliz, localizado no Vale do Caí, também de colonização alemã, cuja população em 1980 era de 13.305 pessoas e 70% em zona rural. Foram pesquisados os boletins de ocorrência policial no período de 1960 a 1980 e encontrados 21 homicídios e 38 suicídios, destes, 20 óbitos na década de 1960 e 18 na década de 1970. Nos 20 anos analisados em somente quatro anos não houve morte por suicídio. A maioria dos casos foi em homens, agricultores, moradores da zona rural, de religião protestante e utilizaram como método o enforcamento (HERZER, 2009).

Mais recentemente foram calculadas as taxas médias de suicídio para os 526 municípios gaúchos no período de 2000-2010. Em somente 14 municípios não houve registro de suicídio no período estudado. Os trinta municípios com as taxas mais elevadas (61,4/100.000 a 27,3/100.000) eram pequenos, com população média de 4.000 habitantes e 60% da população residente na zona rural. A autora sugere

que as altas taxas de suicídio nos pequenos municípios gaúchos se devem a “desruralização” do campo causada pelo avanço capitalista das indústrias que descaracterizaram e tornaram precárias as relações de trabalho, tornando o meio rural um espaço de risco propício à instalação do sofrimento mental, da depressão e do suicídio (WERLANG, 2013).

Importante salientar alguns equívocos que podem ocorrer em análises quantitativas quando as mesmas não padronizam a população e não levam em conta o tamanho das mesmas. Sabe-se que um único caso de suicídio em uma população pequena pode resultar numa taxa ilusoriamente muito elevada e que não possui relevância epidemiológica. Uma estratégia para evitar essas distorções é a de comparar os municípios segundo o tamanho, classificando-os em estratos. Outro elemento importante é a padronização das populações para eliminar diferenças devidas à estrutura etária de cada território.

Os estudos epidemiológicos realizados acerca do suicídio até a atualidade também procuraram identificar características ou fatores individuais presentes ou ausentes nas pessoas que se suicidaram, para que este conhecimento, contribua no embasamento de estratégias mais adequadas para lidar com este fenômeno complexo nos diferentes países. Segundo a OMS o suicídio é determinado por múltiplos fatores que se combinam de maneira complexa e variável resultando no aumento da vulnerabilidade individual. A forma como cada pessoa lida com os eventos dolorosos e estressantes da vida pode intensificar ou atenuar a ação destes fatores (WHO, 2014a).

3.2.1 Fatores protetores para o suicídio

São reconhecidos como fatores protetores para o suicídio características socioculturais, de personalidade, de estilo cognitivo e de estrutura familiar apresentadas por alguns indivíduos, como: boa capacidade cognitiva, flexibilidade emocional e integração social que, segundo a OMS, possivelmente os colocará em menor risco de suicídio do que as pessoas que apresentam condutas mais rígidas e são isoladas socialmente. Os fatores protetores são ainda pouco estudados, complexos em sua definição e difíceis de serem avaliados (WHO, 2014a).

O cultivo e a manutenção de sólidas relações pessoais são fatores essenciais como protetores do suicídio. O círculo social de uma pessoa, como os companheiros,

familiares e amigos, com quem mantém relações estreitas e sadias, podem aumentar a capacidade de recuperação pessoal, especialmente nos períodos de crise. Apoio social, emocional e financeiro pode diminuir a repercussão de fatores estressantes externos, inclusive no caso de traumas de infância. Os adolescentes e idosos por seu alto grau de dependência, são os mais beneficiados quando podem contar com este apoio (SARCHIAPONE et al., 2011).

Algumas outras características pessoais parecem auxiliar na proteção ao suicídio, como: estabilidade emocional, otimismo, identidade pessoal desenvolvida, boa autoestima, competência pessoal e capacidade de resolver problemas e de pedir ajuda quando necessário. Estas características ajudam a enfrentar as dificuldades da vida e os traumas e eventos estressantes, especialmente os vividos na infância (LUTHAR, 2003). Para Bertolote (2004) esta capacidade e habilidade social de alguns indivíduos em resolver problemas reduzindo o impacto das adversidades e contrabalanceando o peso de alguns fatores de risco chama-se resiliência emocional. Também estilos de vida saudáveis que contribuem na promoção de bem-estar físico e mental são importantes fatores protetores, como: prática frequente de exercícios físicos e esportes, alimentação e sono adequados, manejo eficaz do estresse e reavaliação sobre a repercussão do uso de álcool e drogas na saúde (DAVIDSON et al., 2013; SARCHIAPONE et al., 2014).

Assim como a existência de uma única causa ou situação de risco geralmente não é suficiente para explicar um ato suicida, a existência de um ou vários fatores protetores não garante que o suicídio seja evitado (WHO, 2014a).

3.2.2 Fatores de risco para o suicídio

A intensidade e a duração de algumas situações de risco produzem diferentes impactos ao longo do ciclo vital e podem ser enfrentados tardiamente e percebidos somente em situação de crise. Estas situações acumuladas ao longo da história do indivíduo constituem fatores de risco distais ou predisponentes e os derivados de situações recentes são consideradas proximais ou precipitantes.

Entre os fatores predisponentes encontram-se: transtornos psiquiátricos, tentativa prévia de suicídio, internação psiquiátrica anterior, história de suicídio na família, abuso sexual na infância, isolamento social, personalidade impulsivo/agressiva e vivência de doença incapacitante/incurável. Também pode se

considerar a situação de violência nas diferentes etapas do ciclo vital como uma situação que pode levar ao suicídio (MENEGHEL et al., 2015). Os fatores precipitantes mais encontrados são: embriaguez, separação conjugal, desilusão amorosa, conflitos relacionais, perda de emprego, falência, desonra e acesso fácil a meios letais (BOTEGA, 2015).

Um dos problemas do uso da terminologia “fator de risco” é a de colocar em uma mesma dimensão, “fatores culturais” que representam condições amplas ou o contexto onde a pessoa vive a vida e “fatores individuais”, como o uso de álcool e drogas, que podem representar apenas uma condição anódina frente a um determinante distal mais grave.

A OMS em seu último informe sugere um modelo ecológico na classificação dos fatores de risco do suicídio, agrupando-os por áreas para facilitar a identificação de intervenções pertinentes à prevenção. Destaca que não se trata de um modelo único e rígido, sendo que, tanto as áreas como os fatores de risco não se excluem mutuamente. É preciso pontuar também o fato de que para muitos agravos, a maioria dos casos não são oriundos de grupos de risco, mas da população geral (ROSE, 2010).

Optamos pela construção de um Quadro, baseado no modelo sugerido pela OMS com as cinco áreas e seus respectivos fatores de risco, como forma de organizar didaticamente a discussão sobre este tópico (WHO, 2014a).

Quadro 1 - Principais fatores de risco para o suicídio agrupados por área.

| Área | Fatores de risco |
|-------------------|--|
| Sistemas de Saúde | Barreiras para acessar os serviços de saúde Estigma associado com a busca de ajuda psicológica |
| Sociedade | Acesso a meios utilizáveis para se suicidar Informação inadequada pelos meios de comunicação Trabalho precário ou em condições de ‘escravidão’ [acréscimo nosso] Padrões tradicionais de gênero [acréscimo nosso] |
| Comunidade | Desastres, guerras e conflitos Estresse por migração e aculturação Discriminação Traumas ou abuso. Violências de gênero [acréscimo nosso] Cultura alemã [acréscimo nosso] |

| | |
|-------------|--|
| Relações | Isolamento ou falta de apoio social Conflitos relacionais, disputas ou perdas |
| Individuais | Idade, sexo e gênero [acréscimo nosso] Tentativa de suicídio anterior Transtornos mentais Consumo nocivo de álcool Desemprego e perdas financeiras Desesperança Dor crônica Antecedentes familiares de suicídio Fatores genéticos e biológicos |

Fonte: Baseado em WHO, 2014a.

A seguir serão descritos alguns dos fatores de risco elencados no Quadro 1, contextualizando-os através de pesquisas, especialmente aquelas que retratam realidades similares a do cenário deste estudo.

Apesar de o suicídio representar, em última instância, um ato individual, o meio onde o indivíduo vive, assim como as condições da sociedade local, podem tanto protegê-lo como contribuir para seu autoextermínio. Como pontuou Durkheim, o suicídio é um fato social.

O risco de suicídio é maior nos países onde os sistemas de saúde são limitados a ponto de dificultar o percurso e o acesso dos indivíduos, especialmente dos mais vulneráveis na busca de atenção à saúde. Além do mais, a dificuldade em falar do assunto e a inexistência de protocolos para identificar situações de risco fazem com que o problema permaneça invisível inclusive nos serviços de saúde.

No Brasil estudo de âmbito nacional sobre suicídio em idosos encontrou diversas fragilidades na rede de serviços de saúde e assistência social e aponta para a necessidade de atenção específica à pessoa idosa em risco de suicídio e a seus familiares. Para isso é necessário que a rede de serviços e os profissionais tenham além de qualificação técnica, possibilidades de oferecer atenção continuada, humanizada e integral (CAVALCANTE e MINAYO, 2012a; FIGUEIREDO et al., 2012; PINTO et al., 2012).

Em Minas Gerais, estudo sobre pessoas que tentaram suicídio atendidas em serviços de urgência constatou que não há capacitação dos profissionais destes serviços e que os atendimentos são impessoais e desumanizados, havendo

discriminação dos usuários e fragilidades na avaliação psiquiátrica e nos encaminhamentos aos serviços especializados (VIDAL e GONTIJO, 2013).

Em Porto Alegre, tese de doutorado que avaliou as ações de saúde mental desenvolvidas por uma equipe de saúde da família diante de situações de comportamento suicida, destacou a necessidade e a importância do uso de tecnologias relacionais, de produção de vínculo, acolhimento, acesso rápido e cuidado disponibilizado por todos os profissionais da equipe frente a usuários nesta condição (KOHLRAUSCH, 2012).

Outra pesquisa realizada em Porto Alegre buscou compreender o cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida usuários de um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). Ao finalizar sugere que o CAPS deve estar articulado a uma rede intersetorial que envolva a assistência social, a educação, a segurança pública e o Centro de Valorização da Vida (CVV). O estudo destaca o acolhimento, a escuta terapêutica e o suporte, a realização de oficinas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e planos terapêuticos singulares voltados à atenção específica aos familiares dos usuários de CAPS com comportamento suicida (RIBEIRO, 2016).

A manutenção de estigmas relacionados aos problemas de saúde mental, ao comportamento suicida, ao consumo de substâncias psicoativas e conseqüentemente à procura e utilização de serviços e profissionais especializados, ainda representa uma importante barreira na busca dos serviços por usuários e suas famílias que se sentem discriminados e identificados por vizinhos e ou comunidade.

Somado a isso, os homens apresentam risco ainda maior, pois geralmente utilizam menos os serviços de saúde, especialmente os de saúde mental o que retarda o diagnóstico em situações de ideação e tentativas, dificultando desta forma a prevenção do suicídio (RUTZ et al., 1995).

O acesso direto e facilitado aos meios utilizados para cometer o suicídio é considerado um importante fator de risco. Os meios variam de acordo com o contexto geográfico e cultural. Como o ato suicida é caracterizado pela ambivalência entre o desejo de viver e de morrer; a dificuldade em acessar o meio a ser utilizado, pode demandar tempo e esforço necessários para que o indivíduo reavalie sua decisão, significando a diferença entre a vida e a morte (WHO, 2014a).

Estudo no Brasil que analisou os motivos de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devido a lesões autoprovocadas entre 2002 e 2013,

encontrou no Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) o registro de 288 internações/dia no país por estas causas. A região sudeste apresentou a maior proporção de hospitalizações e óbitos hospitalares em sua maioria de homens jovens e causadas principalmente por autointoxicação intencional com medicamentos, álcool ou pesticidas e através de enforcamento (MONTEIRO et al., 2015). Importante salientar que este estudo avaliou somente as internações, não incluindo na análise, os suicídios provocados por meios mais letais, pois neste caso, o óbito ocorre no próprio local, no transporte ou no serviço de emergência, não havendo, portanto, hospitalização.

Já a pesquisa realizada em Campinas/São Paulo entre 1997 e 2001 avaliou de forma mais ampliada estas características e observou que mais da metade dos suicídios ocorreram no domicílio e o principal método usado em ambos os sexos foi o enforcamento, seguido de arma de fogo (MARÍN-LEÓN e BARROS, 2003).

Segundo a OMS (2014a) a restrição do acesso aos meios utilizados para o suicídio é um elemento importante na prevenção, alertando principalmente para o uso de armas de fogo. Países que elaboraram políticas de restrição ao armamento da população observaram diminuição de mortes violentas, suicídios e homicídios. Políticas de restrição devem ser baseadas no conhecimento dos métodos mais usados no local e implementadas através de ação cooperada entre diversos setores da sociedade, como desarmamento, uso racional de agrotóxicos e de medicamentos.

Na América Platina, que compreende o Uruguai, norte da Argentina, Paraguai, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, o enforcamento apresenta-se como uma peculiaridade cultural. Estudo antropológico relaciona este modo de morrer à cultura patriarcal e agropastoril, em que o “gaúcho” considerado uma espécie de “centauro dos pampas”, um cavaleiro encarregado do cuidado de rebanhos nas planícies e coxilhas da região, tendo o “laço” como ferramenta para as lides campeiras e o cuidado com os animais, ao envelhecer precisa defrontar-se com a perda de potência e virilidade. Neste momento, apeia do cavalo e usa o “laço” que era instrumento de trabalho e de doma para enforçar-se, expressando o seu mal-estar frente ao mundo (LEAL, 1992).

A maneira utilizada pelos meios de comunicação para divulgar informações acerca de casos de comportamento suicida pode aumentar o risco de suicídio através da imitação, especialmente quando o alvo da notícia é uma figura pública.

Esse fenômeno de contágio é conhecido como “Efeito Werther” pois na Alemanha do século XVIII ocorreu uma epidemia de suicídios desencadeada pelo suicídio de Werther, o herói jovem do livro de Goethe. Isso pode ocorrer, quando há divulgação sensacionalista com detalhamentos do método, divulgação de imagens e da possível motivação do suicídio, que dependendo do contexto, pode ser entendida como uma justificativa aceitável e normal para este comportamento. Atualmente o uso inadequado da internet também pode estimular, incitar, orientar os meios e até mesmo transmitir pessoas se suicidando em tempo real (WHO, 2014a).

Desde o primeiro estudo realizado pela OMS no final da década de 1960 já se afirmava que as taxas de suicídio apresentavam grandes variações entre países, regiões e comunidades apontando para a importância do contexto local e regional na determinação do suicídio. Em todo o mundo, diferentes fatores culturais, religiosos, legais e históricos têm auxiliado na compreensão do contexto social que modula o risco de suicídio (WHO, 1974, 2014a). Estes fatores de risco tornam-se mais evidentes em populações e indivíduos expostos a algumas situações específicas, citadas a seguir.

As situações de desastres naturais (enchentes, terremotos, ciclones, vulcões), guerras e conflitos civis que ameaçam ou destroem a integridade física e emocional das pessoas e comunidades podem aumentar o risco de suicídio. Por outro lado, quando a coesão social é percebida como urgente e necessária, após tragédias e desastres, as pessoas se unem e a frequência de suicídios diminui. Essa situação varia muito entre os grupos, o que impossibilita conclusões definitivas em relação a este aspecto. Durkheim (1982) identificou situações de desastres e conflitos, em que as pessoas após a tragédia se uniram para enfrentar a calamidade e reconstruir suas vidas e comunidades. Nesse caso, a união produziu um efeito protetor e as taxas de suicídio diminuem.

Em suas primeiras pesquisas a OMS já alertava para a necessidade de novos estudos para investigar as taxas de suicídio entre populações em situação de migração e de deslocamento urbano-rural (WHO, 1974). A relação entre migração e suicídio, percebida através do comportamento de migrantes que levariam consigo, no processo migratório, o comportamento suicida presente no país de origem é considerado atualmente pela OMS como possível fator de risco. Desta foram, se o suicídio está presente em uma cultura ele pode seguir os migrantes em seus novos locais (WHO, 2014a).

Os riscos de suicídio são significativamente mais elevados em alguns grupos considerados vulneráveis em função dos aspectos relacionados aos deslocamentos geográficos e culturais, como povos indígenas, asilados, refugiados, presos, pessoas deslocadas em seus países e migrantes recém-chegados. Essa ideia de que algumas sociedades e culturas seriam mais permissivas com o comportamento suicida estava presente no pensamento de Durkheim, quando comparou diferentes países europeus e descortinou nas regiões de luteranos locais de maior incidência.

Entre os grupos já identificados pela OMS como mais vulneráveis estão os homens jovens de povos nativos, indígenas e aborígenes da Nova Zelândia, da Austrália, do Canadá, dos Estados Unidos e Brasil. Nestes grupos ocorre, em maior ou menor grau, violação de sua autonomia territorial, política e econômica e ainda a negação de sua cultura e idioma. Isso pode levar ao isolamento e discriminação, ressentimento e desconfiança com as instituições sociais e gerar depressão.

No Brasil a maioria dos suicídios de indígenas ocorre em Roraima, Mato Grosso do Sul e Amazônia. Nestes estados, os suicídios de indígenas são muito maiores do que os da população não indígena (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012). Com taxas elevadas, muito acima das taxas brasileiras, o grupo de maior risco entre os indígenas são os homens jovens de 15 a 24 anos, que utilizam o enforcamento e estes geralmente ocorrem de forma sequencial. Como fatores de risco, tem-se: a indefinição do status social em decorrência do término dos ritos de passagem da infância para a adolescência, a perda e desvalorização da identidade, a dificuldade educacional, laboral e relacional para inserir-se na cultura hegemônica, além da violência estrutural a que estas populações têm sido vítimas (LEVCOVITZ, 1998; SOUZA e ORELLANA, 2012).

A dissolução cultural, a pobreza e a precariedade assim como a depressão e o alcoolismo aumentam a vulnerabilidade desta população para o suicídio. Estudo mostra que o suicídio entre indígenas brasileiros já ocorria antes do contato com o homem branco talvez influenciado por crenças culturais e espirituais, porém de forma pontual e não na magnitude dos dias atuais (KROEMER, 1994; FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011).

Apesar da OMS apontar que o risco de suicídio parece aumentar nas populações que vivenciam processos migratórios, são escassos os estudos que enfocam este aspecto. Nos Estados Unidos, um estudo de coorte realizado com amostra nacional representativa de adolescentes latinos (mexicanos, porto-

riquinhos, cubanos e outros) morando no país observou que as taxas de tentativas de suicídio eram menores na primeira geração de imigrantes do que nas gerações posteriores. A primeira geração de imigrantes por ter escolhido enfrentar o estresse da aculturação, tende a superá-lo, pois possui maior capacidade de resistir e, portanto, menos risco de depressão, abuso de álcool e drogas e conseqüentemente de suicídio. O modelo de proteção da cultura latina baseado em amplo suporte familiar e social constitui um fator de proteção, que com o passar do tempo, vai se desfazendo e deixando os membros das novas gerações mais isolados e frágeis frente aos problemas do dia-a-dia em uma sociedade onde são estigmatizados e pouco assimilados (PENÃ et al., 2009).

Em algumas comunidades a discriminação contra grupos populacionais pode ser contínua e sistêmica. As pessoas discriminadas são estigmatizadas, sofrem rechaço e diversas formas de violência o que pode torná-las vulneráveis para o comportamento suicida. Os grupos discriminados podem ser constituídos por pessoas presas ou detidas; homossexuais, bissexuais, transexuais ou intersexuais; pessoas que sofrem *bullying*, *cyberbullying* ou violência entre parceiros íntimos; refugiados, exilados e migrantes.

Pesquisas apontam maior frequência de ideação, tentativas e suicídio em população LGBTTs (BONTEMPO e D'AUGELLI, 2002). As maiores taxas de ideação suicida em pessoas homossexuais ocorrem em países anglo-saxônicos (SKEGG et al., 2003; LOCK; STEINER, 1999; MCANDREW; WARNE, 2004). No Reino Unido, 31% dos homossexuais masculinos tentaram suicidar-se (WARNER et al., 2004); nos Estados Unidos, os homossexuais representam um terço do total dos suicídios (PAUL GIBSON, 1989). No Brasil, observou-se prevalência de 38% de ideação e 20% de tentativa de suicídio em pessoas homossexuais, com prevalência três vezes maior que nos heterossexuais (TEIXEIRA-FILHO e RONDINI, 2012).

O estresse emocional produzido pelos traumas e abusos pode resultar em depressão e comportamento suicida, especialmente nos mais vulneráveis. Os que experimentaram algum tipo de adversidade familiar durante a infância, como: violência física, sexual, psicológica, negligência, violência intrafamiliar e institucionalização, apresentam riscos elevados. Estes abusos sofridos na infância agem de forma cumulativa aumentando o risco de suicídio ao longo da vida. Outros traumas como sofrer torturas, intimidações, crises disciplinares coletivas, também estão associados ao aumento do risco de suicídio.

Estudo multicêntrico sobre saúde da mulher e violência doméstica mostrou que a experiência precoce de violência na infância e na relação conjugal são preditores importantes do suicídio (DEVRIES et al., 2011). A violência contra a mulher pode levar à alteração psíquica e ao suicídio, percebido, como uma maneira de fugir da situação. A relação entre suicídio e a presença de agressão verbal, física e sexual já foi estabelecida e um terço das mulheres que viveram situações de violência pensou na possibilidade de suicídio, ato que ocorre em quase metade das mulheres que tem ideação suicida (ADEODATO et al., 2005).

Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos na perspectiva da saúde pública realizado em 13 municípios brasileiros buscou conhecer o que os idosos pensavam das situações que os levaram a fazer escolhas que colocaram sua vida em risco. Histórias de 27 idosas entrevistadas no estudo revelaram desigualdades e violências de gênero ao longo da vida que culminaram numa velhice destituída de autonomia, sem laços, bens ou referências, produzindo sentimento de vazio e inutilidade em que o suicídio surge como a única saída (MENEGHEL et al., 2015).

A fragilização e a vulnerabilização decorrentes da violência de gênero incluem efeitos permanentes na autoestima e autoimagem, deixando as mulheres com menos possibilidade de se protegerem, menos seguras de seu valor e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte da condição de ser mulher. Assim, a violência doméstica, o abuso sexual e a existência de padrões conservadores de gênero e o sofrimento mental deles decorrente são preditores de autoagressão (DREVIES et al., 2011; HESLER, 2013). Além disso, sabe-se que mulheres expostas às violências, como as que exercem a prostituição, apresentam elevadas taxas de suicídio (HONG et al., 2007).

Desse modo, desigualdades de gênero na vida das mulheres, como desempenho rígido dos papéis de esposa e mãe, falta de poder em relação ao marido, filhos ou familiares, violências (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial, institucional), perpetradas na infância, juventude, idade adulta e na velhice, por pais, parceiros íntimos, filhos, familiares, conhecidos, patrões podem ser fatores que induzem ao comportamento auto agressivo podendo chegar ao suicídio (MENEGHEL et al., 2015).

Um indivíduo desconectado de seu círculo social mais próximo como família, amigos e pessoas significantes, sente-se isolado e muitas vezes deprimido com

sensação de solidão e desesperança. Isso pode acontecer quando não encontra apoio para compartilhar dificuldades e problemas do cotidiano.

A coesão social constitui uma rede que une os integrantes de uma sociedade – indivíduos, famílias, escolas, bairros, grupos culturais - em diversos níveis e a sociedade como um todo. Estas pessoas geralmente compartilham de um propósito único e de um sentimento de segurança e conexão que diminui o risco de suicídio. Estudo sobre suicídio e tentativas em idosos mostrou que o isolamento e a solidão são situações que predispõem o comportamento suicida (MENEGHEL et al., 2012; MENEGHEL et al., 2015).

Tanto os conflitos oriundos de separações e disputas judiciais pela guarda dos filhos como o luto pela morte de um cônjuge, já foram descritos como causadores de sofrimento e de estresse psicológico associados com o aumento do risco de suicídio. Relações familiares conflituosas, especialmente quando há violências, aumentam as tentativas e o suicídio.

Por outro lado, o ato suicida ocasiona desajuste no funcionamento familiar, podendo gerar sentimento de culpa e negação do ato. Os familiares além da dor pela perda do familiar e do luto, costumam manifestar culpa por não terem conseguido evitar o suicídio, angústia e ansiedade por não compreenderem o ato, por sensação de desamparo, ou ainda por revolta em não admitir que o suicida teria motivos para cometê-lo. Desse modo, familiares de pessoas que se suicidaram também estão em risco de suicídio (JIMÉNEZ, 1998).

Os fatores de risco individuais para o suicídio têm sido valorizados em muitos estudos constituindo atualmente um cabedal de pesquisas e dados bastante extensos. No Quadro 1, incluímos sexo, gênero e idade, por considerar que estes aspectos podem gerar vulnerabilidades específicas.

O monitoramento das estatísticas de mortalidade constatou ao longo do tempo que na maioria dos países os homens se suicidam mais, embora as mulheres realizem maior número de tentativas, fato denominado por Silvia Canetto (2008) de “paradoxo do suicídio”.

A razão de sexos tem sido de 3 a 4 suicídios masculinos para cada morte feminina, principalmente nos países ricos, que em 2012 mantiveram a razão de 3,5 suicídios masculinos para cada suicídio feminino. Nos países de economia média e baixa esta diferença é variável, podendo ser menor que 1, como na China, onde as mulheres se suicidam mais que os homens até razões de 4:1 como nos países do

leste europeu: Bielorrússia, Hungria e Ucrânia. Entre 2000 e 2012 a razão de suicídio entre homem/mulher, nos 172 países-membros da OMS, foi de 3,2 com limites que variaram de 0,5 a 12,5 (WHO, 2014a).

Segundo a OMS, diferenças nas taxas de suicídio entre homens e mulheres têm como possíveis explicações as desigualdades de gênero, os padrões de consumo de álcool, as formas de resolver conflitos, o acesso aos meios letais e a diferença entre os sexos na busca de tratamento para transtornos mentais.

Mesmo o suicídio sendo considerado de baixa incidência no sexo feminino, não se deve descuidar do estudo deste agravo entre mulheres, principalmente em sociedades onde a posição da mulher é inferiorizada socialmente, como é o caso da China e Índia. Na China as mulheres se suicidam principalmente em regiões rurais, onde se mantém uma cultura conservadora e a mulher após casar-se deve viver junto à família do marido, que muitas vezes lhe dispensa tratamento rude e lhes exige trabalho incessante. Além do mais, se o primeiro filho é uma menina, ambas passam a ser desconsideradas pelos familiares do marido. Na Índia, onde ainda vigora o costume do dote, pode haver assassinatos conjugais mascarados em suicídio, podendo o marido casar-se com outra mulher e receber novo dote (DREVRIES et al., 2011; YIP; LIU; LAW, 2008).

No Brasil em 2012, a razão entre os sexos encontrada foi de 3,5 suicídios masculinos para cada suicídio feminino, ou seja, neste ano, 78% dos suicídios foram cometidos por homens (WHO, 2014a). No Rio Grande do Sul a razão de suicídios entre homem e mulher aumentou de 3:1 em 1980 para 5:1 em 1999 (MENEGHEL et al, 2004). Outra pesquisa encontrou na microrregião de Santa Cruz do Sul, taxas de 46,2/100.00 em homens para 11,6/100.000 em mulheres, o que resultou numa razão entre os sexos de 4:1 (FARIA et al., 2006).

São considerados fatores de risco para o suicídio de mulheres, casamentos precoces e arrançados, gravidez indesejada, aborto, falta de autonomia sexual e reprodutiva, baixa escolaridade e *status* social, poucas oportunidades de trabalho e dependência econômica do cônjuge ou da família extensa, violência doméstica e abuso sexual (BEAUTRAIS, 2006; DREVRIES et al., 2011). Incluem-se também problemas com a imagem corporal, como o uso estético de próteses de silicone, bulimia e anorexia (BEAUTRAIS, 2006).

Uma das explicações para as diferenças no comportamento suicida de homens e mulheres pautam-se nas diferenças e padrões de gênero. As dificuldades

em cumprir os papéis tradicionais de gênero impostas na cultura, pode se tornar um fator de sofrimento para homens e mulheres. Os homens inseridos na cultura patriarcal são mais sensíveis aos reveses econômicos como desemprego e empobrecimento que pode levá-los a cogitar a possibilidade de suicídio. Os homens mais vulneráveis são os que agem de acordo com a masculinidade hegemônica, pautada nas noções de racionalidade e autocontrole, com dificuldade em expressar as emoções e procurar ajuda em situação de doença ou depressão (CLEARY, 2012; BRAZ, 2005; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

Estudo que realizou autópsia psicossocial com familiares de 51 idosos que se suicidaram em dez municípios de cinco regiões brasileiras relatou que entre as causas referidas ao suicídio destacaram-se: a presença de doenças graves, deficiências e transtornos mentais seguidas de depressão, conflitos familiares e conjugais. Foram encontradas vulnerabilidades de gênero em 13 idosos do estudo; entre os homens, muitos haviam sofrido algum tipo de crise na masculinidade causada por mudança nos papéis de provedores derivados de aposentadoria e de doenças. Para as mulheres a categoria “destino de gênero” foi utilizada para expressar a situação de idosas que não conseguiam mais cuidar de familiares, das atividades domésticas e do trabalho na lavoura, buscando o suicídio como solução (CAVALCANTE et al., 2012b; MENEGHEL et al., 2012).

O modelo veiculado na cultura patriarcal pressupõe que buscar ajuda para os problemas é uma atitude feminina que implica fraqueza e falta de virilidade, limitando as oportunidades masculinas de procurar auxílio médico e psicológico (CLEARY, 2012; BRAZ, 2005; SINGH; BANDEWAR; SINGER, 2009). As menores frequências de suicídio feminino podem ser influenciadas pela maior adesão às crenças religiosas e envolvimento social e comunitário entre as mulheres. Além disso, as mulheres reconhecem mais precocemente os sinais de depressão e sofrimento mental e apresentam maior disposição em procurar ajuda em momentos de crise (STACK, 2000).

Em quase todas as regiões do mundo as taxas de suicídio são mais baixas entre pessoas com menos de 15 anos e mais altas entre as maiores de 70 anos, tanto em homens como em mulheres. No grupo de adultos, homens e mulheres de 15 a 60 anos as taxas variam muito. Em algumas regiões as taxas aumentam proporcionalmente conforme a idade, em outras, há um aumento nos adultos jovens (WHO, 2014a).

Em muitas regiões a diferenças entre as taxas masculinas e femininas mantêm-se durante todo o ciclo vital, mas em outras, a razão entre os sexos altera-se nas diferentes idades. Nos países ricos as taxas de suicídio entre os homens de idade mediana são mais elevadas do que entre os dos países pobres, já nestes, são os adultos jovens e as mulheres idosas que apresentam as maiores taxas quando comparados aos seus pares nos países ricos.

No Brasil, entre os homens as taxas se elevam de acordo com o aumento da idade. No entanto, entre 1980 e 2006, o grupo de adultos (20 a 59 anos) teve uma frequência maior (30%) do que a dos idosos (19%) (LOVISI et al., 2009).

No Rio Grande do Sul, entre 1980 e 1999, as taxas apresentaram aumento gradativo com a idade, sendo mais elevadas após os 70 anos. No entanto, houve uma tendência à juvenilização do evento a partir de 1995 (MENEGHEL et al., 2004).

A adolescência é considerada um período vulnerável ao comportamento suicida e o suicídio em adolescentes ocorre em padrão epidêmico em vários países e regiões (MENEGHEL et al., 2004). Nos Estados Unidos, em 2006, esta foi a terceira causa de morte nesse grupo etário (SCHWARTZ et al., 2010). Na Europa, o suicídio está entre as três principais causas de suicídio entre jovens de 15 a 24 anos de ambos os sexos. Embora na Alemanha, a taxa seja menor que a europeia, o suicídio representa a segunda causa de morte nesta faixa etária (TARCHI e COLUCCI, 2013). No Brasil, o número total de suicídios em adolescentes entre os anos de 1998 e 2008 passou de 6.985 para 9.328, representando um aumento de 33,5% (WAISELFISZ, 2011). Os seguintes fatores podem constituir-se como risco ao suicídio em jovens: isolamento social, abandono, violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, impulsividade, estresse, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente (BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

No Brasil a mortalidade por suicídio em pessoas com mais de 60 anos foi objeto de estudo que apontou esta causa como responsável por 12.913 dos óbitos nesta faixa etária, o que correspondeu a 14,2% do total de suicídios entre 1996 e 2007 no país. Neste período, o Rio Grande do Sul concentrou a maioria dos municípios com as taxas mais elevadas de suicídio em idosos. Entre estes, apenas

seis pequenos municípios brasileiros e gaúchos apresentaram taxas de suicídios em idosos superiores a taxa de Santa Cruz do Sul no triênio 2005-2007 (PINTO; ASSIS; PIRES, 2012).

Em estudo sobre tentativa de suicídio e ideação suicida em idosos, observou-se a presença de doenças físicas e mentais, perdas funcionais, sociais e familiares, vitimização por violência, sentimentos de isolamento e de abandono por parte dos familiares. O isolamento, solidão e rompimento de vínculos familiares levou-os à desesperança e perda da vontade de viver. A desesperança está relacionada com a perda de motivação e de expectativas de uma pessoa diante do futuro. Refere-se a um aspecto do funcionamento mental geralmente acompanhado de depressão (CAVALCANTE e MINAYO, 2015b).

Em todas as faixas etárias a tentativa de suicídio anterior constitui elevado fator de risco para o suicídio que continua mesmo após ter passado um ano da tentativa prévia (BEAUTRAIS, 2003). Apesar de não haver em nenhum país registro de abrangência nacional de tentativas de suicídio, estima-se que o número de tentativas supere o de mortes em pelo menos dez vezes (BOTEGA, 2015). Pesquisas estimaram que de 0,4 a 5% das pessoas tentam o suicídio em algum momento da vida (BERTOLOTE et al., 2005).

Estudo em 13 países europeus encontraram taxas de 69 a 462/100.000 em mulheres e de 45 a 314/100.000 em homens com relação média entre mulheres/homens de 1,5:1 (SCMIDTKE et al., 1996).

As tentativas de suicídio além do significativo impacto social e econômico imediato causado pela utilização dos serviços de saúde e pelo efeito psicológico e social sobre o indivíduo e os familiares também pode ter consequências de longa duração em função de incapacitação ou sequelas do ato suicida (BOTEGA, 2015).

Pesquisa brasileira que avaliou os custos econômicos de tentativas de suicídio graves encontrou resultados significativamente iguais aos custos com pacientes com síndrome coronariana aguda sendo que nas tentativas o custo indireto familiar foi maior. Para permanecer em casa ao lado do paciente, o familiar precisa faltar ao trabalho, o que aumenta ainda mais o custo (SGOBIN, 2015 citado por BOTEGA, 2015, p. 53-54).

Atualmente há muitos estudos que apontam a depressão e os transtornos mentais como os principais determinantes para o comportamento suicida. Pesquisas nos países ricos mostram que em torno de 90% das pessoas que se suicidam

apresentam diagnóstico de transtorno mental. Os outros 10%, mesmo sem diagnóstico definido, apresentam sintomas de sofrimento mental. Na China e na Índia os problemas psiquiátricos estão relacionados a aproximadamente 60% dos suicídios (PHILLIPS et al., 2002; CAVANAGH et al., 2003; RADHAKRISHNAN e ANDRADE, 2012).

Estudos estimam que o risco de suicídio durante toda a vida de uma pessoa portadora de transtorno de humor é de 4%, dos portadores de esquizofrenia de 5%, entre os dependentes de álcool de 7% e àqueles com transtorno bipolar de 8%. Indivíduos portadores de mais de um transtorno têm riscos mais elevados (SCHNEIDER, 2009; NORDENTOFT; MORTENSEN; PEDERSEN, 2011).

A OMS recomenda cuidado diante da afirmação de que os transtornos mentais são importantes fatores de risco para o suicídio. Apesar da depressão, do alcoolismo e dos comportamentos antissociais serem bastante frequentes na população isso não quer dizer que estas pessoas vão se suicidar, ao contrário, a maioria delas não apresentará comportamento suicida em suas vidas.

Também o risco de suicídio é aumentado nas pessoas que consomem nocivamente álcool ou outras substâncias psicoativas. Pesquisa apontou que entre as pessoas que se suicidaram de 25% a 50% apresentavam transtornos relacionados ao consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas. A dependência de maconha, heroína e nicotina foram identificadas como fatores de risco para o suicídio (SCHNEIDER, 2009; WHO, 2014b).

Estudo no sul do Brasil com homens usuários de álcool e outras drogas atendidos em CAPS por tentativa de suicídio, sugere a existência de relação direta entre estes dois fenômenos. Os homens relataram consumo de álcool e outras drogas que iniciou na infância, manteve-se na vida adulta, interferiu no desempenho dos papéis familiares e sociais, rompeu vínculos e tornou a vida solitária e sem esperança levando-os a tentar o suicídio (RIBEIRO et al., 2016).

O risco de suicídio é aumentado no caso de desemprego ou outros revezes financeiros. As recessões econômicas de origem estrutural podem estar associadas ao suicídio quando afetam a estabilidade econômica individual.

O desemprego, principalmente no sexo masculino, pode significar a falência do papel de provedor, exigido em culturas machistas, nas quais se espera que o homem desempenhe o papel de suporte econômico da família (MINAYO, MENEGHEL, CAVALCANTE, 2012).

Na sociedade capitalista, perder o emprego é o mesmo que receber a *marca* da incompetência e, naturalmente, ser relegado à marginalidade social. Além do mais, a culpa pela demissão, corriqueiramente, é transferida ao próprio empregado, levando-o ao desespero e ao suicídio. Quando o suicídio ocorre em chão de fábrica ou local de trabalho, certamente está ligado à questão laboral (DEJOURS e BÉGUE, 2010; SANTOS, 2011; CECCON et al., 2014).

As pessoas que sofrem com dores crônicas apresentam 2 a 3 vezes mais chance de se suicidar do que o restante da população. As doenças acompanhadas de dor, incapacidade física, comprometimento neurológico progressivo aumentam o risco de suicídio, assim como doenças com prognóstico letal ou que produzem mutilações, deformidades e rechaço social (TANG e CRANE, 2006).

O suicídio de um familiar, amigo ou de alguém próximo é um fato devastador para a maioria das pessoas e pode exercer influência permanente em suas vidas tornando-as mais vulneráveis aos transtornos mentais ou ao suicídio. Pela natureza da morte, a família além do luto, precisa conviver com a vergonha, a raiva e a culpa. O estigma pode romper com os apoios sociais costumeiros e afastar a possibilidade de pedir ajuda e até mesmo inibir outras pessoas a oferecer auxílio (JORDAN e MSINTOSH, 2011).

Durkheim já assinalava no estudo sobre o suicídio, que o risco de autoagressão aumenta em situações sociais de “anomia”. Ele considerou a anomia um tipo de situação social que enfraquece a integração entre as pessoas, fazendo com que elas se sintam isoladas e sem pertencer ao grupo ou comunidade, sem referências e sem amparo de redes ou instituições (DURKHEIM, 1982).

Enfim, inúmeros fatores de proteção e especialmente de risco para o suicídio já foram identificados e estudados, mesmo assim, este conhecimento está longe de ser definitivo, principalmente se levarmos em conta, que o suicídio é um fenômeno dinâmico, complexo e social, e, portanto, os fatores que o determinam podem sofrer mudanças relacionadas ao período histórico, à cultura e às características de cada população.

3.3 SANTA CRUZ DO SUL: UM MUNICÍPIO GAÚCHO DE “ALEMÃES”

“Numa cidade cujos habitantes eram na maioria descendentes de alemães, o grupo dos ‘brasileiros’, como os chamávamos, era pequeno, perdia-se

entre louras e rechonchudas crianças de pinturas flamengas” (LUFT, 1981, p.25)

Em março de 1848 o governo da recém instalada Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, na época contando com poucos e pequenos povoamentos, estimulou a vinda de imigrantes europeus para:

“[...] trazer exemplos e estímulos onde a agricultura esteja abandonada e conseqüentemente para cidades e povoações que estejam estagnadas; para a manutenção das estradas recentemente abertas; para extinguir os tigres e obrigar os indígenas a procurar as civilizações[...]” RIO GRANDE DO SUL, 1848, p.19).

O processo de intensa urbanização e êxodo rural promovidos pelo avanço do modelo capitalista, na segunda metade do século XIX na Europa, fez com que grandes contingentes populacionais de excluídos da Confederação Alemã, principalmente os artesãos da Pomerânia e os camponeses da Renânia enfrentassem penosa viagem marítima na busca de condições mínimas para trabalhar, plantar e viver dignamente na longínqua e desconhecida América do Sul.

Neste período a Província de São Pedro contava com apenas quatro núcleos populacionais minimamente organizados. Porto Alegre, o maior, que com a instalação, a partir de 1824, do primeiro contingente de imigrantes alemães no Brasil, na atual São Leopoldo, experimentava rápido crescimento e desenvolvimento, também os municípios de Rio Grande, Santo Antônio da Patrulha e Rio Pardo, o maior em extensão, localizado no centro do estado. Com a intenção de estabelecer uma rota entre o pujante comércio do município de Rio Pardo e o recém instalado município de Cruz Alta, nos campos de cima da serra, é que os imigrantes foram instalados, a partir de 1849, na localidade de Picada Santa Cruz.

Nesta região de geografia acidentada do centro da Província, situada entre a depressão do vale do Rio Pardo e os contrafortes da Serra Geral, foram recebidos os primeiros 12 imigrantes. Eram todos oriundos da província prussiana da Silésia, junto ao rio Oder, que a partir de 1944, deixou de pertencer a Alemanha e voltou a integrar a República Popular da Polônia.

Segundo Vogt (2006) os imigrantes que chegaram até dezembro de 1851 receberam gratuitamente 77 hectares de terra, sementes e instrumentos agrícolas, além de subsídios em dinheiro que depois deveria ser devolvido. Deste período até

novembro de 1854, a quantidade de terra recebida pelos recém-chegados diminuiu para 48,4 hectares e as ferramentas, sementes e o transporte do porto de Rio Grande para a colônia continuava por conta do erário público. Aos imigrantes que vieram depois, os 48,4 hectares de terra recebidos deveriam ser pagos no prazo máximo de cinco anos, assim como os 50 mil réis por indivíduo fornecidos pelo governo da Província como forma de auxílio inicial.

Através de carta enviada por um imigrante recém-chegado à sua família, na Alemanha, é possível constatar o exposto acima. Na carta não aparece nenhum relato, no entanto, de vida extremamente precária e desumana na colônia como sugerem alguns historiadores deste período. É possível, no entanto, que este documento tenha sido forjado, por exigência do agente de imigração Sr. Kleudgen, para estimular à vinda de novos imigrantes (VOGT, 2006, p.150):

Nicol Schmidt

Sapateiro em Soehren , COBLENZ

Picada de Santa Cruz, 13 de dezembro de 1851.

Queridos Pais, Irmãos e Cunhados,

Devo comunicar-lhes como fomos. Viajamos 10 semanas da Europa até aqui; a viagem não é tão perigosa e difícil como parece; estamos todos bem, e nos sentimos felizes aqui. Para a viagem pedi emprestados 117 thalers prussianos, dos quais já paguei 92 com os respectivos juros; temos um quinhão de terras, com 200 braças de largura por 800 de fundo, já derrubamos bastante mato e plantamos muito. Ainda não temos muitos animais, rouba muito tempo ter-se muitos animais no início, porque se seria obrigado a mantê-los na cocheira. Tenho uma mula, 1 vaca de cria, 2 porcos e 28 galinhas, e só este ano já lucrei com os porcos 45 thalers e com as galinhas 6 thalers. Minha colônia tem o número 13. Os cunhados João, Jacob e Matias residem perto de mim. Desejaria que todos vocês aqui estivessem, porque aqui tudo é bom; ganhamos também muitos utensílios: arma, pólvora, chumbo, machados, enxadas, serras, formões etc. Durante um ano colhe-se duas vezes: comida e vendida a primeira colheita, já se aproxima a outra, e assim, podem compreender que aqui a gente se alimenta bem, mesmo não recebendo subsídios do governo. Durante 2 anos recebíamos por dia e por cabeça 1/2 franco. Na Alemanha dizem que no Brasil não há pão, mas nós já cosemos o nosso pão há ano e meio; carne temos em abundância, 2 ou 3 vezes por dia; também há muita caça aqui, pegamo-la com cachorros. Quem aqui quer trabalhar progride quem, porém é preguiçoso, que fique onde está, porque trabalhar também se precisa aqui, mas não mais do que na Alemanha. Se um ou outro de vocês quiser vir para cá, entenda-se com o Sr. Kleudgen. Querido irmão Felipe, se puderes vir poderás ganhar um bom pedaço de dinheiro, porque ainda não temos alfaiate. Quero terminar e saúdo meu pai, minha mãe e a todos de coração. ADAM REISZ

Quando deixaram sua terra natal além da fome e da pobreza trouxeram também um intenso sentimento de orgulho alemão. Após anos do cruel domínio napoleônico se iniciava na Confederação Alemã, no período que antecedeu a vinda dos imigrantes, a reconstrução do orgulho germânico como primeiro passo na busca

da unificação de seu extenso território, que acabou ocorrendo em 1871, quando então tornou-se o Império Alemão (CUNHA, 1991).

Este sentimento acompanhou os imigrantes, que chegando aqui, além de não encontrar o “paraíso” prometido, se depararam com uma região inabitada e sem nenhuma infraestrutura. Segundo Cunha (1991) tiveram que abrir picadas na mata densa para a construção de casas, escolas, comércios, além de enfrentar o clima tropical e todo o tipo de doenças e intempéries para finalmente cultivar a terra, colher, organizar a produção agrícola e a troca de mercadorias necessárias à subsistência das famílias.

Trinta anos após a chegada das primeiras famílias já haviam 1.457 imigrantes europeus fixados na colônia, destes, 42,5% oriundos da Pomerânia e 37,8% da Renânia, também da Silésia, Wetsfália e Birmânia além de outras regiões da Confederação Alemã e da Europa. Em 1880 o município já era habitado por 11.000 pessoas, entre imigrantes e seus descendentes.

Cada grupo trouxe na bagagem a história e a cultura de seus antepassados que procuraram perpetuar e adaptar a estas terras tropicais. O associativismo comunitário, as associações religiosas e esportivas (sociedades ginásticas e de lanceiros) foram sendo criadas como forma de driblar as dificuldades materiais e espirituais no novo país, mas também para manter vivos e divulgar os ideais do que consideravam “a pátria mãe Alemanha”.

No levantamento populacional realizado por Carlos Trein Filho em 1879 a colônia de Santa Cruz contava com 67,4% de sua população de religião protestante e 31% católicos. Os evangélicos, por conta das dificuldades, já que no Brasil a religião católica era a única oficialmente aceita, tiveram que construir suas próprias igrejas, trazendo pastores da Alemanha, o que contribuiu para que seu convívio com os brasileiros natos fosse quase nulo.

A religião segundo Cunha (1991) foi sem dúvida, ao menos no princípio, o aspecto mais importante na socialização desta população, que além de igrejas, mantinham separadas e diferenciadas por credo (os evangélicos e os católicos) também as escolas, os cemitérios, os jornais e os hospitais, fato segundo ele, amenizado após o crescimento e a expansão do comércio e da própria colônia.

Como não representavam um grupo homogêneo, os imigrantes procuraram agrupar-se por similaridades não só de religião, mas também de origem, costumes e de dialetos em comunidades fechadas e isoladas criando legítimos guetos.

Os imigrantes também trouxeram uma forte convicção na importância da escolarização para a formação das crianças, fato que demandou além da construção de escolas, a contratação de professores vindos da Alemanha para este fim. Disso decorreu que várias gerações de descendentes além de terem sido alfabetizados na língua alemã e conviverem quase que exclusivamente com sua comunidade étnica, jamais compreenderam e falaram a língua portuguesa.

A imprensa produzida também era majoritariamente em língua alemã, além de livros didáticos, de literatura, jornais e revistas serem constantemente enviados pela Alemanha, assim como, recursos financeiros e materiais para manter o culto à língua mãe entre os emigrados e seus descendentes.

Para Vogt (2000) isso não se deu por acaso. Com a queda do chanceler Bismark em 1890, que havia estado a frente das guerras que unificaram o estado alemão, importantes grupos econômicos passaram a pressionar o novo governo imperial para uma política mais agressiva de expansão colonial voltada a cativar um mercado internacional estável para desaguar seus produtos e obter matéria prima para a crescente indústria. Concorrendo com o imperialismo inglês e norte-americano, entenderam como vital estimular entre os alemães emigrados e seus descendentes, laços sentimentais com a pátria alemã através da manutenção da língua e da cultura germânica. Desta forma os núcleos colônias existentes no sul do Brasil foram alvo de intensa e agressiva estratégia de manutenção do germanismo (*Deutschtum*), considerado imprescindível para frear o processo de assimilação já em curso entre os filhos e netos de imigrantes nascidos no Brasil.

Em função disso, a política germanista acompanhada da ideologia da superioridade racial ariana, manteve seus olhos voltados para o sul do Brasil buscando despertar o sentimento de pertencimento alemão entre seus compatriotas e descendentes através do envio de verbas para a manutenção de escolas alemãs, da igreja luterana, da união das igrejas católicas no exterior, de sociedades recreativas, culturais e ligas alemãs no exterior (VOGT, 2000).

Segundo Grützmann (2003) a matriz ideológica do germanismo está pautada principalmente no pensamento étnico do nacionalismo proveniente de Herder (século XVIII) que influenciou pensadores e filósofos alemães. Para este autor o germanismo se configura num conjunto de ideias ecléticas profundamente influenciadas num período histórico denominado romantismo. Para Meyer (2000) e Seyferth (2004) a preservação deste *corpus* teórico se deu principalmente pela

manutenção da língua alemã, através da qual circulava o bem cultural germânico, ou seja, os costumes, o *ethos* e o modo de ser do povo germânico.

Vinculado a ideia de germanismo consolidou-se no Brasil como forma de expressar a identidade étnica dos imigrantes alemães e seus descendentes o termo teuto-brasileiro (*Deutschbrasilianer*) (VOGT, 2000). A população teuto-brasileira produziu uma representação de identidade cultural, segundo Meyer (2000), pautada no duplo pertencimento - nacionalidade/cidadania. Apesar destas duas palavras em português apresentarem o mesmo sentido, este grupo cultural constituiu para si uma explicação ímpar. O pertencimento político era ligado ao pai (*Vaterland*) e cabia ao Brasil pela concessão da cidadania enquanto o pertencimento nacional cabia à mãe (*Muterland*) representada pela Alemanha e mantida através do aspecto diferenciador da língua alemã na escola, na imprensa, na vida em sociedade e no cultivo das tradições germânicas.

Na literatura da santa-cruzense Lya Luft que viveu na cidade de 1938 a 1957, encontra-se alguns fragmentos, que podem ilustrar esta questão. No livro “A asa esquerda do anjo” a personagem Gisela (em português) ou Guísela (em alemão), filha de pai descendente de alemães e de mãe brasileira, questiona-se todo o tempo sobre sua verdadeira identidade e lugar no mundo. Refere que a avó paterna, Frau Wolf a desprezava pois “era feia, sem graça e nela o sangue da família Wolf deixara de ser absolutamente ‘puro’ ” (LUFT, 1981, p.17, grifo da autora). Sobre o uso da língua alemã e as dificuldades da protagonista neste sentido, a autora escreve:

“Todos falávamos alemão na casa de minha avó, embora, à exceção dela, todos tivéssemos nascido no Brasil. [] esses detalhes não lhe pareciam importante [para Frau Wolf]. Nas lojas, só consentia em ser atendida por balconistas que falassem o seu idioma. [] nenhum deles, exceto talvez minha mãe, suspeitava da extensão da minha dor e do meu medo de jamais vir a pertencer a nada ou a ninguém. Nem nome certo eu tinha. E as coisas que eu pensava e sentia, em que palavras expressá-las: as do alemão ou do português?” (LUFT, 1982, p.20 p.25, p.32).

Em Santa Cruz do Sul, conforme Vogt (2000), quatro elementos foram usados como veículo de (re) produção cultural e de fortalecimento do sentimento de pertença à etnia alemã: a imprensa, a escola, a religião e as sociedades culturais.

Sobre a imprensa Vogt (2000) cita o Jornal *Kolonie* editado em alemão gótico durante cinquenta anos (até 1941), além de outros três jornais locais em alemão que circularam algum tempo, assim como, jornais e almanaques religiosos oriundos de

Porto Alegre onde se concentrava a elite pensante e militante do germanismo na época.

O autor também refere que setores mais cultos da sociedade santa-cruzense lia romances, poesias e obras escritas em alemão. A escritora Lya Luft, é um destes exemplos. De família santa-cruzense de classe média, quando fala, em entrevista, da importância da cultura literária alemã na sua vida, lembra que aos 11 anos decorava longos poemas de Goethe e Schiller. Já traduzia livros infantis na infância por brincadeira. Diz que sua verdadeira profissão é tradutora, pois já traduziu para o português mais de cem livros, entre eles: Virginia Wolf, Reiner Maria Rilke, Hermann Hesse, Doris Lessing, Günter Grass, Botho Strauss e Thomas Mann. Também recorda que os livros que lia na escola vinham da Alemanha (VALENZUELA, 1996; SCHOSSLER, 2004; MOREIRA, 2013)

De acordo com Vogt (2000) as escolas comunitárias de língua alemã que recebiam além de apoio financeiro, também material didático e professores provenientes da Alemanha certamente contribuíram para frear a assimilação e a integração dos descendentes alemães com o restante da população. Em 1922 em Santa Cruz do Sul para alfabetizar e educar aproximadamente 2.500 crianças existiam 34 escolas comunitárias católicas alemãs, 21 educandários comunitários evangélicos e um colégio dos adeptos do Sínodo de Missouri, além de mais cinco escolas independentes. Todas de cunho privado e aulas ministradas exclusivamente em idioma alemão, exceto em duas delas que eram repassadas algumas noções de português.

A igreja católica, única oficial no Brasil neste período, apresentou na região colonial uma característica peculiar. Chamada de “Igreja de Imigração” era baseada nas congregações religiosas, especialmente a dos padres jesuítas, que contava com plena autonomia, sem vínculo maior com a Igreja Católica Apostólica Romana. Preocupados com a “caboclicização” dos descendentes alemães estimularam neste período a preservação da germanidade (SCHALLENBERGER, 2001).

Os pastores da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, na época chamada de Sínodo Rio-grandense, realizavam sua formação acadêmica e religiosa na Alemanha e pregavam em língua alemã fortalecendo a germanidade entre os fiéis, utilizando frequentemente a sentença: “*Kirche und Deutschtum sind auf Leben und Tod miteinander verbunden*” – “Igreja e germanidade estão ligados entre si para a vida e para a morte” (DREHER, 1984).

Para Gertz (1991, p.18), os luteranos do Sínodo de Missouri apregoavam: “se alguém quer cultivar a germanidade, que vá para a Alemanha. Mas se continuar aqui e apegado de todo o coração [...] este cultivo do germanismo exclui o cultivo da brasilidade. Uma pessoa dessas comete pecado”.

Também as sociedades culturais, recreativas e beneficentes tiveram papel importante no estímulo e preservação da germanidade. Bastante ativas congregavam os descendentes em festas, torneios, bailes e competições, inclusive algumas delas contavam com o apoio financeiro e eram filiadas a federações de sociedades germânicas no exterior (KIPPER, 1979).

De acordo com Dreher (1984) a política de preservação da germanidade entre os teuto-brasileiros, incentivada nas colônias durante muitos anos, ao contrário de beneficiá-los, cobrou-lhes um alto preço mais tarde.

Na década de 1920 a preocupação e as necessidades da Alemanha da República de Weimar centraram-se em reparar a imensa dívida pós-guerra e reconstruir o país, e não mais em manter a política de germanismo entre seus emigrados, suspendendo o envio de recursos materiais e financeiros às colônias.

Nos anos de 1930, com a grande depressão e a ascensão do nazismo ao poder, numa Alemanha fortalecida no cenário mundial, o germanismo é ideologicamente reavivado no Brasil. Neste período, viviam no Rio Grande do Sul aproximadamente 600 mil pessoas de origem germânica. Entre eles, aproximadamente 500 filiados e ou adeptos ao Partido Nazista, tendo se constituído também em Santa Cruz do Sul a partir de 1933, uma célula nazista (GERTZ,1991).

Conforme Vogt (2000), em função dos interesses do capitalismo alemão, os nazistas passaram a ser ferrenhos defensores e incentivadores do germanismo nas regiões coloniais gaúchas. Em Santa Cruz o vice-consulado estava encarregado de projetar filmes culturais aos estudantes enaltecendo o nacional-socialismo alemão. As reuniões da célula nazista santa-cruzense eram corriqueiras, abertas a simpatizantes e convidados e anunciadas nos jornais locais. Eventos beneficentes eram realizados pelas mulheres e pela juventude hitlerista na cidade para enviar recursos à Alemanha aos vitimados pelo rigoroso inverno europeu. As atividades nazistas não eram clandestinas e era comum ouvir-se nas ruas da capital do fumo a saudação: “*Hei! Hitler!*”

Desta forma, segundo Vogt (2000) era natural que a população da pequena Santa Cruz do Sul, à época com aproximadamente 55 mil habitantes, 89% vivendo

na zona rural, nutria um sentimento de simpatia e mesmo de euforia pelo nazismo e pelo *Führer*, considerado o grande responsável pela recuperação econômica da Alemanha. Este sentimento em relação ao regime do ditador alemão de Adolf Hitler e seu “puritanismo ariano” também encontrava em terras gaúchas o apoio do autoritário governo de Getúlio Vargas que se interessava pelo “branqueamento” de raças no Brasil.

O alinhamento de ideias se desfez entre os dois governos, quando o Brasil se aliou aos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial, declarando guerra à Alemanha após o ataque alemão a três navios brasileiros. Como consequência o governo brasileiro proibiu a circulação de jornais em língua alemã e o fechamento de escolas onde as aulas não fossem ministradas em português (DREHER, 1984; VOGT, 2000).

A partir desta data, o governo Vargas deu início a uma campanha de nacionalização forçada, que de pronto identificou o processo de isolamento cultural com que os descendentes de alemães se mantiveram por décadas, alheios à realidade brasileira e identificados às questões políticas, econômicas e sociais da Alemanha, o “enquistamento étnico”, denominado pelas autoridades brasileiras como o “perigo alemão”, que passou a ser combatido veementemente. Em função disso, foi proibido no país de forma categórica o ensino da língua alemã e a fala do idioma, inclusive no interior das casas, assim como, o culto da religião evangélica, iniciando com isso, um difícil período aos descendentes de alemães.

Novamente a literatura de Luft pode ser usada para ilustrar esta fase na vida da menina Gisela, protagonista de “A asa esquerda do anjo”, como:

“Estávamos em guerra naquele tempo[...] meu pai ouvia rádio na sala, uma voz frenética berrava em alemão...sinto o mal-estar na família. [...] não devemos mais falar alemão, ameaçam, uma das empregadas diz que vão nos pôr na prisão. Minha avó afirma que é tudo bobagem...continua usando a sua língua. Meu pai me tranquiliza: “Somos bons brasileiros”, diz. Também acho que somos, meu verdadeiro nome é Gisela, Gisela Moreira Wolf, no seu exílio particular, na sua guerra secreta. [] as explicações eram sempre insuficientes. Pai, o que é nazista? E quem eram judeus?...quem afinal eram os bons, quem os maus? Onde ficávamos nós? Não somos nem uma coisa nem outra, respondia meu pai. Então por que nos envolvíamos tanto? Por que durante a guerra nos tinham proibido de falar alemão? Por que os insultos entre crianças da escola e pessoas grandes?” (LUFT, 1984, p.27- 29).

Segundo Vogt (2000) as ações violentas e repressivas ocorridas durante a campanha de nacionalização contra os que faziam uso do idioma alemão foram inócuas no município e em nada contribuíram para integrar os brasileiros de várias origens étnicas. As marcas profundas e as sequelas deixadas por este processo em algumas comunidades de origem germânica, segundo o autor, precisam ser apreendidas e dissecadas pois acredita que há mais elementos na parte submersa deste *iceberg* para ser averiguado. No entanto, após o término da guerra e a derrocada da Alemanha, as restrições foram revogadas (DREHER, 1984).

Como aspectos positivos da campanha imposta pelo governo de Vargas, Vogt (2000) destaca a implantação de escolas públicas gratuitas na cidade que desonerou as famílias e também a instalação de um batalhão do exército que assim poupou os jovens de se deslocar a outras cidades para prestar o serviço militar obrigatório.

O desejo dos idealizadores da nacionalização, deu-se segundo Vogt (2000), ao longo dos anos, mas de forma natural, através do próprio desenvolvimento da cidade, da construção de estradas, da chegada da televisão às casas, do desenvolvimento do comércio que forçou o intercâmbio entre as populações de diversas origens étnicas levando o uso do idioma português a todos os recantos.

Conforme Vogt (2000) o germanismo em terras gaúchas foi extinto no período pós-guerra principalmente por dois motivos. O primeiro é pelo sentimento de decepção e vergonha dos germanistas quando divulgados os crimes contra a humanidade cometidos pelo nazismo e o segundo é o de que a com a divisão da Alemanha no pós-guerra, a Alemanha Ocidental aliada incondicionalmente aos Estados Unidos não mais nutriu interesse nos descendentes de alemães emigrados para o sul do Brasil. Mesmo assim, o autor destaca que a língua alemã, apesar da proibição durante o Estado Novo, continuou a ser transmitida no interior dos lares, principalmente na zona rural do município.

Passados quase dois séculos da chegada dos primeiros imigrantes alemães, ainda é percebido, especialmente pelas pessoas que vem de fora, a preocupação em manter viva a cultura germânica através das danças, festas típicas, costumes, culinária, mas especialmente através da língua alemã. Esta, continua presente nos diálogos e também no currículo obrigatório de algumas escolas, tanto na cidade como no interior do município, onde ainda é possível encontrar idosos que não falam e não compreendem a língua portuguesa.

Para Cunha (2004) apesar de pequeno contingente de imigrantes alemães vindos ao Brasil, comparados numericamente a outras etnias, a importância germânica na formação e no desenvolvimento do país e especialmente do sul do Brasil não podem ser ignoradas.

A grande prosperidade econômica e as altas taxas de natalidade de Santa Cruz do Sul no final do século XIX e início do século XX contribuíram de forma decisiva para o desenvolvimento econômico, social e cultural da região e também para a expansão populacional e territorial, tanto que os municípios de Vera Cruz, Sinimbu, Herveiras e Gramado Xavier faziam parte, inicialmente, do território de Santa Cruz. O município contribuiu também com a expansão e desenvolvimento de parte do sul do país, pois através de movimentos migratórios, auxiliados principalmente pelos padres jesuítas, os filhos e netos dos imigrantes (2ª e 3ª geração) deslocaram-se para o noroeste do estado e oeste de Santa Catarina e Paraná em busca de novas terras e oportunidades. Os descendentes continuaram a trajetória de expansão e desenvolvimento nas regiões onde se fixaram tanto no aspecto econômico e social como também na manutenção e perpetuação da cultura germânica.

O primeiro passo para esta trajetória desenvolvimentista foi dado quando da chegada em 1849 das famílias pioneiras. Os produtos agrícolas produzidos inicialmente foram àqueles necessários à alimentação, além do fumo em corda. As sementes de fumo trazidas na bagagem dos imigrantes, que também dominavam a técnica de cultivo, somada a fertilidade da terra e ao clima adequado, conferiram ao fumo alta produtividade.

As razões para a região ter ao longo do tempo se especializado no cultivo do fumo se deu, segundo Vogt (2006), por uma necessidade histórica. Segundo o autor, para evitar a concorrência com as mercadorias produzidas nas colônias de São Leopoldo, mais próximas da capital e dos portos, o município encontrou no fumo um produto facilmente acondicionado para o transporte terrestre e que comparado ao feijão, ao milho e a batata apresentava rendimento monetário proporcional ao volume, muito superior aos demais, tendo já em 1865 apresentado superávit na balança comercial do município, contribuindo com parcelas significativas de impostos aos cofres públicos de forma que em 1885 o governo da Província já havia recuperado com folgas todo o investimento realizado na imigração desta região.

Num primeiro momento a produção do fumo supria o mercado interno, mas sua crescente qualidade e especialização, tornou-o competitivo no mercado mundial, fato que alavancou as exportações através do porto de Rio Grande.

Com a produção do fumo amarelo, de melhor qualidade, as famílias mais prósperas iniciaram a manufatura para o abastecimento interno criando as primeiras indústrias fumageiras da região. No final da década de 1960, as prósperas indústrias locais e familiares de charutos, chamaram a atenção do capital estrangeiro. Com a expansão do capitalismo e facilitadas pelo estímulo da isenção de impostos e a abertura do mercado brasileiro, as indústrias multinacionais foram comprando, uma a uma, as indústrias familiares locais, dando início a uma nova etapa de intenso e próspero desenvolvimento econômico do município e região.

A partir dos anos de 1970, Santa Cruz do Sul consolidou-se como importante polo de especialização econômica na área da fumicultura, sendo chamada a partir daí de “capital mundial do fumo”, tendo o capitalismo se expandido de forma desigual no território do município (SILVEIRA, 1997).

Com a instalação e expansão das indústrias transnacionais de fumo houve aumento da área de cultivo na agricultura da cidade e região e importante incremento de empregos nas plantações de fumo. As indústrias por sua vez, ofertaram inúmeros empregos para mão de obra pouco especializada, que segundo Silveira (1997) representavam a força de trabalho excedente da região, o que produziu um enorme movimento migratório de populações urbanas e rurais de municípios da região e da zona rural do próprio município que desencadeou um rápido processo de êxodo rural e uma urbanização acelerada e desordenada da periferia da cidade.

Ocorre que a maioria dos empregos na indústria do tabaco são temporários, mantém-se somente durante o período da manufatura da folha de fumo, ou seja, da safra, fez com que estes trabalhadores passassem a ser denominados como “safristas”. Com o avanço tecnológico e a modernização do processo industrial, estes empregos que nos anos de 1970 a 1980 tinham duração de 8-9 meses, atualmente, no máximo e para a minoria das funções mantém-se por 6 meses. Desta forma o mesmo contingente de vagas novas de emprego abertas em um determinado ano, todos os anos, geralmente bastante divulgado na mídia, é também o de desempregados alguns meses após. Este fenômeno, sem dúvida, contribui para uma enorme instabilidade econômica, social e emocional em um número

significativo de famílias em que um ou todos os seus membros precisam buscar novo emprego para sobreviver no restante do ano e aguardar a nova safra para talvez serem selecionados novamente.

Para Silveira (1997) o processo de (re) produção espacial e social da cidade deu-se visivelmente a partir de uma lógica imobiliária especulativa, seletiva e excludente, que resultou na criação de inúmeras vilas populares na periferia urbana de forma desordenada, precária e irregular. Nestes espaços periféricos, onde está localizado o complexo industrial, é que o grande contingente populacional migrante de outras cidades da região passou a habitar que o autor chamou de “lugar dos safristas na capital do fumo”.

Não bastasse esta realidade na cidade, também os trabalhadores rurais envolvidos no plantio e colheita do fumo vivem a mesma instabilidade, pois dedicam-se quase que exclusivamente a monocultura do tabaco durante vários meses, que lhes propicia uma única safra anual. Como o trabalho na lavoura envolve todos os membros da família, inclusive idosos e crianças, o que torna a renda de uma única safra anual, o rendimento total da família. Além disso, o valor a ser pago pela indústria fumageira ao produto resultante de cada safra, somente é conhecido após longa rodada de negociações, nem sempre igualitárias, entre representantes dos fumicultores e da indústria. O valor estabelecido para a folha de fumo depende de diversos elementos, a maioria alheias a sua vontade, como: as condições climáticas a que esteve exposta a lavoura, as variáveis econômicas e fiscais do país, as necessidades e interesses da indústria de capital estrangeiro, entre outras.

Para Silveira (1997) na área rural do município as fumageiras, através do monopólio e controle do mercado, mantém as famílias através da extração do excedente de seu trabalho nas pequenas propriedades, subordinando as mesmas, ao capital internacional.

Todas estas mudanças foram ao longo dos anos transformando a configuração física, social e cultural consolidando o município como importante polo regional e estadual e o maior centro urbano da região do Vale do Rio Pardo. O município que em 1970 possuía 86.787 habitantes, passou a 118.374 em 2010 sendo que 33% deste total estava composto por pessoas oriundas de outros municípios, representados além dos safristas já citados anteriormente, também pelo incremento populacional derivado da criação e ampliação do ensino superior na cidade (IBGE, 1970, 2010).

O início da oferta de ensino superior na região, foi proporcionado pela Associação Pró-Ensino Superior de Santa Cruz do Sul (APESC) nos anos de 1960 através das Faculdades Integradas de Santa Cruz do Sul (FISC) e posteriormente em 1993 pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que conta atualmente com aproximadamente 12.000 estudantes. Estas iniciativas, significaram sem dúvida um marco na história do município, não só no que tange ao desenvolvimento econômico, mas sobretudo no aspecto social e cultural.

Um novo ingrediente é incorporado na vida do município e região a partir de 2003. Eis que neste ano, grupos de trabalho constituídos desde 1999 pelos países membros das Nações Unidas para discutir estratégias para a redução da demanda de fumo no mundo, formularam o texto denominado Convenção-Quadro que foi aprovado na 56ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra no mês de maio de 2003. No Brasil, apesar da ratificação da Convenção-Quadro ter tramitado no Senado Federal por um ano e meio, trazendo a população vinculada a cultura do fumo muitas apreensões, foi aprovada no princípio de 2005.

Segundo Vogt (2006) após a confirmação de que a cultura do fumo tem seus dias contados, instalou-se na região um clima de pessimismo e ao mesmo tempo de ceticismo de que a região dificilmente encontrará alternativas viáveis economicamente e socialmente justas para proceder a substituição da cultura do fumo. Esse pessimismo acerca das adversidades irá contribuir para aumentar as taxas historicamente elevadas de suicídio na região e na cidade?

As histórias destas pessoas e deste lugar compõe um enorme mosaico, difícil de ser conhecido e compreendido em sua totalidade. Ao final desta seção pergunta-se: O suicídio, fenômeno complexo e multifacetado, tão frequente nesta cidade gaúcha de “alemães”, a ponto de ser considerado “normal”, poderia ter explicação, mesmo que parcial, nas características específicas desta população? Que características seriam estas? Na próxima seção seguiremos uma pista ancorada nos aspectos culturais desta população que talvez possam indicar o caminho a ser trilhado na busca da prevenção.

3.4 O PROCESSO DE ACULTURAÇÃO DOS IMIGRANTES ALEMÃES E SUAS MÚLTIPLAS IDENTIDADES EM TERRAS GAÚCHAS

“Mexe com brios que tenho desde criança, quando, numa cidadezinha então povoada sobretudo por descendentes de imigrantes de alemães, se falava em um “nós os alemães” (os de sobrenome Schmidt, Schneider) e um “eles os brasileiros” (os de sobrenome Silva, Rocha). Por conta dessa loucura proibiam-se namoros, liquidavam-se amizades, vidas eram podadas, eventualmente grassavam suspeitas de parte a parte” (LUFT, 2004, p.59).

A palavra cultura deriva do verbo latino *colere* que tem o sentido de cultivar, criar e cuidar. Na antiguidade significava o cuidado do homem com a natureza, com os deuses e com as crianças. Na sua última acepção significava o cultivo ou educação do espírito das crianças para se tornarem membros virtuosos da sociedade. Nesse sentido, encarnava o que os gregos chamavam de *paidéia*, ou formação do corpo e do espírito dos membros da sociedade. Para os gregos a pessoa culta era fisicamente bem preparada, moralmente virtuosa, politicamente consciente ou participante, intelectualmente desenvolvida pelo conhecimento das ciências, das artes e da filosofia (CHAUÍ, 2006).

A partir do século XVIII, cultura passa a significar os resultados da educação dos seres humanos expressos nas técnicas e ofícios, artes, religião, ciências, filosofia, vida moral e política, tornando-se sinônimo de civilização. Nesse momento opera-se uma separação entre natureza e cultura. A primeira opera de acordo com leis de causa e efeito, enquanto que na segunda o homem age com escolha, de acordo com valores determinados por ele mesmo. Assim a cultura é o campo instituído pela ação dos homens, que agem escolhendo livremente seus atos, dando sentido a eles, finalidade e valor. O tempo da natureza é o da repetição e tempo da cultura é o da transformação, havendo mudança nas leis, nos costumes, nas técnicas, nas instituições sociais e políticas através do tempo que é histórico e social (CHAUÍ, 2006).

Para a Sociologia e a Antropologia Social a palavra cultura é o conceito fundamental para a interpretação da vida social. Cultura é a maneira de viver de um grupo, sociedade, país ou indivíduo. É um mapa, um código através do qual as pessoas de um grupo pensam, classificam, estudam e transformam o mundo e a si mesmas. É por compartilharem partes deste código que pessoas com diferentes propósitos e mesmo em situações opostas são capazes de viver juntas sentindo-se

parte de uma mesma totalidade. Faz parte da condição de ser humano viver num universo marcado e demarcado pela cultura (DA MATTA, 1981).

Cliford Geertz (1989) citando Max Weber, assume que o homem é um animal amarrado a teias de significação que ele mesmo teceu e a cultura representa essas teias e a análise delas o seu significado. O debate interminável, segue o autor, é se a cultura é objetiva ou subjetiva, se é uma conduta padronizada, um estado da mente ou as duas coisas juntas. A cultura está localizada na mente e no coração dos homens e ela consiste no que quer que seja que uma pessoa precisa saber ou acreditar a fim de se tornar aceita pelos membros de uma comunidade. Se não fosse dirigido por padrões culturais - sistemas organizados de símbolos - o comportamento humano seria ingovernável. A cultura é a totalidade acumulada desses padrões e uma condição essencial para a existência humana. É um repositório de símbolos significantes, palavras, gestos, imagens, sons musicais, artifícios mecânicos, enfim qualquer coisa que esteja afastada da realidade e que seja usada para impor um significado à uma experiência.

Desta forma, a cultura é um instrumento que pode ajudar a compreender as diferenças entre os homens e as sociedades. Diferenças estas que não dependem de um meio geográfico ou de uma raça, como diziam os estudiosos do passado, mas de diferentes produções e relações que cada sociedade estabelece no seu interior no decorrer de sua história.

Para Da Matta (1981) a cultura, como elemento plástico, baseada em um repertório de potencialidades, é capaz de transformar-se. Permite uma perspectiva mais consciente de nós mesmos traduzindo melhor a diferença entre nós e os outros e, assim fazendo, resgatando a nossa humanidade no outro e a do outro em nós mesmos.

Num país como o Brasil, onde as formas hierarquizantes de classificação cultural sempre foram dominantes, onde a elite sempre esteve disposta a afirmar que a população não tem cultura, nada mais saudável do que a análise da fórmula negativa ou o dizer que não temos cultura é, paradoxalmente, um modo de agir cultural (DA MATTA, 1981).

Neste estudo em que se pretende compreender a influência dos fenômenos culturais na ocorrência de suicídios em um município brasileiro e gaúcho colonizado por alemães, é imprescindível que se proceda um esforço teórico para entender como se deu e/ou se dá este encontro entre diferentes culturas, iniciado quando os

imigrantes aqui chegaram, há quase 200 anos, com sua bagagem cultural, encontrando um mundo estranho ao seu. Para tentar entender este processo é importante resgatar os conceitos que dão conta das tipificações teóricas referentes às interações culturais, visto que, estas questões, ainda se mantêm presentes na vivência cotidiana das pessoas do município e da região.

Para Paiva (2004), é nestes encontros/desencontros culturais que a articulação do sentido da vida é posta em xeque através de complexos processos de manutenção, rejeição e de negociação de valores, relações familiares, identidade pessoal e grupal, educação dos filhos, hábitos alimentares e de higiene, enfim, a tudo que se refere ao viver humano.

A mudança decorrida a partir do contato entre diferentes culturas é denominada pela psicologia transcultural de aculturação. Para Berry (1997) todo o comportamento humano é, até certo ponto, formado pelo contexto cultural em que o indivíduo foi criado e vive. Indivíduos que migram de uma sociedade para outra passam por um processo de aculturação, que poderá ou não, ser bem-sucedido.

Aculturação é um fenômeno em que grupos de indivíduos de diferentes culturas entram em contato contínuo e produzem mudanças nos padrões originais da cultura de um ou de ambos os grupos. A aculturação acomoda quatro dimensões - integração, assimilação, separação e marginalização (BERRY, 2005)

É denominada marginalização a forma de aculturação que ocorre quando imigrantes, geralmente por imposição, não mantêm sua cultura de origem e também por discriminação ou exclusão, não tem contato com os grupos da outra cultura. Na chamada separação, os imigrantes mantem e preservam a identidade cultural de origem, ao mesmo tempo em que rejeitam as normas e os valores das outras culturas. Contrário a este modelo, a assimilação ocorre quando a identidade cultural de origem é substituída totalmente e o grupo imigrante passa a comportar-se de acordo com os novos padrões culturais (BERRY, 1997).

A forma de aculturação mais bem-sucedida conforme Berry (1974,1997) é a integração. Esta ocorre quando de forma livre todos os grupos que coabitam uma sociedade mantêm as heranças culturais que desejam e mudam, de forma a se partilhar os modelos dos outros grupos. Para que isso ocorra são necessárias negociações, conhecimento mútuo, confiança, segurança e respeito para que povos culturalmente distintos operem esta transformação.

Neste contato intercultural ocorre ao mesmo tempo continuidade e mudança, assim como, reciprocidade e acomodação mútua, também denominada de multiculturalismo. O processo de integração não ocorre somente no âmbito cultural e social, mas também a nível psicológico. Crenças, atitudes, valores e comportamentos individuais exercem papel importante neste processo (BERRY, 1984).

Segundo Lechener (2007), este complexo fenômeno social que envolve todas as áreas da vida dos indivíduos, produz neles, maior vulnerabilidade aos problemas de saúde, entre eles, mais comumente os transtornos psicológicos com nível elevado de ansiedade e maior pessimismo em relação ao futuro, muitas vezes produzidos/agravados pela perda da rede social de apoio, pelo distanciamento devido ao não conhecimento da língua e pelas mudanças no estatuto social dos indivíduos (BERRA, 2004).

Erik Erikson (1968) psicanalista alemão, descreve que na situação de migração, vive-se uma crise de identidade. Para ele, a crise se dá no momento crucial em que o desenvolvimento se move para uma ou outra direção, organizando fontes de crescimento e recuperação que resultam em diferenciação tanto no indivíduo como no grupo. No processo migratório tanto o indivíduo como o grupo deparam-se com valores e estilos de vida diferentes dos seus, que desencadeiam questionamentos, como: Quem sou eu? A que lugar pertencço?

Os sentimentos oriundos da impossibilidade de possuir um só lugar de pertença, fazem com que a migração permaneça em suas vidas como uma ferida sempre aberta, podendo essas circunstâncias gerar problemas físicos, psicológicos e sociais que muitas vezes se associam a outros riscos relacionados ao próprio indivíduo e ao país de origem (RAMOS, 2004, 2008; ACHOTEGUI, 2008; FRANKEN, COUTINHO e RAMOS, 2007, 2009).

A identidade cultural ou de grupo baseia-se no sentido de pertencer a algo maior do que si mesmo e também nas atitudes e sentimentos que representam ser deste grupo. A identidade de grupo fornece a perspectiva de internalização, através da qual, o indivíduo além de ver-se a si mesmo também é capaz de ver os outros.

Há uma diferenciação entre identidade étnica (identificação com seu próprio grupo cultural) e identidade nacional ou cívica (identificação com a sociedade maior ou dominante). A identidade étnica origina-se na herança ancestral do indivíduo e refere-se aos sentimentos e atitudes que acompanham este pertencimento

(PHINNEY, 1990). Refere-se ao compartilhamento de um ou mais dos seguintes elementos: costumes, língua, estilo de vida, religião, sistemas de parentesco. Para os sociólogos Spickard e Burroughs (2000, p. 1) a etnicidade é “um laço poderoso de um povo (...) uma das forças organizadoras mais importantes das compreensões individuais da realidade, agrupamentos e divisão de povos no mundo atual”.

A identidade nacional, por sua vez, está associada, geralmente, ao uso da língua, a incorporação de costumes e a demonstrações cívicas do novo país, além da obediência às leis e à organização da vida civil e acesso a bens e serviços.

A tendência é a de que quanto mais tempo os imigrantes permanecerem no novo país, maior será sua identificação com este, enfraquecendo seu sentimento de pertencer ao país de origem. Já os filhos nascidos no novo país tendem a identificar-se ao país de residência, fortalecendo a identidade nacional nas gerações posteriores a que imigrou (PHINNEY, 2004). Porém, este processo depende também da aceitação e integração dos grupos. Em situações de não assimilação, os novos migrantes podem manter-se como grupo étnico ao longo de gerações, como os judeus e os ciganos.

Phinney e Devich-Navarro (1997) avaliaram os sentimentos de identidade étnica e nacional entre adolescentes mexicanos e africanos que haviam imigrado para os EUA. Àqueles que estavam fortemente identificados ao seu grupo étnico e expressavam pouca ou nenhuma identidade nacional como americanos, sentiam-se em desvantagem aos demais, pois eram chamados de “separados”. Os adolescentes que manifestaram forte identidade étnica e nacional, sentiam que poderiam ser parte dos EUA e ainda assim manter sua identidade étnica. Alguns mantinham as duas identidades, alternando-as a depender do espaço social em que se encontravam e outros eram capazes de combinar elementos das duas identidades numa única identidade permanente. Ambos demonstravam boa relação e bem-estar no novo país. Nenhum adolescente do estudo apresentou a assimilação como forma de aculturação, ou seja, possuir forte identidade americana e negar sua etnicidade, o que segundo os autores poderia também ser problemática.

Segundo Phinney (2004) a identidade é um processo, portanto, deve ser negociada diante de mudanças pessoais e sociais. A resolução segura da identidade requer a integração de vários aspectos do self, mas depende em parte do contexto onde os imigrantes vivem. A construção de uma identidade segura pode representar estabilidade para lidar com as mudanças, ao contrário, imigrantes que não

conseguem resolver satisfatoriamente estas questões tendem a desorientar-se e apresentar sofrimento mental.

As asserções de Barth (1976) um antropólogo norueguês sobre a etnicidade, seus limites e fronteiras, assim como acerca da identidade étnica, podem contribuir para o entendimento do processo social migratório. Para Barth, a etnicidade não deve ser vista apenas de dentro, ao buscar identificar as características culturais do grupo étnico, mas sim por meio de suas ações externas, ou como ocorrem as trocas, as negociações, os casamentos, o comércio, em suma, a relação com os outros grupos. Esses aspectos dizem mais do grupo do que a análise de suas especificidades que muitas vezes são comuns a outros segmentos da sociedade. O autor mostra que uma pessoa pode renunciar a sua identidade étnica, ou mostrá-la apenas quando for conveniente, se deseja fazer parte de outro grupo. A identidade étnica só será conservada caso se possa consumir de forma moderadamente satisfatória, do contrário, os indivíduos renunciarão a ela, em favor de outras identidades, ou a alteração mediante uma modificação das normas para a atribuição da identidade, diz o autor. Na maioria das situações, é vantajoso para os atores trocar sua etiqueta étnica com o fim de evitar frustração ou fracasso; assim, onde existe uma identidade alternativa ao alcance, o resultado consistirá em um trânsito pessoal de uma identidade a outra, embora isso não signifique alteração nas características de status do sujeito (VILLAR, 2004).

Baseando-se nestes construtos, faz-se necessário aproximar-se do conhecimento produzido sobre como se deu, no Brasil, o processo de interação cultural entre os imigrantes alemães, seus descendentes e a população que ocupava o território do país antes de sua chegada.

Dados estatísticos de 1950 apontam que até este ano teriam entrado no Brasil 5 milhões de estrangeiros como imigrantes. Com maior contingente de italianos (1,5 milhão) e de portugueses (1,45 milhão) que representaram 60% dos imigrantes, seguidos por espanhóis (cerca de 600mil) com 12% e pelos alemães (cerca de 225 mil) com 5% do total de imigrantes. Estes últimos instalaram-se em algumas regiões dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Paraná, mas foi em Santa Catarina e especialmente no Rio Grande do Sul (cerca de 66 mil até 1939) que a maior parte dos imigrantes alemães se fixaram. Levantamento apontou que já em 1930 quase 20% dos gaúchos eram descendentes de alemães

(600 mil) e 22% (220 mil) dos catarinenses (ROCHE, 1969; GERTZ, 1987; CUNHA, 2004).

Brasil e Alemanha tinham interesses políticos, econômicos e sociais no movimento migratório, nem sempre convergentes, o que certamente interferiu nos (des) encontros culturais entre os imigrantes e os nativos. Os alemães emigraram para o Brasil por variados motivos, mas com um único objetivo: o de iniciar uma vida nova e melhor. A pobreza predominava na Alemanha e os governos não davam conta de auxiliar e amparar a população. Essa situação era grave e muitas pessoas passavam fome. Por sua vez, o Brasil, como um país jovem e de independência recém-declarada, necessitava de mais habitantes e de mão-de-obra não escrava para cultivar o imenso território. O governo brasileiro enviou então, agentes de imigração para a Europa com o objetivo de fazer propaganda sobre o Brasil, acenando para condições e facilidades que mais tarde não seriam cumpridas (SPINASSÉ, 2008).

Na primeira metade do século XIX repercutiam pressões políticas, principalmente da Inglaterra, para a extinção do tráfico de escravos no Brasil, como requisito para que o país fosse reconhecido como nação independente. Neste período, metade da população brasileira era escravizada. Somado a isso, uma nova base teórica para interpretar a realidade de cunho cientificista, evolucionista, determinista e positivista tomavam corpo no país ancorada nas proposições pautadas no higienismo e eugenia, que encobriam uma concepção racista (COSTA, 2007).

Segundo Corrêa (2001), apesar de não ter sido explicitado através de leis discriminatórias como nos EUA, o racismo no Brasil enquanto crença na superioridade de uma raça e inferioridade de outra, esteve tão presente na vida do país no final do século XIX e início do século XX, que acabou interferindo na definição de país e de nação. Para o autor o ideal de branqueamento é, portanto, uma ideologia nativa, nascida na pós-abolição, com pretextos notadamente racistas. Desta forma, no discurso nacionalista brasileiro a miscigenação transformou-se no mecanismo de formação da base de uma futura raça histórica brasileira, de um tipo nacional, resultante de um processo seletivo direcionado para o branqueamento da população (SEYFERTH, 1986).

Para Domingues (2002), esse discurso não estava circunscrito somente ao “clareamento” do aspecto fenotípico da população, mas também ao branqueamento

de ordem moral e/ou social. Para ele, a raça branca para legitimar sua dominação sobre as demais raças, precisava que os mesmos assimilassem seus valores e passassem a se comportar, pensar, sentir e agir conforme sua ideologia racial. O autor sugere que, parte da população negra paulista deste período, acreditava que o processo de assimilação da ideologia racial da elite branca era um fenômeno natural e inevitável.

Segundo Roger Bastide (1951), a imprensa negra da época veiculava um discurso puritano, de combate à vadiagem, à vida boêmia e ao uso de bebida alcóolica. O negro que ascendesse socialmente para formar uma nova classe média deveria ser honesto, cumpridor de seus deveres e zelar pela moral e bons costumes, separando-se da “plebe de cor”, preguiçosa, alcoolizada, supersticiosa e imoral.

O discurso higienista e racista defensor do branqueamento não ocorreu por acaso, mas foi amplamente divulgado nas mídias, como é possível observar na matéria intitulada “Saneamento Étnico da População Paulista”:

“Não passaram despercebidos aos paulistas de quarenta anos atrás que julgaram ser seu dever sanear e melhorar eugenicamente sua população pela introdução de grandes contingentes de sangue ariano” (PROGRESSO, São Paulo, 24/11/1929 citado por DOMINGUES, 2002, p.590).

Os idealizadores da política de colonização no Brasil não consideravam todos os brancos iguais. O imigrante ideal além de branco também devia ser camponês ou artesão, saudável, resignado, sóbrio, apegado ao trabalho, maleável, submisso às autoridades, emigrando com a família e sem intenção de retornar à terra natal. Assim, os alemães ocupam o primeiro lugar da lista dos imigrantes ideais, não aparecendo explicitamente os atributos raciais, mas os dotes para a agricultura (SEYFERT, 1993)

Do outro lado do mundo, a população alemã experimentava um crescente sentimento de nacionalismo, que desde 1840, apontava para a futura unificação de um estado nacional. Segundo Bentivoglio (2010) o mito *leipziano*¹ de que viviam no melhor dos mundos possíveis, em uma época dourada, ganhou ainda

1

Vocábulo derivado do sobrenome do filósofo alemão, Gottfried Wilhem Lepzin (1646-1716), que elaborou o princípio da razão das coisas. Este princípio postula que cada coisa existe com uma razão de ser. Nada acontece ao acaso. Estamos no melhor dos mundos possíveis, o que melhor espelha a perfeição de Deus. O ser só é, só existe, porque é o melhor possível.

mais força, sobretudo, após 1848, com o início das guerras de unificação dos estados alemães.

“Por certo temos também o orgulho de ser alemães, e disso não nos encabulamos. De todas as ostentações, nenhuma é mais vazia e falsa do que a da modéstia alemã. Nada temos de modestos, não o queremos ser e nem que se diga que o somos (...)” (MOMMSEN, 1874 citado por MARTINS, 2010, p.113).

Para o governo alemão a emigração deveria garantir no estrangeiro um mercado consumidor para o desenvolvimento econômico da nascente indústria alemã. O governo tinha a intenção de, assim como a Inglaterra que mantinha estreito vínculo econômico e cultural com os EUA, manter este tipo de relação na América do Sul através de uma região com forte vínculo econômico e político onde os alemães emigrados pudessem preservar a língua e os costumes, mantendo-se ligados à Alemanha por laços culturais, ou seja, que os emigrados pudessem “continuar alemães” (CUNHA, 2004).

Esse processo foi intensificado a partir de 1896 quando de forma oficial desenvolveu-se uma política germanista sistemática - *Deutschtumspolitik*- nas regiões de interesse do *Reich* (sul do Brasil), apoiando a criação e a manutenção de escolas e de igrejas evangélicas alemãs buscando a manutenção de uma consciência nacional por meio da preservação da cultura alemã através da língua, música, canto e crença evangélica (CUNHA, 2004).

Por outro lado, o governo brasileiro não deu aos imigrantes nenhum suporte e eles mesmos tiveram que organizar escolas e igrejas, conseguir professores e pastores e construir centros comunitários. Assim, sem subsídio por parte das autoridades brasileiras, não se ensinava português na colônia. Da mesma forma, os cultos religiosos nas comunidades eram em alemão, já que o pastor era um dos “alemães” e sua língua a mesma da comunidade. Eles praticamente não precisavam sair da colônia, pois tinham lá tudo o que precisavam para a vida dentro dessa “ilha”. A língua exerceu aí, uma função muito importante. Através da homogeneidade linguística dentro das comunidades garantiu a sobrevivência na fase inicial no país desconhecido. Não havia integração com a sociedade brasileira e a língua não era um fator de exclusão, até porque o contato com falantes do português era menor. A divisão territorial se punha mais contra a integração do que a própria língua, já que eles viviam afastados dos demais (SPINASSÉ, 2008).

Este fato se comprova, por exemplo, observando-se que de 1852 a 1939 circulavam no país mais de cinquenta jornais, todos editados em alemão gótico que, de forma mais moderada ou mais radical, foram defensores da germanidade e da cultura teuto-brasileira (SEYFERT, 1988). Os registros históricos mostram que em torno do ano de 1900 já havia no Rio Grande do Sul 308 escolas de língua alemã, sendo 155 evangélicas e 153 católicas (KREUTZ, 1994). Em 1840, cerca de 650 mil brasileiros natos falavam habitualmente o alemão, e destes, 400 mil no Rio Grande do Sul (CUNHA, 2004).

A escola, a igreja e a imprensa foram instituições centrais na vida dos imigrantes alemães da região sul, onde professores e pastores (a maioria vinda da Alemanha para este fim) representavam agentes de preservação cultural, tendo contribuído no desenvolvimento de uma cultura teuto-brasileira-evangélica (MEYER, 2000). A Igreja Evangélica como instituição religiosa e social muitas vezes se permitiu (ou pretendeu) assumir o lugar de Estado nas colônias alemãs. Até fins de 1940 a Igreja Evangélica se caracterizou como sendo de um “protestantismo de imigração” diferente das igrejas batista, metodista e presbiteriana que desenvolveram um “protestantismo de missão”. Estas últimas praticavam o trabalho missionário de evangelização extensivo as demais etnias, trabalho não realizado pela igreja evangélica que pregava a indissociabilidade entre religião e pertencimento étnico/nacional; o que excluía as outras etnias; tendo se constituído, portanto, em um poderoso demarcador de fronteiras dentro e em torno do grupo (MEYER, 2000).

É possível supor então, que os luteranos se sentiam “mais alemães” do que os outros imigrantes de mesma origem. Desta forma, a religião evangélica funcionou neste período como um antídoto que protegia os imigrantes e seus descendentes dos riscos de assimilação e miscigenação à cultura brasileira, produzindo neste contexto, definições ambíguas entre nacionalidade e cidadania. Para a autora estas características de funcionamento estão “estritamente vinculadas às representações de gênero (...) e, “naturalmente” aos afetos e os relacionamentos entre mulheres e homens dentro do grupo e fora dele” (MEYER, 2000, p. 82).

A corrente migratória alemã no sul do Brasil, depois de 1824, apresentou características diferentes dos processos ocorridos em outras regiões, pelo fato da colonização ter se dado em áreas inexploradas, pioneiras, constituindo nestas

regiões uma sociedade diversa da nacional o que resultou numa concentração étnica homogênea e compacta (SEYFERT, 1988).

Em uma segunda fase da colonização (década de 70 do século XIX), a realidade linguística dos imigrantes alemães no Brasil mudou com a vinda dos imigrantes italianos e dos “brasileiros” que povoavam mais intensamente a região. No entanto, a trajetória dos imigrantes alemães no Brasil até então os havia levado a permanecerem fechados em suas colônias, onde eles tinham construído uma estrutura independente e autossuficiente que os mantinha em segurança. O comércio com “brasileiros” e demais estrangeiros começa a aumentar, mas eles ainda não falavam português, considerado uma língua muito difícil. Mas, a língua nacional começa a se tornar indispensável para o comércio, para as negociações e para a inserção no quadro social como cidadão ativo politicamente. Certamente surgiram muitos questionamentos em relação à própria identidade e confrontos de gerações, pois na opinião dos mais velhos, a língua, que graças ao isolamento tinha sido mantida como um fator identitário, era a responsável por manter uma ligação com a pátria abandonada. Depois de muitos anos de vida numa ilha linguística não era fácil aprender uma outra língua, o português saía com sotaque e nem sempre entendível (SPINASSÉ, 2008).

Durante o governo Vargas e com a emergência da Segunda Guerra Mundial o cenário se modifica. A singularidade destes “enquistamentos étnicos” que contavam com população numericamente expressiva, imprensa robusta e atuante e com manifestações de germanidade cada vez mais intensivas e ostensivas; como a exibição gratuita de filmes culturais alemães aos alunos de escolas públicas e privadas seduzindo-os ao nacional-socialismo, como o uso corriqueiro da saudação - *Heil Hitler!* - pelas ruas das cidades, como as reuniões dos integrantes da célula local nazista com convidados e simpatizantes anunciadas na imprensa; suscitaram nos intelectuais e políticos brasileiros o medo do que eles chamaram de “perigo alemão”, ou seja, a consolidação de um território exclusivamente alemão no Brasil Meridional (VOGT, 2001).

A partir desta constatação, buscando induzir o abasileiramento dos imigrantes alemães, especialmente durante a Era Vargas, foi empreendida uma intensa e severa campanha de nacionalização nas colônias proibindo o uso da língua alemã em todos os ambientes públicos e privados, tanto na fala como na

escrita, o que resultou em grandes transtornos nas escolas, igrejas, imprensa e comércio destes locais.

Segundo Meyer (2000) o argumento utilizado pelos teuto-brasileiros para justificar sua postura de resistência em relação à assimilação cultural e a campanha de nacionalização do ensino empregado neste período, esteve pautado de forma unidimensional, segundo a autora, pelo fato de o governo provincial não ter fornecido infraestrutura mínima para o estabelecimento adequado dos imigrantes e de suas famílias nos primórdios da colonização, o que pode ser percebido neste artigo, intitulado sugestivamente de “Suicídio”:

“(...) os pais não percebem que as escolas públicas são os mais ferozes inimigos da germanidade, que elas nos tiram a nossa língua e, com ela, a nossa força de espírito e a nossa energia, que elas fecham para as crianças as ricas fontes que pela escolarização alemã, fluem para a cabeça e o coração, para a razão e para o sentimento (...)” (DEUTSCHE POST, 25/3/1907, p.1 citado por MEYER, 2000, p. 42).

O pano de fundo de todos estes processos vividos pelos imigrantes, contribuíram para que esta população apresentasse, o que os estudiosos desta temática definiram como, múltiplas identidades culturais. Para Gertz (1994) neste grupo específico há uma complicada sobreposição entre o conceito de nacionalidade alemã e cidadania brasileira.

O duplo pertencimento nacionalidade/cidadania está ancorado nas questões de gênero, atribuindo à figura da mãe (*Mutterland*) as representações da terra-mãe Alemanha e à figura do pai (*Vaterland*) a imagem da terra-pai Brasil. Do casamento entre terra natal (Alemanha) e pátria (Brasil) nasceria este sujeito cultural, como se vê:

“Nós queremos prestar bons serviços à nossa nova pátria (Vaterland), queremos mesmo dar-lhe o melhor que temos, mas sem copiar costumes brasileiros cujas peças não foram cortadas sob medida para nosso corpo, porque isso poderia nos fazer vestir um “terno de loucos”. Nós queremos aprender a língua brasileira o melhor possível, porque ela é a língua das nossas leis e de nosso comércio; mas nós queremos utilizar a língua materna alemã para expressar as nossas mais profundas e pessoais percepções, nossas melhores motivações de vida, ela é a língua de nosso coração” (KALENDER, 1909, p.168 citado por MEYER, 2000, p. 88).

A noção de duplo pertencimento é entendida por Meyer como forma sutil de manifestar a tensão e o conflito que a ambiguidade, a diversidade e a fragmentação,

que deram origem a estas múltiplas identidades culturais, introduzem nas representações que pretendem fabricar sua unidade.

A diáspora dos alemães, que continuavam sendo vistos pelos brasileiros apenas como “alemães”, acompanhou as novas gerações: por um lado, eles não conseguiam se desvencilhar de sua tradição, de sua língua materna – e nem o queriam; por outro lado, eles não queriam mais ser vistos como “estrangeiros”, “estranhos”, pois também não o eram. Era preciso aprender a língua oficial do país, mas não a usar em comunidade, porque traria prejuízos irreparáveis ao *Deutschtum* (germanismo). Do ponto de vista da teoria dos Estudos Culturais, este seria um caso de “identidade híbrida”: eles eram “teuto-brasileiros”, consideravam-se membros da comunidade étnica alemã, mas ofereciam a lealdade política ao Brasil (SPINASSÉ, 2008).

Conforme Louro (1997, p.51) estas múltiplas posições identitárias não resultam de uma simples sobreposição consensual e harmônica de camadas como se fosse uma soma. Elas podem se apresentar de forma contraditória e conflitante, inclusive para o sujeito que “oscila e desliza entre elas”, percebendo a si próprio, de diferentes maneiras.

Estas múltiplas identidades culturais assumidas no contexto social implicam profundos sentidos de pertencimento conflituosos e convergentes que segundo Hall (1997, p. 12) “suturam o sujeito ao social, constituindo-o”. Desta forma, a possibilidade de assumir em diferentes situações, muitas, e talvez, conflitantes e não resolvidas identidades, manifesta uma identidade fragmentada. Nas redes de poder e de significação que a partir da linguagem produzem e reproduzem diversidades e pluralidades de significados e representações culturais, multiplicam-se de forma desconcertante e infinitas, as possibilidades de novas identidades.

O escritor peruano Mario Vargas Llosa (2004) analisando a obra do também escritor Naipaul, nascido em 1932 na ilha de Trinidad, descendente de família indiana e radicado em Londres desde 1950, encontra como principal característica, em mais de duas dezenas de livros deste autor, personagens que retomam com insistência a questão da identidade cultural e do impacto que o distanciamento em relação à comunidade de origem acaba tendo sobre sua formação e condição existencial, o que denominou de uma literatura do homem “desenraizado”.

Simone Weil (2001), escritora, filósofa e mística francesa que trabalhou como operária na fábrica da Renault para escrever sobre o cotidiano dentro das fábricas,

entendeu o processo de imigração como desenraizamento, que definiu como a doença mais perigosa das sociedades humanas pois, multiplica-se a si mesmo. Para ela o desenraizamento produz dois comportamentos possíveis: a pessoa cai numa inércia de alma quase equivalente à morte ou se joga numa atividade de trabalho frenética para apaziguar a angústia e o mal-estar.

Estudos realizados em Santa Cruz do Sul/RS, cenário deste estudo de caso, indicam que apesar dos quase dois séculos da chegada dos primeiros imigrantes alemães na região permanece até a atualidade, uma linha étnica que separa “alemães” de “brasileiros”. Correa (2007), a partir da análise de quatro *surveys* realizados em 1996, 2000, 2002 e 2004 no município afirma que a dicotomia entre “alemães” e “brasileiros” ainda pauta a vida cotidiana de muitos habitantes do local.

Desde sua chegada, os imigrantes alemães, mesmo ignorando os ideais de branqueamento do governo brasileiro, sofreram um preconceito de origem por serem “alemães”, o qual agregado à crença no *Volkstum* (nacionalidade), potencializou a reprodução populacional endógena e a consequente manutenção do *Deutschtum* (germanismo). Esses fatores contribuíram para que desde o início se formasse na comunidade local uma linha étnica entre “nós, os alemães” e “eles, os brasileiros” (CORREA, 2007).

Embora atualmente a linha étnica entre os grupos em Santa Cruz do Sul seja mais tênue, a linha social tem aumentado o contraste entre os “alemães” e “brasileiros”. O acesso dos “brasileiros” aos recursos disponíveis na comunidade não são delimitados a partir da linha étnica, mas pela linha social que é mais restritiva e demarca claramente a distribuição desigual de recursos entre “nós” e “eles”.

Este fato pode ser exemplificado quando se analisa a ocupação do espaço urbano pelos diferentes grupos étnicos e sociais. Segundo Correa (2007) existem na cidade áreas “brancas”, mistas e “brasileiras”. Nos bairros periféricos os “brasileiros” convivem com os “alemães” em condições socioeconômicas semelhantes. Mas os “alemães” não se tornam “negros sociais” pois manipulam seu capital étnico tanto para realçar uma linha étnica que os separa dos “brasileiros” quanto para compensar uma linha social que os separa dos demais “alemães”.

Pesquisas realizadas de 2004 a 2010 que avaliaram as relações entre educação, etnicidade e mobilidade social, em quatro municípios da região de Santa Cruz do Sul, todas de colonização alemã, sugerem a manutenção de um forte discurso identitário germânico que produz a invisibilidade e a exclusão social de

grupos nomeados afro-descendentes (SILVA, 2012a). É possível perceber na narrativa docente, alguns destes aspectos:

*“É assim complicado também fazer **os nossos** (de origem alemã) entender que a **população deles** (negros) age até de modo **diferente**, que ela fala de uma história também complicada, né (...)*” (SILVA, 2012a, p. 344, grifo do autor).

*“Assim ó, quando **tu traz presente por exemplo numa discussão sobre a questão do negro, é bem uma questão racial mesmo e quando os alunos vêem isso com um entendimento pejorativo. Bem complicado, no sentido de racismo mesmo** (...)*” (SILVA, 2012a, p. 344, grifo do autor).

Para Silva (2012a) a política de preservação cultural, de resgate de tradições e valores agregados, como a dinamização do ensino da língua alemã nas escolas e a difusão de estereótipos étnicos é fortemente defendido pelo movimento historiográfico e pela produção acadêmica na região. No recorte de Jornal destacado pelo autor, vê-se um incentivo à preservação da língua alemã:

[...] estudantes da rede municipal de ensino em Santa Cruz do Sul serão beneficiados, a partir do próximo ano letivo, com novos livros, CDs e dicionários de alemão. Os materiais foram doados pela Hamburg Süd e tem como objetivo estimular o ensino da língua dos imigrantes que chegaram ao Brasil em 1824”. (GAZETA DO SUL, 15-16 nov, 2008 citado por SILVA, 2012a, p. 350).

Segundo Silva (2012a) estas e outras tantas iniciativas tem contribuído para manter as fronteiras étnicas e culturais fixas e imutáveis ao longo do tempo, mantendo uma política das diferenças impossibilitando a transcendência para uma política de alteridade no município e região.

Este mesmo autor, diz que os discursos que defendem as diferenças de identidades na verdade escondem um movimento conservador que reivindica e existência de uma pureza identitária e a proteção da mesma. Contraditoriamente, a defesa de uma suposta pureza cultural a ser preservada se dá em nome da reação à homogeneização cultural. O autor questiona então se viver sob uma identidade cultural preservada não é viver a mesmice, entre iguais imaginários. Para ele, a reafirmação das fronteiras identitárias no convívio em um mesmo território que preserva o limite entre “nós” os iguais e os “outros” os diferentes nada mais é que uma atitude autoritária de “tolerância” que reafirma a organização hierárquica da pluralidade cultural. Entende que é necessário superar as posturas multiculturais

conservadores e avançar no sentido da interculturalidade ou até mesmo da transculturalidade, visto que, as culturas são sempre híbridas, negociáveis, mutáveis, dinâmicas e performática. Finalizando, acrescenta que no mundo das diásporas culturais, a defesa de purezas identitárias se tornou uma retórica que, em nome da diversidade, reivindica o “Uno” (SILVA, 2012b).

Nos estudos que discutem os coeficientes de suicídio no Rio Grande do Sul, especialmente nas pequenas e médias cidades gaúchas, são consideradas hipóteses de que aspectos culturais dos imigrantes europeus, mais especificamente dos imigrantes alemães, possam estar de alguma forma contribuindo para a manutenção de taxas muito mais elevadas do que as do restante do país (HECK, 2004; BOTEGA, 2015).

Em busca teórica sobre o suicídio entre imigrantes alemães no Rio Grande do Sul foi encontrada uma pesquisa histórica realizada em São Leopoldo, local de início da colonização alemã no Brasil. Através de análises em registros paroquiais, correspondências de imigrantes, necrológios, epitáfios e fotografias mortuárias nas lápides nos cemitérios do período 1848/64 até 1937, Blume (2010), buscou compreender os significados da morte e do morrer e suas transformações ao longo do tempo para os imigrantes alemães e seus descendentes. Mesmo que o estudo não trate do suicídio, foi possível encontrar várias referências a este evento tendo o autor dedicado um subcapítulo da dissertação somente a este tema. Ele relata que o registro dos suicídios era suprimido tanto por católicos como por evangélicos. Os poucos encontrados foram descritos de forma sucinta com demonstração de desaprovação ou com informações duvidosas sobre se a morte foi derivada de suicídio ou homicídio.

Tanto a religião católica como evangélica condenava o suicídio, suprimindo rituais fúnebres e em alguns cemitérios das colônias alemãs os caixões dos suicidas eram alçados por cima do muro não podendo adentrar o pátio principal e os mortos eram enterrados em local separado ou mesmo fora do cemitério. Como o suicídio era considerado um pecado até o início do século XX, acreditava-se que o suicida iria para o inferno o que causava à família constrangimento, silenciamento e a rejeição da própria comunidade. Apesar de o suicídio ser um tema condenado e muitas vezes não registrado, o autor encontrou o relato de 11 suicídios, sendo 7 de evangélicos e 4 de católicos; 2 mulheres e 9 homens. Os motivos descritos nos registros paroquiais foram: doença dos nervos, diagnóstico de doenças que

consideravam graves, alcoolismo e intolerância religiosa, como no exemplo do suicídio de uma jovem evangélica de 18 anos proibida pela família de namorar um jovem católico. Foram encontrados também, registro de três óbitos masculinos por alcoolismo, que segundo o autor era um hábito bastante comum nas colônias, visto que, cada picada tinha seu próprio alambique, o que confirma que os imigrantes alemães se adaptaram rapidamente a cachaça, bebida de origem brasileira.

Analisando as várias nuances do processo de aculturação vivenciado pelos primeiros imigrantes alemães e por seus inúmeros descendentes no município de Santa Cruz do Sul e região, pergunta-se: Teriam estes processos impactado nas construções simbólicas e culturais sobre a forma de viver e de morrer na população local, descendentes ou não dos imigrantes, que coloca o suicídio como uma solução plausível para a morte, que se mantém até os dias atuais? A manutenção de um discurso “ufanista acrítico” de um passado histórico idealizado e nostálgico que perpetua o distanciamento entre “alemães” e “brasileiros” e mantém identidades dicotômicas e fragmentadas poderia estar interferindo nas taxas elevadas de suicídio no município, entre os diferentes sujeitos?

3.5 OS IMIGRANTES ALEMÃES E O TRABALHO COM O FUMO: A PEQUENA LAVOURA FAMILIAR E O COMPLEXO INDUSTRIAL TRANSNACIONAL EM SANTA CRUZ DO SUL

“[...] colonos sólidos me dão a impressão tranquilizadora de que a vida germina e continua, apesar do que nos ronda” (LUFT, 1981, p.99).

A palavra trabalho origina-se do latim *tripalium* e se refere a um instrumento de tortura de três paus (*tri + palus*) usado para induzir os escravos a aumentar sua produtividade. O trabalho pode ser entendido como uma categoria central na vida dos seres humanos pois é através dele que o homem constrói e estrutura seu espaço, seu tempo, seu pensar, sentir, agir, relacionar-se, ou seja, produzir seu modo de viver.

Como atividade essencialmente humana serve como estruturador da subjetividade, da personalidade e da identidade influenciando o modo como as pessoas produzem suas condições de existência (CODO e SAMPAIO, 1995). É

através do trabalho que o homem se inscreve nas relações com o outro e com o mundo, produzindo bens e valores para a vida em sociedade (TITTONI, 1994).

Os significados reais do trabalho não se revelam em um primeiro olhar, dependem de uma avaliação que analise o processo de trabalho e as representações e os sentidos que o trabalhador dá a ele (CODD et al., 1993).

O tema trabalho é objeto permanente de interesse da sociologia. Karl Marx, mesmo que não tenha nenhuma obra dedicada exclusivamente ao trabalho, produziu intensa reflexão sobre este tema. O conceito de trabalho durante sua trajetória intelectual passou por significativas transformações desde os *“Manuscritos Econômicos Filosóficos”* de 1844 até sua obra seminal *“O Capital”*, publicada em 1867.

No primeiro, ainda na juventude, Marx analisa a problemática cisão da essência e da existência do trabalhador produzida pelo fenômeno do trabalho alienado. Para Erich Fromm, a concepção filosófica de trabalho por Marx nesta obra, é um verdadeiro manifesto contra a alienação do homem, contra sua transformação em objeto, sua desumanização e automatização intrínsecos ao capitalismo (FROMM, 1983).

Em *“O Capital”*, Marx ao mesmo tempo em que afirma a importância do trabalho sugere a duplicidade de sua condição, ou seja: como trabalho concreto e como trabalho abstrato. O primeiro é considerado *“trabalho vivo”*, que produz valor de uso (produto utilizável), indispensável à produção e reprodução humana. O segundo é visto como *“trabalho morto”*, *“trabalho pretérito”*, contido nas mercadorias, cujo principal fim é a criação de mais valia, a reprodução e autovalorização do capital, subordinando o trabalhador aos interesses e vontade do capitalista.

Marx nasceu em 1818 na cidade de Tréveris - Renânia – Prússia - na então Confederação Alemã, oriundo de uma família judia de classe média. É da Renânia de Marx e também da Pomerânia, ambas vinculadas à Confederação Alemã, que vieram a maioria dos imigrantes que povoaram a região central do Rio Grande do Sul, entre os anos de 1849 e 1881, inclusive o município deste estudo de caso.

A Renânia localizada na região ocidental da atual Alemanha, já mostrava desde antes do século XIX o avanço de expansão capitalista de forma nítida. Nesta região o Estado concentrava suas forças para desenvolver uma zona industrial, espaço natural vital ao desenvolvimento do capitalismo alemão. Para isso acontecer foi necessário a desintegração do campesinato, antes autônomo, substituído por

uma burguesia rural (donos das terras) e um proletariado rural (vendedor de força de trabalho). O proletariado expulso da terra se liga ao capital industrial, separando-se dos meios necessários para prover à sua sobrevivência e de sua família, transforma-se agora em um comprador de mercadorias, funcionando como um retro alimentador da produção capitalista no campo e na cidade. Esse processo gerou crescimento populacional, aumentando a densidade demográfica e reduzindo ainda mais as já pequenas propriedades rurais (MARX, 1985-1986).

“As propriedades se reduzem tanto que já não bastam para a manutenção de uma vaca. O leite desaparece da mesa, sendo substituído por uma infusão de chicória. Cai a produtividade dos campos cada vez mais impróprios para a cultura de cereais. Dá-se preferência as plantas menos exigentes, e que na mesma proporção, fornecem produtos de menor teor nutritivo, mas de peso mais considerável. Tais são as couves, os rábanos e sobretudo as batatas que podem ser empregados na cozinha sem maiores preparos” (KAUTSKY, 1980, p. 202).

Sobre este mesmo aspecto, Kautsky (1980) alertava que na Alemanha o desaparecimento das pequenas propriedades familiares sucumbiriam ao avanço capitalista no campo, sendo incorporadas pelas grandes propriedades rurais, sujeitando os pequenos agricultores a se tornarem parte do proletariado. Para o autor, a manutenção das pequenas propriedades agrícolas só se manteria se baseadas no sobre trabalho e na subalimentação dos agricultores, contribuindo para a formação de uma classe social “rude”, exposta a todos os tipos de misérias e infortúnios, à margem da sociedade. Para evitar tal degradação, advogava a extinção das pequenas propriedades e a proletarização dos agricultores, garantindo aos mesmos pelo menos acesso ao salário.

A miséria completa dos camponeses alemães só foi retardada em parte por dois tipos de trabalho nas pequenas propriedades: a indústria a domicílio rural (*verlang*) e o assalariamento rural. A indústria à domicílio funcionava quando o processo de fabricação se dava através da ação de operários trabalhando em sua própria casa, sendo a mercadoria comercializada pelo capitalista “*Verleger*” o dono da “*Verlang*”, que adaptava a produção aos desejos dos fregueses. Este tipo de indústria estava presente nas regiões de solo mais pobre e usava as habilidades comuns e ferramentas simples, utilizando matéria prima disponível, produzindo utensílios e adornos domésticos simples. A indústria urbana destrói o trabalho do

“*Verlang*” acelerando a proletarização e usando inclusive mão de obra infantil nas indústrias de ferro e aço em jornadas de doze a dezesseis horas (CUNHA, 1991).

Lênin (1985), nos escritos revolucionários, avaliando o desenvolvimento do capitalismo na Rússia, anteviu que o avanço da lógica capitalista em direção ao campo provocaria a extinção definitiva do camponês, antes vinculado exclusivamente às atividades da terra e a cultura de produtos de subsistência da família. O camponês estaria subordinado ao mercado tanto para fins de consumo como de atividade agrícola. Desta forma novas fronteiras, para além das cidades, sucumbiriam à expansão do capitalismo transformando o “antigo camponês” em uma nova população rural irremediavelmente subordinada a economia de mercado e à produção de caráter capitalista.

Diferente do aniquilamento do campesinato na Rússia previsto por Lênin em 1899, Chayanov (1966) descreve que ocorreu o desenvolvimento de uma articulação entre os pequenos agricultores familiares e a indústria, em que esta última definia e controlava o processo de produção familiar. Esta mudança subverteu as especificidades do trabalho no campo alterando as relações entre trabalho e consumo e trabalho e a satisfação das necessidades, sujeitando cada vez mais os agricultores às demandas do capital industrial ou até mesmo aos arranjos promovidos por entidades cooperativas imbuídas deste propósito. O excedente populacional, os baixos salários e as péssimas condições de vida resultante deste processo, levou muitos operários, antigos camponeses ou seus filhos, a emigrarem (CUNHA, 1991).

Na Pomerânia, localizada região oriental da atual Alemanha, de relevo composto por imensas e bem irrigadas planícies, de população pouco densa e com estrutura fundiária baseada nas grandes propriedades dos *Junkers*, que favorecidos por imunidades fiscais, concentraram ainda mais riqueza, a situação de precariedade se configurou de forma diferente. Os *Junkers* impediram o acesso à terra aos oriundos da antiga servidão camponesa produzindo uma massa de trabalhadores rurais assalariados: os moradores (*gefinde*) e os jornaleiros agrícolas (*tagelöhnern*) submetidos ambos, a rígida disciplina imposta pelos proprietários das terras com prisões e castigos corporais por greve ou tentativa de fuga. Na segunda metade do século XIX a produção de cereais sofre com a concorrência dos produzidos nos Estados Unidos, justamente devido ao trabalho dos imigrantes europeus. Desta forma a estabilidade dos *gefinde* é abalada e passa a ser

substituída pelos *tagelöhnern*, que não precisam ser pagos pelos proprietários nos períodos de entressafra. Essa mudança na composição dos assalariados rurais inicia um movimento migratório na busca de ocupações nas culturas temporárias que faziam parte do sistema de empreitada (batata e beterraba), nas indústrias urbanas ou em algum porto deslocando a esperança para uma vida melhor na América (CUNHA, 1991).

Segundo Cunha (1991), são necessárias razões suficientemente fortes para que alguém abandone o lugar de origem em busca do desconhecido, com todos os riscos e implicações que isso pode ter. Para ele, essas razões são principalmente econômicas. Os pobres é que são levados a emigrar, quando sua sobrevivência e de sua família se torna difícil ou até mesmo impossível no lugar onde nasceram.

Os primeiros doze imigrantes chegados em dezembro de 1849 na Picada Santa Cruz depararam-se com a mata densa sem nenhuma benfeitoria e poucas garantias por parte do governo provincial. Tiveram primeiramente que se defender dos animais selvagens, construir ranchos de pau a pique, derrubar a mata para só depois lançar as primeiras sementes na terra.

Passados dois anos, em 1851, com a chegada de novos imigrantes havia na colônia 175 habitantes, a maioria ainda construindo suas casas e pequenas hortas. Os primeiros já estabelecidos, abasteciam a colônia com feijão, abóbora, milho e batata, produzidos em pequenas plantações. O fumo em rama, já neste período, era plantado em quantidades suficientes que permitiria exportação. Também cana de açúcar, algodão e linho haviam sido plantados experimentalmente em pequena quantidade.

Em 1853, habitavam na colônia 692 imigrantes, vivendo em relativa abundância, pois as terras férteis produziram feijão, milho, batata, cevada, linho e fumo. Neste ano a colônia já exportava, através de Rio Pardo, 245 sacos de feijão e 160 arrobas de fumo em rama.

No ano de 1854, o governo da província instituiu a Lei das Terras, extinguindo a distribuição gratuita de lotes aos novos imigrantes. Inicia-se neste período o trabalho assalariado na colônia, com os chamados agregados e jornaleiros, imigrantes recém-chegados, que sem condições financeiras para comprar terras, ajustavam-se como empregados dos colonos mais antigos. Desta forma em 1856 a colônia já contava com 1.859 habitantes, sendo destes, aproximadamente 22% assalariados.

Com a maior valorização das terras em torno da colônia de Santa Cruz e a chegada de contingentes cada vez maiores de imigrantes, o governo provincial toma as terras pertencentes aos índios da aldeia de São Nicolau de Rio Pardo, que são loteadas e passam a fazer parte da colônia de Monte Alverne em 1857.

A colônia de Santa Cruz cresce rapidamente e o governo da província decide construir uma estrada ligando a colônia aos mercados das povoações do planalto e as terras devolutas de cima de serra. Havia nas entrelinhas, a ordem de expulsar os habitantes nativos e os negros quilombolas que haviam se instalado na região a serem substituídos por europeus brancos, conforme ofício de 15 de janeiro de 1863 que informa:

“[...] foi encontrado vestígios, que existem por dentro destes mattos um quilombo numeroso, cuja destruição he tanto mais necessário, que a colonização de Santa Cruz há de se estender por este lado até chegar em Cima da Serra”. (RIO GRANDE DO SUL, 1867 citado por CUNHA, 1991, p. 107).

Este processo de expansão territorial mostra com clareza que o estímulo para a colonização com imigrantes brancos e europeus significava o desejo provincial de ocupação da terra e branqueamento racial, usando como justificativa a ideia de que nestas regiões a agricultura estava abandonada e as povoações estagnadas, desconsiderando o modo de produção característico e a cultura local (CUNHA, 1991).

O processo de expansão agrícola na colônia dividiu-se em duas fases; a primeira de 1849-1859 de desmatamento e agricultura de subsistência e a segunda de 1860-1881 de estruturação dos setores econômicos, aumento da produção e início da exportação de excedentes (ROCHE, 1965). Segundo Cunha (1991) rompe-se nesta fase a identificação entre trabalho e produto do trabalho, desfaz-se a produção de valores de uso e de valores de troca para satisfazer as necessidades de reprodução da unidade familiar. Inicia-se a produção de mercadorias, não mais como excedentes acidentais, mas voltadas intencionalmente para o mercado.

O fumo, presente desde os primeiros anos da colônia, nesta fase, por interesses da administração colonial e do capital no processo produtivo, passa a ter crescente importância o que determina o incremento de sua produção. No Relatório da Colonização de 1870 consta:

“[...] a cultura do fumo está hoje enraizada na Colônia de Santa Cruz; a ela deve o seu progresso material [...]. Cuidando o governo em facilitar aos plantadores fornecimento regular de sementes novas e afamadas, e facultando-lhes os meios de transporte barato, transformar-se há a colônia de Santa Cruz em pouco tempo em um dos mais ricos districtos da Província”. (RIO GRANDE DO SUL, 1870 citado por CUNHA, 1991, p.163).

Esta fase de aumento na produção e exportação do fumo caracteriza-se por grande desenvolvimento econômico com crescimento do comércio e a incorporação de Santa Cruz ao mercado capitalista. Com a comercialização do fumo, os antigos “vendeiros” agora transformados em exportadores e importadores passam a acumular capital e com isso, passam a organizar a indústria local que em 1866 já contava com cinco fábricas de charutos, introduzindo a partir daí, mais explicitamente as relações capitalistas de produção (CUNHA, 1991).

Conforme Vogt (1997) a unidade de produção familiar de fumo, ainda que detendo a posse dos meios objetivos e subjetivos da produção, sempre esteve subordinada as regras do capital; até 1916 ao comerciante e depois à agroindústria; através da extração de seu sobre trabalho.

Já, no final dos anos de 1960, a chegada do capital internacional em Santa Cruz do Sul, inicialmente da *British American Tobacco*, que através do sistema integrado passaria a dar financiamento para investimentos e garantir a compra de toda produção, foi vista pelos fumicultores, como um alento ao mercado interno instável à época. Para os fumicultores era preferível adaptar-se a subordinação e ao controle rígido dos instrutores das fumageiras do que dedicar-se a outro tipo de cultura agrícola (VOGT, 1997).

A produção do fumo em Santa Cruz do Sul é obtida basicamente nas pequenas propriedades rurais (em média 18 hectares) através de mão de obra familiar, incluindo inclusive, muitas vezes mão de obra idosa e infantil. O fato do grupo familiar estar mais sujeito ao auto sacrifício e a auto exploração torna o valor da matéria prima mais baixo que combinado com a alta qualidade do fumo, obtido pelo processo manual e artesanal, traz elevada rentabilidade para as indústrias fumageiras que se fixam e transformam a realidade do município e da região, tornando o município o maior produtor de fumo do Brasil (VOGT, 1997).

Especialmente a partir do início da década de 1970, as indústrias instaladas na periferia urbana passam a beneficiar o fumo produzido em quantidades cada vez maiores na lavoura para suprir os novos mercados internacionais. Por ser o fumo um

produto sazonal e perecível, sua produção ocorre somente em um determinado período do ano e sua manipulação precisa ser realizada rapidamente na indústria.

Desta forma, a indústria fumageira, para evitar a compra da força de trabalho permanente, que durante parte do ano ficaria ociosa, agindo sob a racionalidade do capital, sincronizou a produção rural com o beneficiamento industrial. Cria-se aí a necessidade de um operário temporário, intermitente e sazonal, chamado localmente de “safrista”. Conforme o autor, este não deve ser confundido com o “boia-fria”, “pau-de-arara” ou “volante” da agroindústria açucareira paulista nem com o operário temporário das empresas terceirizadas prestadoras de serviço. Trata-se de um proletário que troca sua força de trabalho por um salário em atividade industrial urbana e que dessa forma se insere no mercado formal de trabalho durante alguns meses do ano, o que varia normalmente entre dois e seis meses (VOGT, 1997).

A medida que a atividade industrial vai se intensificando o número de safristas também aumenta, produzindo ocupação urbana desordenada na periferia, próximo às indústrias. Oriundos da zona rural do município e de outros municípios, tanto da zona rural como urbana, geralmente com baixa escolaridade, buscam melhores condições de trabalho e renda.

Em “A produção da periferia urbana em Santa da Cruz do Sul-RS: o lugar dos safristas na terra do fumo”, Silveira (1997) revela que o Estado extremamente permeável, receptivo e comprometido aos interesses da indústria fumageira, controla e disciplina a ocupação territorial da cidade em nome de uma organização espacial que garanta a valorização e a reprodução do capital multinacional, através de ações e políticas públicas que direta e indiretamente têm sido responsáveis pela segregação espacial e social dos trabalhadores safristas, que resultam em condições desiguais de acesso e uso da cidade pelos mesmos.

O número de safristas passou de 2.000 em 1957, para 7.584 em 1979, culminando com 9.713 em 1986, mantendo-se este número até 1992 quando diminuiu quase 40% até o final do século XX devido a fusão de algumas multinacionais e a maior mecanização da indústria. Esta instabilidade de emprego e renda representa desde muitos anos um problema social no município, mas que de certa forma, parece não merecer a devida atenção, havendo expressão direta de preconceito com estes trabalhadores, como se pode ver no editorial do jornal da cidade:

“Não há dúvida que o desemprego geral, nas indústrias que dependem das safras, contribui para alimentar o mal, se bem que haja na nossa cidade um regular número de malandros que, se descobrissem o cidadão que inventou o trabalho, o assassinariam impiedosamente. [...] O que nos impulsionou hoje a escrever este editorial é o fato de nos ter chamado a atenção que o aumento do número de crimes de furto e assalto à propriedade ocorre justamente no período da entressafra”. (GAZETA DE SANTA CRUZ, 13 mar.1956, p. 7 citado por VOGT, 1997, p. 207).

O tipo de relação de trabalho existente desde 1957 entre os operários safristas de Santa Cruz do Sul e os donos do capital internacional, foi definido pelos estudiosos, vinte anos depois, como, trabalho precário ou precariedade nas relações de trabalho. Este tema tem mobilizado sociólogos e economistas por entendê-lo como característica intrínseca ao atual mundo do trabalho.

As principais mudanças ocorridas no mundo do trabalho no século XX derivam das profundas transformações na estrutura produtiva do capitalismo em sua materialidade, bem como em seu campo subjetivo, político e ideológico. A crise do fordismo, especialmente a partir dos anos de 1970, fez com que o capital impusesse um largo processo de reestruturação em busca da recuperação de seu ciclo de reprodução. Para fazer frente à crise que se abateu nas últimas décadas do século passado, o capitalismo articulou uma dupla solução: a reestruturação produtiva e o neoliberalismo.

O toyotismo surgiu como um novo modelo originado no pós-guerra japonês, e apresentou como principais configurações: a produção flexível, o uso intenso da microeletrônica, a redução dos estoques e um grande processo de terceirização. Esses ajustes incluíram modificações como desregulamentação, flexibilização, terceirização, enxugamento das empresas em benefício do capital e em detrimento das pessoas, em suma, precarização (ANTUNES, 1999).

Para Castel (1998) a precarização nas relações de trabalho está relacionada à efemeridade do vínculo empregatício, através de contratos temporários, tempo parcial, estágios e outras formas flexíveis de contratação. Tal processo é marcado pela degradação da condição salarial, alimenta a vulnerabilidade social e se configura, paulatinamente, em um estado generalizado de insegurança que afeta até mesmo os que possuem vínculo empregatício formal.

O trabalho temporário exerce papel importante na tentativa de fragilizar o coletivo, intensificar as tarefas e individualizar comportamentos, com vistas a

neutralizar a mobilização coletiva e generalizar o silêncio (LINHART, 1978; BEAUD e PIALOUX, 1999).

A patologia do medo instaurada nos ambientes de trabalho induz condutas de dominação e ou de submissão, instaurando-se um clima de permanente competição, tanto individual quanto coletivo, suportável pela perspectiva da manutenção do emprego (PEZÉ, 2001; ALONZO, 2000).

A luta dos trabalhadores ao longo da história para amenizar o sofrimento e melhorar a saúde pode ser dividida em três fases, a saber: inicialmente a luta pela sobrevivência, depois a proteção do corpo e por último a preocupação com a saúde mental e o sofrimento psíquico causados pelo trabalho.

A primeira fase foi de extrema miséria, de condições desumanas de trabalho, de ambientes de trabalho sem higiene e degradantes, esgotamento físico e alimentação deficiente dos trabalhadores, mortes e acidentes de trabalho em função do descaso com os trabalhadores. Deste período são oriundos os textos clássicos da sociologia de Marx, Engels, Durkheim, Weber. Na segunda fase o trabalho se torna repetitivo, monótono e disciplinado e está alicerçado no corpo dócil do trabalhador que perde espaço para a máquina. Domina neste período o fordismo e o taylorismo. Dejours (1992), alerta para a necessidade da proteção aos corpos dos trabalhadores expostos aos acidentes, às doenças do trabalho e às intoxicações oriundas do constante contato com produtos químicos no ambiente do trabalho. No terceiro período é que a vinculação do sofrimento psíquico do trabalhador às formas como o trabalho está organizado passa a fazer parte das preocupações e discussões dos estudiosos do mundo do trabalho.

Novamente, Dejours (1992) relata que o trabalho ao mesmo tempo que gera prazer traz em seu bojo também sofrimento. Há muitas formas de sofrimento no trabalho: medo do acidente, angústia de não ser capaz de seguir os prazos de tempo impostos, sofrimento proveniente da repetição contínua e do aborrecimento, receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, medo da demissão e do desemprego (LANCMAN e SZNELWAR, 2004). Porém o lado mais cruel do sofrimento está no vazio a que é submetido o trabalhador e à culpabilização do mesmo pelo seu sofrimento, levando-o à sensação permanente de impotência e incapacidade, em que sua vida e seus esforços são considerados inúteis e descartáveis (DEJOURS, 1999).

O medo, para Dejours (1992), pode tomar uma dimensão importante na vida do trabalhador, mudando sua relação com o outro, passando a exercer de forma ímpar o individualismo, aumentando a competição e a fragilizando os laços afetivos. Este contexto de instabilidade configura-se como campo fértil para a instalação de patologias do medo, caracterizadas pela extrema angústia, mal-estar e ansiedade frente ao futuro. O trabalhador sente-se confuso, indeciso, perturbado, perdido e desvinculado, fatores estes que podem, no ponto extremo, levar ao suicídio (ORELLANO, 2005).

O adoecimento começa quando o trabalhador percebe o risco de perder o emprego ou a terra, no caso do agricultor, uma situação que produz culpa, vergonha e impotência. Frente a estes sentimentos os trabalhadores ocultam a dor e fecham-se no silêncio tornando-se reféns deste processo (BARRETO, 2000).

Estudos demonstram que as consequências do sofrimento laboral não se limitam apenas aos fatores econômicos (BLANCH- RIBAS, 2002). Esta situação trás no seu bojo questões subjetivas, desde o prejuízo na autoestima e no modo de viver a vida (SARRIERA, 1993) até ideações, tentativas e suicídios consumados (GUNNELL et al., 1993). Os trabalhadores podem manifestar problemas físicos como: gastrites, úlceras, estresse, fadiga crônica até câncer, além de sofrimento psíquico manifesto em síndrome de pânico, depressão, fobia social, ansiedade (SILVA, 2006).

Essa nova realidade do mundo do trabalho precarizado, usa frequentemente a micropolítica das humilhações cotidianas e sistemáticas como instrumento de controle da biopolítica, que desestrutura emocionalmente os trabalhadores. As consequências causam conflitos em suas vidas, alteram valores, transtornam as emoções e corroem o caráter, contribuindo para a fragmentação das biografias laborais e destruição dos laços de amizade. A este quadro se acrescenta o incremento de atos de violência nas relações laborais, associado ao estímulo à competitividade e à instalação da indiferença com o sofrimento do outro. No marco das transformações, os trabalhadores se sentem isolados e solitários, sem reconhecimento de suas potencialidades e criatividade, sem autonomia e liberdade. Estes fatores são responsáveis pelo desencadeamento de diferentes e novas patologias que estão na base do estado de mal-estar, responsável pelo aumento de suicídios relacionados ao trabalho (VENCO e BARRETO, 2010).

O tema do suicídio no trabalho apareceu na França nos anos 1990 e tem sido estudado a partir de uma vertente teórico-metodológica denominada psicodinâmica do trabalho (DEJOURS e BÈGUE, 2010). Até esta data, os suicídios na França ocorriam principalmente nas regiões rurais e entre agricultores, e a partir dos anos 90 começaram a aparecer em locais de trabalho, configurando uma situação de denúncia das cada vez piores condições enfrentadas pelos trabalhadores e apontando a "*profunda degradação do conjunto do tecido humano e social do trabalho*".

No Japão, Hiyama e Yoshihara (2008) afirmam que o estilo de trabalho japonês está vinculado a diversos problemas de saúde, como a ocorrência de *karoshi*: morte por excesso de trabalho. Amagasa; Nkayama; Takahashi (2005) relatam um transtorno ainda mais grave: *okarojisatsu*: suicídio decorrente do excesso de trabalho, em que há medo de não corresponder às expectativas do empregador, aumento desproporcional das responsabilidades e estresse psicológico que podem levar o empregado a desenvolver quadro depressivo severo e, de forma extrema, induzi-lo ao suicídio. Nakayama e Amagasa (2004) explicam que os fatores socioeconômicos e condições de trabalho excessivas tem levado à depressão e suicídio.

Apesar da precariedade das estatísticas, na França alguns grupos ocupacionais estão mais propensos ao suicídio: profissões expostas a situações cotidianas difíceis, como policiais e bombeiros; agricultores empobrecidos e endividados com risco de perda das propriedades; profissionais de setores geradores de estresse como hospitais, canteiro de obras, indústrias eletrônicas, serviços bancários, serviços comerciais de empresas multinacionais (DEJOURS e BÈGUE, 2010).

No que tange aos pequenos agricultores do fumo na região sul do Brasil, Etges (1991) refere que a exploração a que eles estão sujeitos, não se limita ao Brasil, mas que sim de um fenômeno mundial.

A inserção da lógica capitalista na área rural segundo Hobsbawn (2000, p. 284) "acarretou a mudança social mais impressionante e de mais longo alcance da segunda metade deste século, e que nos isola para sempre do mundo do passado: a morte do campesinato". Ele se refere as profundas alterações na forma de viver e trabalhar no campo e ao intenso êxodo rural ocorrido nas últimas décadas na maior parte do mundo.

Esta mudança ocorreu e está acontecendo no meio rural brasileiro e gaúcho, o que Werlang (2013) chama de “desruralização”, processo em que os laços do agricultor com a terra se desfazem e ocorre lentamente a expropriação de seu trabalho.

Para Ianni (1994) o mundo rural já se encontra ocupado pelas empresas, corporações e conglomerados industriais. Estas, imbuídas em racionalizar os processos de produção, a organização social e as técnicas de trabalho para ampliar excedentes, lucro e mais-valia, tratam de modificar a vida e o trabalho no campo, produzindo, neste espaço, um estilo de vida urbano. Nas pequenas propriedades familiares que ainda resistem, a produção rural encontra-se “satelizada” de modo direto ou indireto à grande empresa.

Esse fato se repete com os pequenos produtores no Sri Lanka, um país que durante 2.500 anos baseou sua economia no plantio de arroz em pequenas propriedades que supria 75% das necessidades internas. A partir de 1977, com a independência e a economia pautada no Consenso de Washington, o governo por pressão do Banco Mundial, passou a incentivar às exportações, às privatizações, à abertura ao capital estrangeiro e o livre comércio. Disso decorreu a diminuição no preço dos produtos, menor renda familiar e o empobrecimento extremo da população. Conforme o autor: *“la desesperación se instala, sobre todo entre los pequeños campesinos. La tasa de suicídios se eleva a um nível tal que coloca el país em el primer lugar mundial por esta causa a principios de la década de 1990”* (HOUTART, 2005, p.59). Percebe-se desta forma a que consequências o sofrimento gerado pelo trabalho pode chegar.

Procurando entender a complexidade do fenômeno do suicídio entre pequenos agricultores na serra gaúcha, dedicados ao cultivo manual de uvas, Werlang (2013), mostra que o meio rural cada vez está cada vez mais “desruralizado” devido a presença de elementos urbanos que adentram seu território. O avanço capitalista potencializado pela indústria traz transformações nos processos de trabalho no campo, gerando sofrimento social, especialmente nos idosos, produzindo depressão e o suicídio como manifestação mais simbólica.

Em Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier e Sinimbu, pesquisa realizada entre 1999 e 2001 envolvendo o Instituto Nacional do Câncer- INCA, a Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP, a Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, coordenado pela Universidade de Santa Cruz do Sul –UNISC buscou

conhecer o impacto da cultura do tabaco no ecossistema e na saúde dos plantadores de fumo na região de Santa Cruz do Sul-RS (ETGES, 2006). A amostra que avaliou os impactos na saúde foi composta por 315 fumicultores proprietários de até 25 hectares de terra, maiores de 18 anos, sendo 49% católicos e 51% evangélicos. Como principais resultados o estudo apontou: alta prevalência de sintomas neuro-comportamentais auto referidos como: irritação, cefaleia, formigamento, tonturas, câimbras; 86% referiu uso crônico com agrotóxicos, 5% dos indivíduos apresentou nível sérico de manganês considerado tóxico. A prevalência de depressão foi 35%, alcoolismo 50%, ansiedade 65% e 5,4% referiu ideação suicida (TRAPÉ e BOTEGA, 2006). Os agricultores mostraram-se indiferentes em relação ao fato de serem fumicultores e a maioria (67%) respondeu que a fumicultura é um empreendimento que produz lucro, dinheiro fácil e rentabilidade; outros 12% disseram que é uma cultura que por suas características possibilita a sobrevivência ou que não há outra opção na região (FERREIRA, 2006).

Como derivação deste estudo a dissertação intitulada “Os sentidos produzidos pelos agricultores e agricultoras familiares da cultura do fumo em relação ao trabalho”, ouviu da maioria dos entrevistados queixas de que o trabalho representa exaustão, repetição desgastante, e é apontado como responsável aos agravos do corpo e dos “nervos”. Os agricultores e agricultoras convivem com o não reconhecimento de seu trabalho e atribuem maior valor ao trabalho na cidade, que consideram “emprego”. Os sentidos produzidos ao trabalho dizem respeito a negação da criatividade, ao desprazer, à ansiedade produzida pelas obrigações assumidas com o fumo, às privações pela falta de renda, desânimo e conformismo com a situação que vivem (FIALHO, 2003).

Estes e outros autores evidenciam, portanto, associação entre as taxas de suicídio e indicadores econômicos e sociais (MOYANO DÍAZ e BARRÍA, 2006). O modelo atual de economia tem produzido condições precárias de trabalho e debilitação das redes sociais, fatores que contribuem para o sofrimento mental dos trabalhadores. Além disso, o trabalho produz mais ansiedade do que em outros tempos, absorve grande parte do tempo das pessoas, deixando-as com menos oportunidades de relacionar-se com família, amigos e vizinhos e realizar atividades culturais, políticas e sociais.

Enfim, parece existir em algumas regiões do Rio Grande do Sul, como no Vale do Rio Pardo e em especial no município de Santa Cruz do Sul uma

combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicológicos entre agricultores e trabalhadores na indústria, que aumentam o risco de suicídio, como: a cultura alemã e a provável “imigração” das taxas de suicídio do país de origem; a subordinação do processo de trabalho familiar à agroindústria fumageira transnacional nas pequenas propriedades; o manuseio cotidiano de agrotóxicos e suas possíveis consequências; os sentidos que atribuem ao trabalho na monocultura do fumo: rotineiro, artesanal, pesado, de luta permanente, sem reconhecimento social, que maltrata e não respeita os limites do corpo levando a exaustão; a baixa escolaridade; o endividamento; a defesa da honra numa cultura patriarcal; a manutenção entre gerações de elevada incidência de sofrimento mental e de comportamento suicida na família e altas taxas de uso abusivo de álcool entre agricultores do sexo masculino (HECK, 1994; CSILLAG, 1996; FARIA et al., 2000; FARIA et al., 2006; MENEGHEL et al., 2004; FIALHO, 2003; TRAPÉ e BOTEGA, 2006; BOTEGA, 2015).

3.6 É POSSÍVEL PREVENIR A ANTECIPAÇÃO DO FIM?

“Como médica, eu lidava com a vida: não queria saber daquela espécie de morte” (LUFT, 1987, p. 69).

A existência de pensamento ambivalente entre o desejo de morrer e de viver nas pessoas com comportamento suicida, já constatado em pesquisas, sugere por si só, a possibilidade e a necessidade de investimento em estratégias de prevenção, o que responde claramente, o questionamento que intitula este capítulo.

A pesquisa realizada por Botega et al. (2005), relata que dois terços das pessoas que se suicidam não desejavam morrer, mas muito provavelmente, queriam cessar um sofrimento psíquico insuportável que estreitava suas possibilidades de resolução através de uma visão em túnel, ou seja, o entendimento de que a única saída para o sofrimento seria a morte.

Para Minayo et al. (2013), para prevenir o suicídio faz-se necessário entender este fenômeno para além da ordem psicológica e psiquiátrica vigente, que aponta como causa única para o suicídio as questões de cunho individual. Para as autoras, as questões sociais e de saúde pública relacionadas às mortes por suicídio, são as de maior potência, quando se vislumbra a possibilidade de prevenção.

Entre as pessoas que apresentam comportamento suicida, a decisão de procurar ou não um serviço de saúde depende de características como o risco potencial de morte pela autoagressão (gravidade), o acesso e a confiança nos serviços de saúde, o estigma em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato (BOTEGA et al., 2009).

Em estudo conduzido por Botega et al. (2005), constatou-se que, de cada três tentativas de suicídio apenas uma apresenta gravidade suficiente para procurar um serviço de pronto atendimento. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativas de suicídio, estima-se que de 10 a 20% tentarão novamente no prazo de um ano (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005).

Segundo Vidal; Gontijo; Lima (2013), o primeiro contato dos casos de autoagressão com o serviço de saúde é uma oportunidade para que a equipe de saúde identifique o nível de risco e possa intervir para reduzi-lo. O risco nem sempre é identificado pela equipe, seja por características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade de lidar com pessoas que tentaram o suicídio. A assistência prestada a estas pessoas é uma estratégia fundamental na prevenção do suicídio, pois constituem um dos grupos de maior risco (BOTEGA e GARCIA, 2004).

Nesta mesma perspectiva, estudos indicam que 60% a 75% das pessoas que se suicidaram haviam procurado auxílio médico e ou estiveram hospitalizados entre um a seis meses antes de concretizar a ação autodestrutiva (WHO, 2000a).

No Brasil, pesquisa recente apontou que mais da metade das pessoas que se suicidaram (58,3%) percorreu vários serviços de saúde no período que antecedeu o desfecho, sem ter sido encaminhada para atendimento especializado. Foram apontadas fragilidades na atenção primária em relação à avaliação e ao manejo da pessoa com risco de suicídio. Questões como acolhimento humanizado, vínculo entre profissionais e usuários, lógica de atendimento pautada na integralidade e interdisciplinaridade, colocam este nível de atenção, num lugar privilegiado para a atenção às pessoas em risco (SENA-FERREIRA et al., 2014).

A OMS reconhece esta conduta desde 2000, e a partir de então, tem sugerido a ampliação da capacidade da atenção primária através de manejo e avaliação qualificada do comportamento suicida por seus profissionais não especializados tendo inclusive relatado a eficácia comprovada desta estratégia, especialmente em países de renda baixa e média (WHO, 2000a; WHO, 2010a; WHO, 2014a).

Vale ressaltar que apesar de extremamente importante que se proceda a melhoria do acesso aos serviços e profissionais de saúde mental e a ampliação de técnicas terapêuticas medicamentosas ou não, isso por si só, não é suficiente para dar conta da prevenção do suicídio.

Desta forma, a OMS em seu último informe sobre o tema, afirma que além da prevenção do suicídio constituir uma urgência global, é primordial, entender-se que: os suicídios representam um alto custo social; são possíveis de prevenção através de estratégias nacionais integrais e intersetoriais e da restrição do acesso aos meios utilizados para suicidar-se; os serviços de saúde devem incorporar a prevenção do suicídio como componente central em suas ações e as comunidades desempenham uma função crucial na prevenção pois podem prestar apoio aos indivíduos mais vulneráveis, auxiliar no seu acompanhamento, lutar contra o estigma e apoiar aqueles que perderam familiares e amigos por suicídio (WHO, 2014a).

Nesta mesma lógica, no ano de 2008, teve início no estado do Rio Grande do Sul um projeto intitulado “Promoção de Vida e Prevenção ao Suicídio” que contou com financiamento do Ministério da Saúde e parceria de diversos órgãos governamentais e não governamentais. Teve como objetivo possibilitar o desenvolvimento de capacitações que auxiliassem na prevenção e manejo do comportamento suicida, formando assim uma rede intersetorial de multiplicadores capazes de realizar estratégias em seus municípios para a diminuição da incidência deste tipo de morte.

Foram selecionados para participar do projeto quatro municípios em que as taxas de suicídio mantinham-se entre as mais elevadas do estado, sendo eles, Venâncio Aires, Santa Cruz do Sul, Candelária e São Lourenço do Sul. Desta experiência resultou a elaboração e distribuição de um manual intitulado “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” (MOURA et al., 2011a) e um guia de bolso “Prevenção do suicídio e promoção da vida: orientações para profissionais da rede local” (MOURA et al., 2011b).

Após este período cada município, ao seu modo e tempo, procurou encontrar estratégias adequadas às suas necessidades e capacidades locais para colocar em prática o apreendido até então. Um exemplo é do município de Candelária que implementou em 2009 o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio intitulado “Vida Sim” integrando no município ações do CAPS, da Empresa de

Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER, da Imprensa, do Hospital e da Rede Básica de Saúde através de uma rede interdisciplinar com fluxos ordenados sob a lógica de linhas de cuidado. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram atores importantes pois através de um sistema de vigilância domiciliar, garantiam o atendimento especializado e oportuno aos usuários e o suporte familiar e comunitário especialmente durante a crise (CONTE et al., 2012).

Pesquisa qualitativa e quantitativa vinculada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro avaliou o impacto do projeto nos quatro municípios gaúchos (NOGUEIRA, 2013). Em Santa Cruz do Sul a capacitação proporcionou troca de experiências com os outros municípios, maior sensibilização e motivação da equipe de saúde mental para articular ações com a atenção básica e os agentes comunitários de saúde. Mesmo assim, segundo o autor, não ocorreu nenhuma mudança após o projeto pois, segundo os trabalhadores locais, já existia uma escuta diferenciada em relação aos pacientes com pensamento suicida e a utilização de um formulário de avaliação para identificar comportamento suicida em todos os pacientes que chegavam ao CAPS, independente do motivo do encaminhamento.

Ainda em Santa Cruz do Sul, as participantes do estudo relataram dificuldade de realizar um atendimento intensivo no CAPS pois não contam com leitos de internação e sugerem a implantação de um CAPS III de abrangência regional. Como problema apontaram a subnotificação dos casos de tentativa de suicídio, justificada segundo elas, pela dificuldade de preenchimento dos formulários e as características do trabalho no pronto atendimento. Também a falta de apoio da gestão pública municipal de saúde, percebida na orientação de não divulgação de dados epidemiológicos sobre os suicídios, foi apontada por duas entrevistadas, como um fator desestimulante para a criação de uma rede de prevenção ao suicídio no município.

Ao avaliar o impacto quantitativo nas taxas de suicídio dos quatro municípios após três anos da implementação do projeto foram encontrados, segundo o autor, “resultados desanimadores”. Somente em São Lourenço do Sul houve um decréscimo nas taxas, em Venâncio Aires se mantiveram e em Candelária e Santa Cruz do Sul, houve aumento, sendo que neste último as taxas triplicaram durante o período. Também alerta para o aumento do número de suicídios nos últimos dois anos (2011-2012), possivelmente relacionado ao endividamento das pessoas em

função de créditos bancários facilitados. São na maioria homens, brancos, da zona rural (NOGUEIRA, 2013).

O aumento das taxas de suicídio em Santa Cruz do Sul neste período torna a questão ainda mais grave, visto que, por ser o mais populoso (número de habitantes pouco menor à população dos três outros municípios, juntas) representa uma frequência ainda maior.

Em função da magnitude das taxas, o município, ainda que tardiamente, a partir da iniciativa de profissionais da Comissão Municipal de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde, instituiu o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio, que a partir junho de 2015 passou a realizar reuniões mensais, configurando-se como um espaço de discussão coletiva sobre o comportamento suicida da população local.

O Comitê é composto por pessoas de diversos setores da sociedade, representantes de órgãos governamentais e não governamentais, entre eles: representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de Saúde Mental do Município, de cada um dos CAPS; da Estratégia de Saúde da Família - ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - EACS, do Núcleo de Apoio a ESF - NASF); da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (Coordenação de Saúde Mental da Região); do Hospital Santa Cruz (maior hospital da região onde fica o único pronto atendimento conveniado com o SUS no município); da Secretaria Municipal de Educação; da 6ª Coordenadoria Regional de Educação; do Sindicato de Trabalhadores Rurais; do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria do Fumo e da Alimentação; do CVV; do 7º Batalha de Infantaria Blindado; da Secretaria de Segurança Pública; da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social; do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; das Religiões e da Doutrina Espírita; da Brigada Militar; de Associações e Conselhos de Direitos interessados na temática (Associação de Clubes e Grupos da Terceira Idade/Conselho Municipal do Idoso, Conselho Municipal da Diversidade Sexual) e da Universidade de Santa Cruz do Sul, entre outros.

Esse grupo além de contar com uma proposta de Regimento Interno com regras de funcionamento também já elaborou um esboço do Plano Inter setorial de Prevenção do Suicídio no Município de Santa Cruz do Sul. Ambos documentos aguardam validação no Conselho Municipal de Saúde. Espera-se que a regulamentação garanta acesso a verbas públicas que garantam ao Comitê

capacidade legal e logística de planejar, sugerir e implementar ações voltadas a qualificar o manejo e a prevenção do comportamento suicida no município.

4 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

“Fico sozinha à mesa, fazendo bolinhas de miolo de pão. Vou ajeitando algumas sobre a toalha, este é o pai; esta é Evelyn; aqui fica Renato; ali Aretusa; aqui Bruno; esta sou eu. Um lugar vazio: minha mãe” (LUFT, 1991, p.121).

A escolha do caminho metodológico a ser seguido é sempre um grande desafio para o pesquisador. Fazer ciência dentro da perspectiva qualitativa é trabalhar com teoria, método e técnicas simultaneamente, numa perspectiva em que esse tripé se inter-relacione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na produção dos dados. Nesse sentido, a matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de ações: experiência, vivência, compreensão e ação; cujos sentidos se complementam.

Estudou-se em profundidade o evento do suicídio no contexto de vida do município de Santa Cruz do Sul, optando pelo **estudo de caso social**, definido por Becker (1993) com sendo a exploração intensa de um único caso, que nas ciências sociais, refere-se a uma organização ou a uma comunidade. Para o autor, este método tem duplo propósito. O primeiro é o de compreender de forma abrangente o grupo em estudo e o segundo é o de desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo estudado.

No estudo de caso o pesquisador pretende conhecer em profundidade o “como” e o “porquê” de uma situação que se supõe ser única em muitos aspectos, para saber o que há nela de mais particular e característico (YIN, 2010).

Para dar conta deste propósito este estudo de caso utilizou métodos mistos que incluem a abordagem quantitativa e qualitativa e a possibilidade de interação entre elas durante todo o caminho metodológico.

Mesmo utilizando-se a combinação das duas abordagens é irreal pensar que se pode observar, descrever e descobrir o fenômeno estudado em sua completude no estudo de caso. Apesar do pesquisador concentrar-se em alguns problemas que parecem de maior importância em relação ao caso estudado, o método não perde o seu valor, pois propicia ao investigador lidar com descobertas inesperadas e reorientar suas buscas forçando-o a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa, revelando novas questões relevantes à

pesquisa (BECKER, 1993). Segundo o autor, quanto mais o estudo de caso se aprofunda maior a probabilidade de descobrir problemas ainda não detectados e seu resultado pode ser a compreensão detalhada da operação de um grande número de fatores e condições que, na interação, podem produzir novos e inesperados resultados.

Não se tem a pretensão de generalização com o estudo de caso, na medida em que se analisa em profundidade um só município. Santa Cruz do Sul constitui um dos primeiros locais da ocupação alemã no estado, de onde derivaram muitos outros povoamentos, mantendo-se até hoje como principal polo econômico, cultural e social da região. Estudar o suicídio em Santa Cruz do Sul, um dos municípios gaúchos de elevados coeficientes de mortes por esta causa poderá contribuir na geração de hipóteses e ampliar a compreensão do fenômeno em outros municípios e regiões similares.

Neste estudo de caso, a aspiração foi a de produzir por meio da pesquisa local um quadro de ocorrências e de recortes compreendendo as relações de sincronia e diacronia entre o ordenamento que perpassa uma **história de cima**, produzida pelo Estado, ciência, fontes de trabalho e uma **história de baixo** constituída pelos indivíduos e pelas narrativas dos informantes locais. O cenário é o local do “choque”, o lugar da criação, da reelaboração, dos sentidos novos, onde reside o recorte minúsculo. A partir dele desejou-se produzir uma narrativa cujo enredo indique, mediante pesquisa documental, leitura exaustiva e rigor factual a possibilidade de desvendar uma teia social concreta onde os atores se movem, exercendo múltiplos papéis sociais e individuais e se recupere os temas e as conexões [das teias] ligadas à comunidade específica, às situações-limite e às biografias (SANTOS e RISTOW, 2011).

4.1 LOCAL DA PESQUISA

O município estudado, Santa Cruz do Sul, está localizado na depressão formada entre o vale do Rio Pardo e os contrafortes da Serra Geral, distante a 151 quilômetros da capital, no estado do Rio Grande do Sul. No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentava 118.374 habitantes com taxa de urbanização de 88,9% (IBGE, 2016).

Conforme a Federação de Estatística e Economia do Rio Grande do Sul (FEE-RS), para fins de planejamento e análise do desenvolvimento socioeconômico, o estado está dividido em 28 Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES). Santa Cruz do Sul consta entre os 23 municípios que integram o COREDE Vale do Rio Pardo, região onde vivem 433.285 habitantes num perímetro de 13.171,7 Km². Esta região abrange 4,9% do território e 3,9% da população total do estado contribuindo com aproximadamente 10,6% das exportações gaúchas (FEE- RS, 2016; IBGE, 2016).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde - RS, Santa Cruz do Sul é a sede da Região de Saúde Vinte Oito, antes denominada de 13^a Coordenadoria Regional de Saúde, que contempla 13 municípios onde residem 327.158 pessoas, destas, 36,2% em Santa Cruz do Sul, que além do mais populoso é o de maior Índice de Desenvolvimento Humano - IDH (0,77). Quanto à escolaridade, no último censo encontrou-se 14% da população (≥ 15 anos) com menos de 4 anos de estudo e 60,4% com 8 ou mais anos de estudo, parâmetros melhores que os da região que são de 20,2% e 48,3%, respectivamente (IBGE, 2016).

Santa Cruz apresenta Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* maior que o dobro dos outros municípios da região (R\$ 53.579,65), exceto ao de Venâncio Aires que é de R\$ 37.384,46 e em relação à contribuição de impostos é responsável por 78,4% do total da região (IBGE, 2016).

Foi no município que iniciou efetivamente a ocupação humana desta região do Rio Grande do Sul, pois entre 1849 e 1879 se fixaram 1.457 imigrantes europeus, provenientes majoritariamente das províncias da Prússia. Esta, na época pertencia a Confederação Alemã que com a unificação em 1870, passou a constituir o Império Alemão. Os colonizadores de Santa Cruz do Sul vieram em sua maioria do norte da Prússia, artesãos da província da Pomerânia (42,8%); e da região sul, os camponeses da província da Renânia (37,9%). Enfrentaram dificuldades para sobreviver em função do clima, das doenças tropicais e da inexistência de infraestrutura de apoio por parte do governo da província de São Pedro do Rio Grande. Desta forma precisaram abrir picadas no meio da mata densa, construíram casas, escolas e igrejas, o que; somado às dificuldades impostas pelas diferenças na língua, hábitos e costumes; contribuiu para que se organizassem em comunidades fechadas, delimitadas por religião ou por região de origem. Este suposto isolamento inicial contribuiu para que os descendentes dos imigrantes

mantivessem inalterados muitos dos seus hábitos, costumes e crenças até os dias atuais (CUNHA, 1991, 2004).

Após quase 200 anos da chegada dos primeiros imigrantes, a herança cultural ainda é percebida nos hábitos e costumes de muitos dos habitantes do município e região. Além da religião protestante, os imigrantes trouxeram inúmeras outras inovações, entre elas, o conhecimento e o costume de cultivar a folha do tabaco. Este cultivo encontrou clima e solo adequados, além da mão de obra familiar “gratuita” nas pequenas propriedades adquiridas pelos primeiros imigrantes, o que fez com que o produto tivesse alta rentabilidade, impulsionando inicialmente a agricultura e posteriormente a indústria de beneficiamento do fumo incorporada a partir do final da década de 1960 pelas indústrias transnacionais. A chegada do capital estrangeiro trouxe aumento de empregos na lavoura e em especial na indústria, provocando migração populacional dos municípios vizinhos, principalmente da zona rural empobrecida, resultando numa ocupação desordenada do espaço urbano e a criação de inúmeras vilas na região sul da cidade, próximas ao distrito industrial (ETGES, 1991; VOGT, 1997; SILVEIRA, 2003).

Atualmente Santa Cruz do Sul possui 23 Unidades de Saúde: 12 Unidades Básicas de Saúde e 11 Unidades de Saúde da Família; 3 hospitais gerais, totalizando 426 leitos e 2 leitos para hospitalização psiquiátrica. Possui um Pronto Atendimento do SUS (PA/SUS) referência em urgência e emergência que realiza em média 200 atendimentos/dia. O município possui desde 2008 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com duas unidades de suporte básico e uma de suporte avançado à vida. Na área da saúde mental conta com um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA) e um Centro de Atendimento Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ADIII) com oito leitos para desintoxicação leve a moderada (SANTA CRUZ DO SUL, 2016).

Em termos de segurança pública apresenta Guarda Municipal, Brigada Militar, Corpo de Bombeiros, Delegacias de Polícias, Delegacia da Mulher, Delegacia da Infância e Juventude, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (SANTA CRUZ DO SUL, 2016).

A escolha deste município como local da pesquisa, ou seja, do caso a ser estudado levou em conta, além da relevância quantitativa (taxas de suicídio historicamente elevadas e um dos maiores coeficientes de suicídio do país em 2012)

também o fato da pesquisadora residir no município; embora não seja natural da região. Isso possibilitou a imersão total no campo, a escuta diária de comentários, notícias locais (rádio, televisão, jornal) e opiniões sobre o fato; a vivência de situações de comportamento suicida entre alunos, amigos e conhecidos; a relação com estudiosos do tema (na universidade) e a facilidade de acesso aos serviços e aos profissionais, fato construído previamente através das relações ensino/serviço nos 15 anos de docência universitária, ampliado pela inserção no campo da saúde mental durante a participação na pesquisa multicêntrica nacional sobre tentativa de suicídio em idosos (MINAYO et al., 2013).

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo de caso de um município que historicamente apresenta elevadas taxas de suicídio, inserido em uma região com estas mesmas características, e por estudos qualitativos já terem sido realizados sobre este tema envolvendo familiares de pessoas que se suicidaram e idosos que tentaram o suicídio no município e/ou região, optamos por buscar, através das narrativas de alguns sujeitos, identificados nesta pesquisa como informantes-chave, algo de novo e original para a compreensão do fenômeno.

Para Schensul (2004), os informantes-chave são pessoas com conhecimento de um tema, com amplos contatos e envolvimento ativo na comunidade, indivíduos com conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre o assunto de interesse do pesquisador.

Por seu conhecimento das normas que regem o funcionamento da comunidade investigada, os informantes-chave poderão se tornar colaboradores especiais da pesquisa ajudando a formular, expandir ou clarificar as interpretações do pesquisador (GILCHRIST e WILLIAMS, 1999).

Os informantes-chave além de residirem no município também desenvolvem atividades junto à população e ocupam diferentes espaços de interação na sociedade local. Acredita-se por isso, que tiveram ao longo do tempo contato direto ou indireto com às questões que envolvem o suicídio e desta forma tenham elaborado suas próprias explicações sobre este evento.

A interpretação que cada indivíduo dá a um determinado fenômeno diz respeito às suas crenças e percepções pessoais, mas também representa o espaço

e o tempo histórico ocupado por cada um na sociedade. Desta forma, o sujeito através de sua narrativa, além de falar por si, fala também do contexto que o envolve, ou seja, expressa crenças e percepções da sociedade como um todo.

A identificação dos informantes-chaves foi ocorrendo ao longo do período do estudo, na medida que a pesquisadora se aproximava do tema. Desde a inserção prévia da pesquisadora no estudo multicêntrico nacional sobre tentativas de suicídio em idosos, na construção do marco teórico da tese de doutorado e também ao longo da pesquisa de campo, foram surgindo nomes de pessoas que pela experiência ou representatividade na área de conhecimento, foram sendo identificadas como possíveis participantes do estudo.

Os convites aos sujeitos e a realização das entrevistas não ocorreram de forma linear como poderia se supor. Como previsto no método de estudo de caso a não definição *a priori* dos sujeitos que participarão do estudo se deve ao fato de que o pesquisador-observador não saber no início do trabalho qual subtema será merecedor de maior aprofundamento e investigação, o que vai sendo definido durante a trajetória da pesquisa (BECKER, 1993).

A definição dos informantes-chave surgiu a partir de indicações de outros informantes-chaves, de pessoas da comunidade e de percepções da própria pesquisadora. Mesmo que alguns não entendessem de início o convite, não sabendo como contribuir, pois, acreditavam que este era um assunto só para especialistas de saúde mental, todos aceitaram participar sem restrições e o fizeram com bastante entusiasmo, presteza e seriedade. Alguns inclusive forneceram material de consulta para auxiliar na construção da tese, como cópias de matérias sobre o tema no jornal local e manual de prevenção do suicídio da Federação Espírita do Rio Grande do Sul (FERGS).

O estudo contou, portanto, com a participação de 16 informantes-chave, 8 mulheres e 8 homens de diversas áreas, na tentativa de minimamente dar conta da complexidade do tema e da necessidade de observá-lo de variados ângulos, na busca de uma compreensão para além da relação linear com o sofrimento mental e as morbidades psiquiátricas, já bastante estudadas.

Foram entrevistados informantes-chave das seguintes áreas: saúde, religião, agricultura, trabalho, educação, justiça e comunicação social.

Do setor saúde participaram sete informantes-chaves, são eles: Assistente Social Coordenadora da Saúde Mental no município, Agente Comunitária de Saúde

da Estratégia de Saúde da Família de área rural, Enfermeira do Plantão de Urgência SUS do município, Enfermeira Coordenadora do SAMU, Médico Psiquiatra, Assistente Social do CAPS II e Psicóloga do NASF.

De outros setores participaram nove informantes-chave, são eles: Funcionário da área social da EMATER (agricultura), dois Professores Historiadores e Pesquisadores (educação), Jornalista do maior veículo de comunicação do município (comunicação), Pastora Evangélica (religião), Membro da União Municipal Espírita (religião), Promotor de Justiça (justiça), Militar do Exército (trabalho), Psicóloga do Sindicato de Trabalhadores Rurais (trabalho).

Suas idades variaram de 32 anos a 77 anos e a escolaridade compreendeu desde o ensino fundamental até pós-doutorado. Quatro deles se consideram de etnia alemã, um deles de etnia ucraniana, filho de pai e mãe nascidos na Ucrânia e emigrados ao Brasil no início do século XX. Os demais responderam de várias maneiras, alguns estranhando e não sabendo como responder à questão.

Dos 16 informantes-chave, cinco são santa-cruzenses, destes, somente uma nunca se afastou do município, dois se afastaram por período curto para estudos e dois por muitos anos, vivendo em diversas cidades dentro e fora do estado por conta de suas profissões, retornando há mais de cinco anos.

Os outros 11 informantes-chave residem na cidade entre 3 e 57 anos e são naturais de Porto Alegre (3), Santa Maria (1), Cachoeira do Sul (1), Soledade (1), Encruzilhada do Sul (1), Rio Pardo (1), Venâncio Aires (1) e outros dois de outros estados, Santa Catarina (1) e Paraná (1).

4.3 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Para a produção de informações qualitativas neste estudo de caso, optamos pelo uso de narrativas, por entendê-las como expressões simbólicas que explicam e intuem o que está acontecendo, fazendo parte das estratégias utilizadas para a construção das explicações sobre os eventos vivenciados e de que significados esses eventos são revestidos pelas pessoas do contexto social. Desta forma, não devem ser pensadas somente como um produto individual, pois em sua construção, o narrador se vale de princípios e lógicas culturais próprias de um determinado grupo social.

Acreditamos que as narrativas dos informantes-chave possam ter sinalizado como a sociedade local tem construído e ancorado suas explicações sobre o suicídio, o que possibilitou à pesquisadora, elaborar aproximações teóricas acerca do objeto do estudo, a partir do próprio contexto em que ele ocorre e é significado.

4.3.1 As narrativas como perspectiva teórico-metodológica

Todas as culturas conhecidas são contadoras de histórias e qualquer experiência humana pode ser expressa como narrativa. Não são apenas as narrativas que definem a cultura, mas a cultura orienta as narrativas elaboradas em seu interior. O interesse atual pelo estudo das narrativas significa uma abertura para formas de conhecimento que haviam sido abandonadas pelo cientificismo moderno (GERGEN, 1994; BRUNER, 1990; ALVES e RABELO, 1999; CAPRARA e VERAS, 2004). Narrar e contar são fatos intercambiáveis, daí a importância dada ao tecer do enredo na configuração narrativa, fazendo com que o mundo seja sempre temporal. O tempo torna-se tempo humano, na medida em que está articulado de modo narrativo (FERREIRA e GROSSI, 2004).

As narrativas como ferramenta teórico-metodológica fazem parte do construcionismo, uma corrente do pensamento que percebe a ciência como construção sócio histórica, na qual assume dimensão central, o estudo da linguagem, enquanto constituinte de práticas sociais produtoras da realidade e da construção de sentidos (GERGEN, 1985; IÑIGUEZ, 2004).

Cabruja, Iñiguez e Vasquez (2005) afirmam que o mundo está atravessado por narrativas e narrações, e para tornar a realidade inteligível, é preciso organizar uma narração desta realidade. As narrações e narrativas se entrecruzam e dialogam entre si, e dessa maneira, dão sentido ao mundo que vivemos. As identidades do eu e do outro são elaboradas por meio de múltiplas narrações que contamos, que nos contam e que contamos a outras pessoas sobre nossas vidas e sobre as múltiplas narrações que ouvimos contar sobre a vida de outras pessoas.

Ricoeur (1994) ao elaborar um significado para as narrativas, construiu o conceito de narrativa como relação entre a ação e o tempo, através de três níveis temporais: a prefiguração, a configuração e a refiguração. A prefiguração se situa no nível do vivido e da experiência; a configuração acontece por meio da configuração simbólica e a refiguração através da comunicação de uma experiência. Para Ricoeur

a experiência está sempre articulada à sua reelaboração na condição narrativa, na qual sujeitos contam o que viveram e buscam um sentido para suas experiências. As narrativas produzem tensão permanente entre a ordem e coerência em contraposição à discordância e ao caos (CARVALHO, 2003).

A narrativa pressupõe um eu que fala, que conta e um eu que ouve, o qual pode ser o pesquisador, o ouvinte eventual, o profissional de saúde. Este ouvinte ajuda o narrador a reconstruir uma história, construindo ou recuperando uma identidade e uma memória coletiva (BENJAMIN; HORKHEIMER; ADORNO, 1975). No processo da pesquisa narrativa, o investigador ouve a história do outro, respeitando o ponto de vista do narrador, independente da veracidade dos fatos, situação que não implica no silêncio do investigador. Isso significa que se dá tempo e espaço aos participantes, para que contem suas histórias e para que essas histórias ganhem a validade dos relatos oficiais (CARVALHO, 2003; CONNELLY e CLANDININ, 1995).

Mairesse (2003, p. 266) diz que as narrativas remetem a uma discussão sobre o tempo, o espaço e a memória imbricados no ato de contar.

“A dupla contar/escutar vai tecendo uma rede, entrelaçando pedaços de tempo perdidos, compondo uma história onde se ressuscitam fantasmas e tornam-se presentes os ausentes. A fala toma um lugar de criação, como um dispositivo acontecimental”.

Meneghel (2008) em um texto sobre histórias de vida, comenta que as narrativas podem contribuir para ajudar as pessoas a refletir sobre situações de opressão/dominação invisíveis, como às relacionados ao gênero, à raça e à classe social. Ao contar e recontar histórias, o narrador resgata memórias, remodelando-as segundo a ótica do presente e dando outro significado às experiências.

Portanto, as narrativas são importantes fontes de informação em pesquisas qualitativas e comparativamente às histórias de vida, são mais focadas e permitem ao pesquisador ater-se a um tema de modo mais específico (LOCK e CHURUIAN, 2004).

O processo narrativo parte do discurso humano do cotidiano, mas por seu caráter dinâmico, eventos passados são narrados de uma maneira congruente com sua expressão atual, ou seja, o presente é explicado, tendo referência o passado

reconstruído, e ambos são usados para gerar expectativas sobre o futuro (LANGDON, 1994; GARRO, 1994; GOOD, 1995).

As narrativas dos informantes-chave foram agrupadas em um só conjunto, compondo um único texto, elaborado a partir de muitas vozes. Esse cuidado foi tomado para não identificar os informantes-chave e para potencializar as informações produzidas, na medida em que foram sendo acrescentadas a cada tema, as várias perspectivas manifestas por cada um dos entrevistados.

4.3.2 A operacionalização da produção de informações

Para produção das informações, a partir das narrativas dos informantes-chave, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) contendo questões norteadoras com intuito de motivar a reflexão dos sujeitos sobre alguns pontos considerados importantes *a priori* para a compreensão do fenômeno no contexto local. Ao final, solicitava-se aos informantes-chave que se tivessem algo mais a dizer sobre o tema, ainda não narrado no decorrer da entrevista, que o fizessem com total liberdade.

As entrevistas ocorreram em horário e local previamente combinado, de acordo com o desejo do entrevistado, de forma a garantir conforto e privacidade para o mesmo expor suas opiniões de forma livre e sem interferências. A maioria dos entrevistados escolheu seu local e horário de trabalho, tendo cinco entrevistas ocorrido na sala de estudos privativa na Biblioteca Central da UNISC.

As entrevistas tiveram duração de 30 a 90 minutos e foram gravadas em equipamento de áudio após concordância expressa dos entrevistados. A ACS foi a única que ficou inicialmente reticente, temendo cometer erros de português durante a fala, já que foi alfabetizada em alemão e utiliza esta língua diariamente no cotidiano de trabalho, **resvalando** às vezes, no uso do português. Através do acolhimento empático que a tranquilizou sobre a irrelevância deste fato, caso acontecesse, frente à importância de seu depoimento diante dos inúmeros suicídios ocorridos em sua área de atuação, até mesmo, na tentativa de compreendê-los e propor estratégias de prevenção adequadas à sua comunidade; a mesma acabou aceitando ter a conversa gravada. Sentiu-se tão comprometida com o estudo que um dia após a entrevista, ligou para a pesquisadora para relatar algo que havia esquecido no dia anterior.

Os dados quantitativos de mortalidade por suicídio foram obtidos do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) codificados segundo a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) nas categorias de X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87 (sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente). A busca compreendeu o período de 2003 a 2014 que abrange quatro triênios: 2003-2005; 2006-2008; 2009-2011; 2012-2014. Para possibilitar a análise comparativa, também foi coletado deste mesmo período dados de mortalidade por suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul.

Por entender a importância de se conhecer as características da profissão/ocupação e do local de moradia (urbano-rural) das pessoas que se suicidaram e como estas informações não estão disponíveis no DATASUS, procedeu-se a busca manual através das Declarações de Óbitos (DO) arquivadas no setor de Vigilância Epidemiológica Municipal. Como estes documentos são incinerados passado um certo período, foi possível acessar somente àqueles do ano de 2007 até 2015, sendo que de 2014 e 2015, ainda são dados preliminares, visto que ainda não estão disponibilizados para acesso no DATASUS.

De acordo com Becker (1993), devido suas características, o estudo de caso exige do pesquisador-observador, o uso de várias modalidades de técnicas e procedimentos no processo de coleta de dados, entre eles a observação participante, entrevistas e a coleta de documentos.

Durante a realização do estudo, além das entrevistas com os informantes-chave e da coleta dos dados quantitativos no banco de dados e nos documentos da Vigilância Epidemiológica, a pesquisadora envolveu-se em diversas atividades caracterizadas como observação-participante, que a aproximaram ainda mais do objeto de estudo, como as descritas a seguir: orientou trabalho de conclusão de curso intitulado “Tentativas de suicídio no município de Santa Cruz do Sul na perspectiva do serviço de urgência e emergência” (Dezembro/2014); assistiu banca de defesa de tese de doutorado intitulada “Suicídio: políticas e ações de enfrentamento a partir da política nacional de saúde pública no Vale do Rio Pardo” (Fevereiro/2015); participou da VII Semana Municipal de Prevenção à Violência como ouvinte na palestra “Impacto do Comportamento Suicida” e como palestrante “Suicídio: é possível prevenir” (Agosto/2015); coordenou as Rodas de Conversa: “Suicídio: é possível prevenir” na XII e XIII Semanas Acadêmica Integrada dos

Cursos da Saúde da UNISC Agosto/2015; Agosto/2016), participou da disciplina Seminários em Processos Clínicos do Departamento de Psicologia da UNISC com o tema “Suicídio na Clínica” (Novembro/2015) e participou das reuniões mensais do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio como membro representante da UNISC (2016). Durante esta trajetória, encontrou inúmeras pessoas, das quais ouviu relatos, histórias e impressões sobre o tema, além da interação diária com os alunos da graduação que também emitem suas opiniões sobre a problemática.

Como pano de fundo para estas interações, a pesquisadora vivenciou neste processo o drama do suicídio de um estudante e da elaboração do luto por familiares, colegas, professores e de seu próprio luto, fazendo-a **sentir na pele** a impotência, a culpa e a raiva com a situação, o que significou num primeiro momento imobilização, mas, posteriormente maior envolvimento com a temática.

Também foi possível durante a trajetória do doutorado acompanhar através da mídia local e da mobilização popular, notícias sobre suicídios, especialmente de duas situações em que o evento se deu em local público despovoado e resultou em buscas policiais demoradas até a localização do corpo. Outros casos de suicídio e de tentativa de suicídio, inclusive entre universitários, também ocorreram nos últimos anos, tornando o objeto de estudo, ainda mais presente na vida da pesquisadora.

Buscou-se documentos no formato de recortes de jornal, livros, monografias, dissertações e teses que tratassem direta ou indiretamente do suicídio no município. Foram escassos os textos encontrados sobre o tema, diferente do vasto material disponível sobre aspectos da colonização germânica no município e região, como: descrição da história, da cultura, da religião, da língua, entre outros.

Para além da busca científica, a pesquisadora aproximou-se da obra literária da renomada escritora brasileira Lya Luft que é natural de Santa Cruz do Sul. Através da trilogia da família, composta pelos romances “As parceiras” (1980), “A asa esquerda do Anjo” (1981) e “Reunião de Família” (1982) a escritora descreve o cotidiano de famílias de imigrantes alemães e suas (des) conexões com o universo cultural brasileiro.

Mesmo sendo estas, obras de ficção, Lya Luft em entrevistas sobre seu trabalho como escritora, além de revelar seu amor pela terra natal diz que nestes três romances, especialmente no segundo, revela o preconceito existente na região entre as pessoas de origem alemã - **nós** - e os brasileiros - **os outros** -, na pequena cidade do interior gaúcho onde nasceu e morou até os 19 anos. Relata que durante

a infância e adolescência sentia-se muito incomodada com manifestações de uma certa **arrogância europeia** e um discurso utópico permanente sobre a Alemanha como local ideal, sendo que a maioria das pessoas não conhecia e jamais conheceu este país (MOREIRA, 2013, grifo do autor).

Estes fatos podem ter influenciado a obra de Lya Luft anos mais tarde, o que segundo ela, resultou no descontentamento de seus conterrâneos que desaprovam seus escritos sobre a cultura germânica. Mesmo assim a escritora demonstra a importância de sua terra natal garantindo que na contracapa de seus livros, esteja geralmente registrado o seu local de nascimento. Sobre por que escreve, Lya diz:

“Escrevo sobre o que me assombra, às vezes desde criança. [...] escrevo propondo uma releitura dos valores familiares e sociais de meu tempo [...] como uma denúncia da hipocrisia, da superficialidade e da mentira nos tipos de relacionamentos mais estranhos e mais comuns[...] escrevo para obter respostas que - eu sei – não existem... por isso continuo escrevendo. Talvez seja essa a função de toda a arte (se é que ela tem alguma): a libertação e o crescimento de quem a exerce e de quem a vai contemplar. Nessa medida a pessoa do escritor é desimportante [...]” (LUFT, 2004, p.180).

Para Melo (2005), a visão intimista usada por Lya Luft para descrever a alma martirizada de seus personagens, ao contrário do que se poderia sugerir, integra-se a visão social de mundo, complementando de modo singular a função humanística da literatura. É por isso que as narrativas da autora resistem à coisificação do mundo através da linguagem desarticulada, dos silêncios aterradores, da poeticidade enigmática, da estranheza que sentimos ao nos depararmos com o grotesco da vida e da morte. Suas obras aproveitam-se do que é supérfluo para a sociedade mecanizada – das reflexões sobre a dor de ser e de sentir-se deslocado no despedaçado mundo social e sobre a degradação que leva os indivíduos à loucura, à solidão, ao autoconhecimento e à morte. Ela percorre com sua produção, percursos subterrâneos, submersos e suspensos, rotas impossíveis de serem vistas sem o olhar reflexivo da alma que paira sobre o inconsciente coletivo.

Por todos estes motivos, excertos narrativos da obra da autora, especialmente de “A asa esquerda do Anjo”, foram utilizados no percurso de toda a tese. Com isso buscou-se proporcionar ao leitor um novo olhar, pela lente *luftiana*, que permita a discussão e análise do tema também sob o foco da literatura.

4.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE

A partir do extenso material oriundo de múltiplas fontes, procedemos a organização dos dados do estudo de caso, ordenando-os conforme o tipo de fonte primária ou secundária com o intuito de facilitar a compreensão geral do fenômeno estudado.

Para a abordagem quantitativa foram agrupados os dados oriundos do DATASUS e das Declarações de Óbito em planilhas do Excel. Assim foi possível descrever a tendência histórica do suicídio em Santa Cruz do Sul, caracterizando as frequências do evento e o perfil das pessoas que se suicidaram no município no período de 2003 a 2015.

Como as abordagens qualitativa e quantitativa foram pensadas como complementares, os dados foram triangulados comparando os resultados encontrados na análise quantitativa com os resultados das narrativas dos informantes-chave. Segundo Yin (2010) quando no estudo de caso se utiliza várias fontes de dados é recomendado que a análise siga uma lógica corroborativa entre elas, no sentido de qualificar e aprofundar os resultados do estudo.

Para a análise dos dados qualitativos foi necessário realizar uma leitura exaustiva das gravações das falas dos informantes-chave, que permitiu a identificação dos temas mais expressivos que emergiram das narrativas. Os informantes ao falar sobre o suicídio em Santa Cruz do Sul, remontaram ao passado, contaram e recontaram a história e as histórias da cidade, teceram considerações sobre a cultura germânica e trabalho com o fumo. Concordando com Sparkes (2003), a narrativa tem a ver com contar histórias. Portanto, ao dizê-las, escutá-las e escrevê-las, aumentam as chances de identificar percepções, ideias, pontos de vista e regularidades emitidos pelos narradores. A narrativa é a forma linguística que melhor se adapta à compreensão da historicidade da experiência humana como uma ação contextualizada. As descrições narrativas mostram a atividade humana como um compromisso com propósitos e apostas no mundo e é uma forma de abrir uma janela à cultura de um determinado grupo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) obtendo a aprovação através do Protocolo de nº 25922 e também aprovado pelo CEP FIOCRUZ/RJ (Anexo II) **que** demonstra sua adequação aos preceitos técnicos e éticos exigidos para pesquisa com seres humanos descritos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Desta forma, destaca-se que os participantes do estudo foram informados do teor e da finalidade da pesquisa, do caráter sigiloso das informações através da leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) antes de assiná-lo. Após assinatura, uma via ficou sob posse do entrevistador e outra foi entregue ao entrevistado. Foi garantido ao entrevistado o direito de não responder alguma questão ou de desistir de participar a qualquer momento da entrevista ou mesmo após o seu término, o que não aconteceu em nenhuma situação.

Como a pesquisadora participa efetivamente do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio como representante da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), ao final do estudo, como devolutiva, além da produção científica inerente à tese, pretende-se contribuir com um amplo debate público, necessário para diminuir o tabu e o medo da população em falar sobre o tema, divulgando amplamente a rede de serviços capacitados para esta atenção, além de também, pela via do ensino e da extensão, promover o debate acadêmico e a capacitação de estudantes e profissionais da área da saúde na identificação, encaminhamento e cuidados adequados às pessoas com comportamento suicida e suas famílias.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo foi organizado, para fins didáticos, em dois grandes blocos explicativos. O primeiro bloco compõe a apresentação e análise dos dados secundários coletados no Sistema de Informação de Mortalidade e nas Declarações de Óbito. A partir dos dados quantitativos foram construídas tabelas e figuras que procuram explicar e detalhar o perfil das pessoas que se suicidaram no município, assim como, a frequência do evento em Santa Cruz do Sul, comparando-o, com outras realidades e com ela mesma, ao longo do tempo.

O segundo bloco foi construído a partir de elementos presentes nas falas dos informantes-chave. Várias subcategorias, exemplos, elementos explicativos, percepções e atribuições causais foram acrescentadas às narrativas maiores. A voz do narrador foi conferida aos 16 informantes-chave, identificados como sujeitos, que estão presentes em cada uma das narrativas descritas e discutidas, como se fosse uma única conversa. Elas foram organizadas através de três grandes temas: o primeiro refere-se ao **espírito alemão** ou à cultura alemã que ainda hoje se mantém na cidade, o segundo tema que atravessou as falas e permitiu compor a segunda narrativa se refere ao trabalho com o fumo, cuja metáfora poderia ser **o trabalho que mata** e o terceiro e último tema surgiu das constatações implicadas e das elucubrações esperançosas sobre a realidade do suicídio no município expressas pelos narradores chamado **os caminhos da prevenção**.

Durante toda a construção deste capítulo a vertente quantitativa e a qualitativa caminharam juntas, colaborando mutuamente na busca de explicações mais ampliadas e aprofundadas que pudessem dar conta, minimamente, da complexidade do tema.

5.1 OS NÚMEROS DO SUICÍDIO EM SANTA CRUZ DO SUL

Os informantes-chave foram unânimes em afirmar que o suicídio é uma situação corriqueira e até naturalizada em Santa Cruz do Sul. Dos 16 entrevistados, três relataram ter presenciado diversas situações de comportamento suicida e de suicídio e de comportamento suicida entre seus familiares, amigos, vizinhos e conhecidos. Coincidentemente, estes informantes-chave são santa-cruzenses e moraram a maior parte de suas vidas na cidade ou em cidades colonizadas por

alemães. Dos demais, apenas uma pessoa referiu o suicídio de um familiar próximo, há bastante tempo, fato que ainda lhe causa imenso sofrimento.

Apesar do contato frequente com esta questão, a maioria dos informantes-chave, exceto alguns profissionais de saúde mental, desconhece a magnitude das taxas de suicídio em Santa Cruz do Sul. Muitos lembram que o problema maior é o de Venâncio Aires, município vizinho, pois este é conhecido como a “capital nacional do suicídio”. Falam do estudo que apontou a situação grave dos suicídios em Venâncio Aires alguns anos atrás. Provavelmente isso ocorra pelo completo desconhecimento dos dados municipais de mortalidade devido a não divulgação dos indicadores de saúde pelos serviços públicos e conseqüentemente pelos meios de comunicação locais ou talvez pela manutenção do tabu na sociedade. Desta forma é mais confortável atribuí-lo ao vizinho e “fazer de conta” de que o problema é deles. Este fato também pode ser explicado pelo que Nogueira (2011) na pesquisa sobre as repercussões do projeto de capacitação para enfrentamento local do suicídio denunciou que interesses políticos e eleitorais silenciam e tornam invisíveis as altas taxas de suicídio locais. Não falar sobre o problema parece não ter ajudado, ao contrário, foi o que relatou um dos informantes-chave ao discutir os dados epidemiológicos no momento da entrevista.

Diante disso, esta seção se propõe a apresentar e analisar os dados disponíveis no DATASUS referente as mortes auto infligidas em SCS no recorte histórico de 2003 a 2014 (12 anos) e compará-los com os dados coletados diretamente das Declarações de Óbitos disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica do município referentes ao período de 2007 a 2015. Estas últimas, permitiram informações não disponíveis no DATASUS, como local de moradia (urbano, rural) e profissão das pessoas que se suicidaram neste período.

Quando comparadas as duas fontes documentais foram encontradas pequenas inconsistências. O número de óbitos no DATASUS referente ao período de 2007 a 2014 comparado aos registrados no Serviço de Vigilância Epidemiológica, excede em seis casos. Talvez estes seis suicídios de moradores de SCS tenham ocorrido em outros municípios e os documentos, por este motivo, tenham sido arquivados no local de ocorrência do óbito e não no local de residência da pessoa. Também não foi possível acessar às Declarações de Óbito de anos anteriores a 2007 pois, periodicamente o Serviço de Vigilância Epidemiológica incinera os documentos arquivados. No ano de 2015, os dados analisados, derivaram

unicamente das Declarações de Óbito consultadas, visto que, as informações ainda não estavam disponibilizadas no DATASUS e, portanto, não oficializadas.

Nas duas fontes documentais, durante todo o período analisado, não foi encontrado nenhum registro de óbito na categoria Y87 referente aos óbitos em consequência de sequelas de lesões auto infligidas. Questiona-se: para um município com números expressivos de mortes por lesões auto infligidas, todos os óbitos se deram logo após o ato? Nenhuma pessoa, durante todos estes anos, teria sobrevivido e morrido algum tempo depois, em consequência das lesões? Numa primeira análise parece ser uma situação de subnotificação, que para um município com números elevados de suicídios informados, torna a questão ainda mais preocupante.

Diante desta constatação, buscou-se verificar os óbitos entre as categorias Y10 e Y34 que se referem aos eventos por intenções indeterminadas e a categoria X59 que registra os acidentes não especificados. Estas categorias costumam mascarar óbitos por suicídio, principalmente entre adultos jovens. Encontrou-se para o período de 2003 - 2014 um total de 15 óbitos por intenção indeterminada e 3 óbitos por acidentes não especificados. Em São Paulo, pesquisa que comparou 550 registros de óbitos por intenções indeterminadas com seus respectivos Boletins de Ocorrências da Polícia Civil não descobriu, após investigação minuciosa, a real causa da morte na maioria dos casos (66%) e encontrou, entre eles, somente 12 casos de suicídio, que correspondem a 2,2% do total (DRUMOND JR et al., 1999). Este percentual transposto para os dados do município do estudo não teria impacto significativo no número final de suicídios do período estudado.

5.1.1 O perfil do suicídio em Santa Cruz do Sul – DATASUS – 2003-2014

Nos doze anos compreendidos no período de 2003-2014 foram registrados nas categorias X60 a X84 do CID-10 um total de 227 óbitos por suicídio no município, com média de 19 suicídios/ano. A média anual de suicídios no município em dez anos (2003-2012) é maior do que a encontrada em cinco capitais brasileiras: Vitória/ES, Palmas/TO, Rio Branco/AC, Boa Vista/RR e Macapá/AP, todas mais populosas (WALISELFSZ, 2014). No *ranking* dos 100 municípios brasileiros com as maiores taxas de suicídio em 2012, Santa Cruz do Sul figura na 7ª posição, no entanto avaliando o número de suicídios em todos estes municípios de 2008 a 2012

disponibilizados no Mapa da Violência, observa-se que Santa Cruz do Sul é o que apresenta o maior número de óbitos, portanto a maior média anual, igualada somente, pela cidade mineira de Pato de Minas que é mais populosa.

Observando as mortes por homicídios encontramos em Santa Cruz do Sul um total de 216 óbitos e uma média de 18 óbitos/ano. Quando comparados com os suicídios percebe-se muitas similaridades numéricas entre os dois tipos de morte violenta no município. Durante o período analisado, em cinco anos foram mais frequentes os homicídios, em dois anos os números dos eventos foram iguais e nos outros cinco anos a frequência de suicídios superou a de homicídios, especialmente de 2009 em diante, exceto 2014. Diferente desta situação, no Brasil os coeficientes de mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito, superaram cinco e quatro vezes as taxas de suicídio, respectivamente (BOTEGA e GARCIA, 2004).

Analisando os quatro triênios (2003-2005; 2006-2008; 2009-2011; 2012-2014) a média de suicídios por triênio apresentou um incremento de 35%, enquanto o incremento foi de 22% para os homicídios durante o período. Importante ressaltar que para os dois eventos, o triênio 2012-2014, teve a maior média do período, o que mostra o crescente aumento das mortes violentas no município. A média do último triênio foi de 24 suicídios/ano e de 26 homicídios/ano o que equivale a uma morte por semana, por uma ou outra destas causas.

No Brasil, entre todas as mortes por causas violentas o suicídio foi o que apresentou maior crescimento no período de 2000-2012, representado por 33,6%, seguido pelos acidentes de trânsito 24,5% e pelos homicídios que aumentaram em 2,1% no país (WALISELFISZ, 2014).

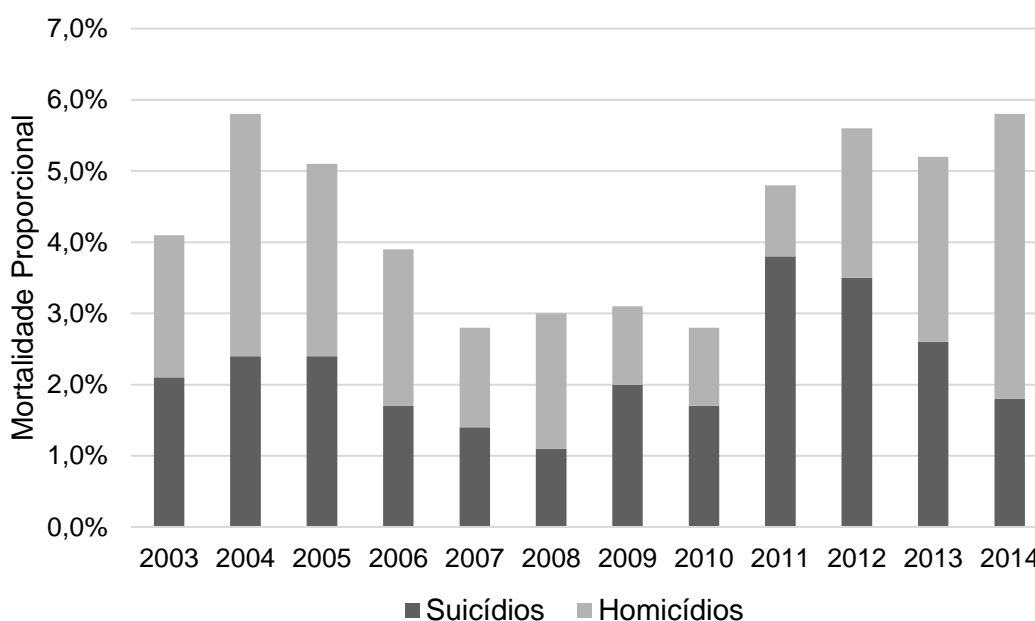
Ao contrário dos homicídios que estampam diariamente as manchetes dos meios de comunicação, o preocupante aumento no número de suicídios no país, continua no “lusco-fusco” do inominável, ou seja, não são publicitadas pelo temor do “efeito Werther”. A gravidade da situação em algumas regiões do país, como entre os colonos no interior do Rio Grande do Sul, configura-se como “uma tragédia anunciada” (WALISELFISZ, 2014).

Neste sentido, é possível afirmar que o município do estudo é um destes exemplos, pois apesar das taxas de suicídio terem aumentado gradativamente ao longo dos anos, o assunto ainda representa um tabu, sendo pouco falado e com estratégias de enfrentamento ainda tímidas.

Os óbitos por homicídios que vinham historicamente decrescendo no município, apresentaram recrudescimento importante nos últimos dois anos. Este fato, por conta do clamor popular provocado por mortes derivadas de homicídio, pode representar para as recentes estratégias de prevenção ao suicídio, um sério risco de interrupção, tornando novamente invisíveis os frequentes suicídios no município. Para Botega e Garcia (2004) os outros componentes das mortes violentas no país, como são numericamente superiores, durante muito tempo fizeram sombra a tragédia silenciosa do suicídio, só visibilizada quando necessitou-se discutir a origem e a prevenção à violência no país.

Para avaliar comparativamente a participação dos suicídios e dos homicídios em relação a mortalidade por todas as outras causas, elaborou-se para cada ano do período do estudo, o cálculo da mortalidade proporcional de suicídios e de homicídios no município possíveis de serem observados através da Figura 1.

Figura 1. Mortalidade proporcional por suicídios e homicídios. Santa Cruz do Sul, 2003-2014.



Fonte: DATASUS, 2016.

A mortalidade proporcional média para todo o período foi 2,1% para os homicídios e de 2,2% para os suicídios. Comparado com dados mundiais, de 1,7% nos países ricos e de 1,4% nos de renda baixa e média, os suicídios são

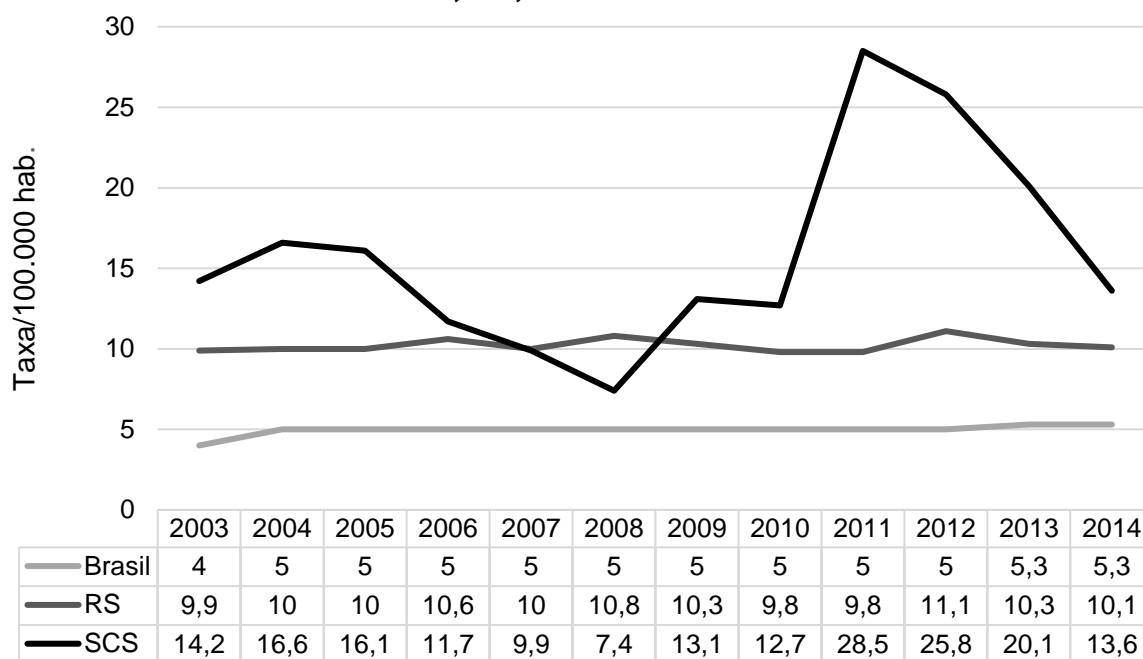
responsáveis por uma parcela bem mais elevada do total de mortes no município estudado (WHO, 2014a).

No Brasil os suicídios na população jovem (15-29 anos) significaram 3,7% dos óbitos no período de 1980 a 2012 e na população de adultos jovens (15 anos a 34 anos) representaram 0,5% do total de óbitos (WALISELFISZ, 2014). Em Santa Cruz do Sul no período de 2003 a 2014, a mortalidade proporcional por suicídio nos jovens foi 10,2% e nos adultos jovens foi 2% do total de óbitos, ambas superiores às taxas nacionais.

As taxas ou coeficientes são indicadores que possibilitam avaliar o risco de adoecimento e/ou morte de uma determinada população diante de uma patologia ou evento de saúde possibilitando comparações entre diferentes territórios.

A Figura 2 foi elaborada com o objetivo de comparar as taxas de suicídio ajustada para a idade no período do estudo entre Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Cruz do Sul.

Figura 2. Série histórica das taxas de suicídio ajustadas para a idade em ambos os sexos. Brasil, RS, SCS. 2003-2014.



Fonte: DATASUS, 2016.

Na Figura 2 observa-se que as taxas do município, exceto em 2008, mantiveram-se sempre superiores às do Rio Grande do Sul, que são as maiores do país. Tanto as taxas brasileiras como as gaúchas apresentaram pequenas variações

ao longo do período mantendo-se em patamares próximos de 5/100.000 e 10/100.000, respectivamente. O município apresentou grandes variações, com aumento mais evidenciado nos anos de 2011 e 2012, com decréscimo em 2013 e 2014, mesmo assim, mantendo-se durante grande parte do período em patamares próximos ou superiores a 15/100.000.

Nos anos de 2011 e 2012, em que se registrou as maiores taxas do período, ocorreram 65 suicídios em dois anos. Destes, a maioria eram homens (82%), de 40 a 69 anos (65%), casados (48%), com no máximo 7 anos de estudos (37%), de cor branca (99%), moradores da zona urbana (46%), 30% agricultores, 25 % trabalhadores da indústria e 80% se suicidaram através do enforcamento. As localidades com maior número de suicídios neste período foram: Monte Alverne (10 casos), Pinheiral (5 casos), Centro (5 casos), Aliança e Faxinal (4 casos cada). A maioria dos suicídios ocorreram entre julho de 2011 e junho de 2012.

Buscando evidências que pudessem explicar a maior concentração de casos, buscou-se notícias veiculadas na primeira página do Jornal Gazeta do Sul, no intuito de resgatar o que estava “acontecendo” no município naquele momento (GAZETA DO SUL, Julho 2011 - Junho 2012, Diário). Serão citadas inicialmente o grupo de notícias com ênfase positivo e posteriormente o grupo de notícias com enfoque negativo, pinçadas pela pesquisadora como relevantes para a compreensão desta questão.

Manchetes Positivas: “SCS criou 19.000 empregos no 1º semestre de 2011”; “Alta dos salários”; “Fumo puxa índice de crescimento do Rio Grande do Sul”; “Produtividade do fumo é 45% superior ao ano passado”; “A volta da Universal Leaf Tabacos”; “700 novos empregos”; “Ministro prestigia setor do tabaco”; “Cigarro paga a conta de pacote do governo” “Média de salários dos trabalhadores de Santa cruz supera a média nacional”; “Exportação ganha 200 milhões”; “SCS tem a 8ª economia do estado”; “Chineses criam nova fumageira”; “Indústria do fumo lidera investimento”; “Números revelam a força da fumicultura”; Setor fumageiro estima crescer 5% ao ano.”

Manchetes negativas: “Queda do dólar gera apreensão no setor fumageiro”; “Dólar cai ao menor patamar desde 1999”; “12 localidades estão de baixo das águas”; “Defesa Civil em estado de alerta”; “Chuvarada volta a causar estragos”; “Sobram vagas para professores em toda a região”; “Faltam 600 vagas nas creches”; “Por que está tão difícil encontrar pedreiro”; Militar desaparecido a 3

semanas”; ”Transtornos causados pela chuva no campo e na cidade”; “Cigarro ficará 55% mais caro até 2020”; “Jovem militar é encontrado morto”; “Santa Cruz está entre os que menos investe em educação no RS”; “Fumicultores encerram safra com prejuízos”; “Setor fumageiro: novos debates”; “Tabaco perde 6% nas exportações”; “Santa Cruz ilhada pelas águas”; “Viciado em crack mata para roubar”; “Granizo atinge 4 mil lavouras”; “Médicos reagem ao projeto de atender no interior”; Prejuízo com a seca supera 60 milhões”; “Seca leva angústia ao interior de Santa Cruz”; “Viciado em crack mata Pastor”; “Depois do calor, chuva e granizo”; “Fumicultor com dívidas ameaça matar família”; “No campo situação é de desânimo”; Restrição vai afetar 95% dos cigarros”; “Diversificação ainda desafia fumicultores”; “Santa Cruz tem nota C em gestão fiscal”; “Granizo assombra Monte Alverne”; “Perdas somam mais de 66 milhões”; “Pesquisa revela, morador de Santa Cruz está infeliz”.

Os problemas climáticos e financeiros se destacaram no período analisado, e talvez possam explicar, em parte, a elevação acentuada das taxas. Além destas, inúmeras outras chamadas, quase que diárias sobre assuntos relacionados à violência, como assaltos, brigas em bar, feridos, mortes, medo da população, ações policiais, com ênfase aos casos de violência na zona rural. Os acidentes de trânsito também estamparam diversas vezes a capa do jornal. Apesar das altas taxas de suicídio evidenciadas na análise quantitativa desta tese, nos anos de 2011 e 2012, somente o caso do militar que foi encontrado após muitos dias de buscas, ocupa posição de destaque no jornal do maior grupo de comunicação da cidade e região. A outra notícia de capa referente ao tema, refere-se ao município de Candelária, como um exemplo positivo: “ Município trava cruzada a fim de prevenir o suicídio”.

No ano de 2012, a taxa de suicídio ajustada para a idade em ambos os sexos em âmbito mundial foi de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre homens e 8,0 entre mulheres). No mesmo ano, no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Cruz do Sul os indicadores foram: 5/100.000 (homens: 8,6 e mulheres: 2,3); 3,6; 11,1/100.000 (homens: 18,1 e mulheres: 4,4) e 25,8/100.000 (homens: 45,0 e mulheres: 8,0), respectivamente. A razão de masculinidade apresentada neste ano foi de: 1,9 em âmbito mundial; 3,6 no Brasil; 3,9 no RS e 5,2 em Santa Cruz do Sul.

Para todos os indicadores avaliados, o município apresenta maiores riscos para os homens. Apesar da razão de masculinidade no município ser elevada, as mulheres apresentam riscos maiores do que as gaúchas e brasileiras e comparáveis

com o risco feminino à nível mundial. A Tabela 2 apresenta outros dados analisados no estudo.

Tabela2 - Perfil das pessoas que se suicidaram. SCS. 2003-2014 (n=227)

| Variáveis | | Casos | % | Taxa/100.000 |
|---------------|-----------|-------|------|--------------|
| Sexo | | | | |
| | Masculino | 186 | 82 | 27,2 |
| | Feminino | 41 | 18 | 5,6 |
| Faixa etária* | | | | |
| | 15 a 29 | 43 | 18,9 | 12,5 |
| | 30 a 44 | 60 | 26,4 | 18,5 |
| | 45 a 59 | 73 | 32,2 | 26,0 |
| | 60 e mais | 50 | 22,0 | 26,8 |
| Raça/Cor | | | | |
| | Branca | 203 | 89,4 | 16,5 |
| | Negra | 24 | 10,6 | 12,7 |
| Escolaridade | | | | |
| | Nenhuma | 01 | 0,4 | - |
| | 1 a 7 | 83 | 36,6 | 25,3 |
| | 8 a 11 | 34 | 15,0 | 10,3 |
| | 12 e mais | 11 | 4,8 | 10,2 |
| | Ignorada | 98 | 43,2 | - |
| Estado Civil | | | | |
| | Casado | 101 | 44,5 | - |
| | Solteiro | 83 | 36,6 | - |
| | Separado | 19 | 8,4 | - |
| | Viúvo | 15 | 6,6 | - |
| | Ignorado | 09 | 3,9 | - |

Fone: DATASUS, 2016. *Ocorreu um suicídio de menor de 15 anos (menina de 13 anos).

Na Tabela 2 é possível comprovar que no município o suicídio destaca-se como um evento majoritariamente masculino. O aumento da taxa com o passar dos anos, configurando maior risco nos idosos, registrado em muitos estudos, também foi encontrado em SCS. Somado a isso, a frequência maior de suicídios nas pessoas de 45 a 59 anos e a alta proporção desta, entre todas as causas de morte nos jovens, precisam ser ressaltadas e indicam a necessidade de estratégias de prevenção voltadas à todas as faixas etárias.

Quanto à escolaridade, apesar do número significativo de registros ignorados, mostra maior frequência e maior risco nas pessoas que apresentam menor escolaridade e, portanto, maior vulnerabilidade relacionada ao emprego e à renda.

No que diz respeito ao estado civil numa primeira análise a frequência entre os casados é maior, mas se somarmos as três situações (solteiro, separado e viúvo)

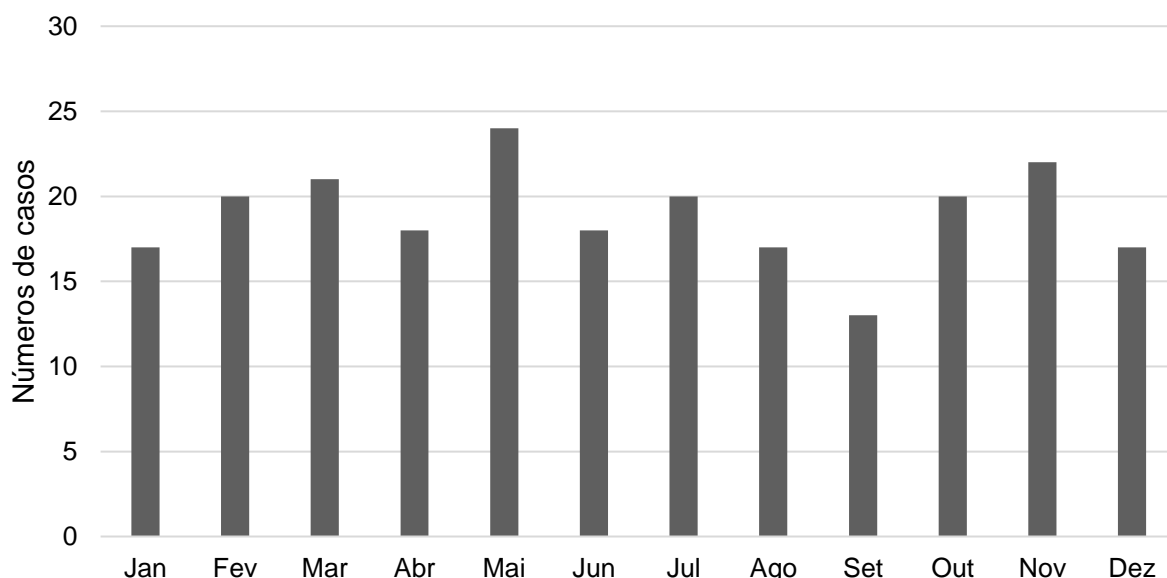
a frequência entre estes é maior, o que talvez possa ser explicado pelo maior isolamento e o frágil apoio social comum nestas situações, o que aumentaria o risco de suicídio.

O método e o local utilizado para o suicídio por 70% dos casos analisados foram o enforcamento no domicílio da própria pessoa. A arma de fogo foi utilizada em 18,1% dos casos. Salienta-se que 11,9% dos suicídios ocorreram durante a internação hospitalar. Esta informação evidencia a inadequação dos hospitais gerais para o cuidado destes pacientes, visto que, por possíveis dificuldades no manejo clínico ou de segurança ambiental, o hospital aparece como o segundo mais frequente local de suicídio no município.

Através da pesquisa com idosos que tentaram se suicidar, a pesquisadora deparou-se com relatos da utilização de diferentes artefatos no intuito de produzir o enforcamento. Este fato dificulta a adoção de estratégias de prevenção referente aos métodos utilizados para cometer o suicídio. Diferente dos venenos, medicamentos e armas de fogo, em que o acesso pode ser mais facilmente controlado, prevenir o enforcamento é tarefa extremamente difícil. Desta forma, o trabalho de prevenção a ser desenvolvido no município torna-se, por este aspecto, ainda mais desafiador.

Na Figura 3 os óbitos por suicídios forma agregados por mês de ocorrência para que se possa avaliar a variação deste evento ao longo do tempo.

**Figura 3. Suicídios por mês de ocorrência.
Santa Cruz do Sul, 2003-2014.**



Fonte: DATASUS, 2016.

Santa Cruz do Sul mantém um vínculo histórico e dependente com a indústria fumageira que funciona no município, desde sua instalação, na lógica da sazonalidade. O cultivo do fumo na região sul do país inicia-se nos meses de junho/julho e se estende até novembro/ fevereiro, mantendo os agricultores e suas famílias envolvidos nesta tarefa durante aproximadamente nove meses. Também todos os anos, entre janeiro e junho/julho, o tabaco produzido pelos agricultores chega a indústria para ser processado pelos trabalhadores temporários, os “safristas”.

A variação sazonal do suicídio em SCS mostra uma pequena elevação nos meses de maio e novembro, meses em que coincidentemente ocorrem duas importantes atividades relacionadas ao cultivo e ao beneficiamento do fumo no município.

É no mês de maio que geralmente cessam as rodadas de negociações entre os representantes dos fumicultores e das indústrias, para definir o preço que será pago ao fumo produzido no ano anterior. Estas negociações são longas, desgastantes e repetem-se ano após ano, trazendo ao certo, grande apreensão aos agricultores e suas famílias. Os valores recebidos pelo trabalho de toda a família na lavoura de fumo, referente a um ano inteiro, podem frustrar as expectativas dos agricultores causando desespero frente às dificuldades financeiras somado a necessidade de reiniciar o novo plantio.

Segundo Fialho (2003) os trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura, sentem-se insatisfeitos pelo não reconhecimento social de seu trabalho e pelo preço pago pela indústria ao fumo que produzem. Este valor, reduz-se anualmente, sendo somente suficiente para manter a sobrevivência da família, pois menos de dois salários mínimos mensais para uma família de quatro pessoas, certamente não dá conta de suas necessidades mínimas e não condiz com o tempo e o esforço empreendidos nesta atividade. Apesar disso, os fumicultores rejeitam a ideia de investir em outro cultivo agrícola pois enaltecem a segurança propiciada pela garantia da venda do fumo.

Na indústria, para o beneficiamento do fumo, são contratados no primeiro semestre inúmeros trabalhadores temporários que são, em sua maioria, “dispensados” em no máximo oito meses, período que anualmente tem diminuído em função da crescente mecanização da indústria. Sem emprego, estes indivíduos voltam a compor o que Cadoná (2015) denomina de “exército social de reserva” à

espera de serem “aproveitados”, ou não, na próxima safra. Muitos destes trabalhadores, pela especificidade de seu vínculo, não usufruem de alguns direitos trabalhistas como seguro-saúde, férias, décimo terceiro e licença maternidade

Pesquisa realizada sobre o mercado de trabalho na área urbana de SCS, entre outubro e novembro de 2013, encontrou índice de 30,5% de desemprego, muito elevado, quando comparado a taxa de 10% registrada no país no mesmo período (CADONÁ, 2015).

Em abril foi divulgado em portal de notícia nacional (g1globo.com) a seguinte notícia: “Setor do fumo garante criação de empregos em Santa Cruz do Sul/RS”. Na notícia comemora-se a criação de 3.000 postos de trabalho na indústria do fumo, carro-chefe da economia local, ficando Santa Cruz do Sul atrás somente da capital Porto Alegre no número de novas vagas de trabalho no estado. Em entrevista, o técnico em mecânica efetivado na última safra afirma que 70% dos safristas retornam às atividades a cada ano. Analisando esta notícia, sob outra lógica, percebe-se que este mesmo quantitativo de pessoas que retornam ao trabalho na indústria, no ano anterior, foram demitidos e serão demitidos novamente após o beneficiamento do fumo de cada safra.

Em março de 2015, notícia veiculada através do Portal Gaz destaca que os safristas da região deixarão de usufruir R\$ 15 milhões de benefícios previdenciários por conta das mudanças previstas nas Medidas Provisórias 664 e 665. Estas, passam a exigir 180 dias de trabalho consecutivos para que o trabalhador acesse o seguro desemprego, PIS/PASEP e o seguro por morte. Conforme presidente da Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (AMVARP), o prefeito Airton Artus, do total de safristas da região somente 30% poderão acessar a verba pública, pois estes, permanecem trabalhando na indústria durante os seis meses exigidos pela nova legislação.

A partir destes levantamentos é possível supor que muitos safristas “dispensados” das indústrias, que antes acessavam o seguro desemprego por três meses, perderam este direito a partir das novas exigências, o que agrega mais um fator de risco ao já desgaste mental do desemprego, produzindo sofrimento e desespero e a possível busca de solução através do suicídio.

O mês de novembro é citado pelos trabalhadores e trabalhadoras da cultura de fumo como um dos mais difíceis do ano, pois é quando se inicia a colheita, atividade considerada por eles extremamente pesada e extenuante. É neste

momento que além de toda a carga física exigida. Também a pressão emocional para uma colheita bem-sucedida, torna a situação às vezes insuportável, como no caso da agricultora que relata: “aí parece que tem que fugir” (FIALHO, 2003).

5.1.2 O perfil do suicídio em Santa Cruz do Sul – Declarações de Óbito – 2007- 2015

Na busca documental de 2007-2015 encontrou-se 177 Declarações de Óbito em que a causa básica referia-se as categorias X60 a X84 da CID10 (lesões autoprovocadas intencionalmente). Consta nestes documentos 19 óbitos por alcoolismo e seis por drogadição, sendo que nem todos foram codificados nas categorias X64 e X65 (autointoxicação voluntária), o que demonstra um possível equívoco na classificação destes casos que pode ter contribuído para que somente oito óbitos por intoxicação etílica e nenhum por uso de drogas esteja registrado no DATASUS no período de 2003-2014, subdimensionando os suicídios causados por álcool e drogas no município.

Tentando buscar explicações para este fato encontramos em nova busca no DATASUS, 54 óbitos na categoria F10 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool), quatro óbitos na F14 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína) e 18 óbitos na F17 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do fumo). Esta informação mostra a dificuldade de definir a intencionalidade da morte auto infligida, o que também contribui para o desconhecimento da real frequência deste agravo.

Em estudo realizado no município e região por Trapé e Botega (2006) utilizando o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) estimou-se que 50% dos homens agricultores avaliados fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas, valor muito além dos 16% encontrado nos centros urbanos do país (BOTEGA, 2015). Sobre a drogadição é importante lembrar a narrativa dos informantes-chave que relataram a seriedade deste problema tanto na zona urbana, como na zona rural do município.

A qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito quanto ao local de moradia e profissão dos indivíduos que se suicidaram melhorou substancialmente nos últimos anos, mas ainda apresenta inconsistências. Nos anos de 2011 e 2012,

em que houve a maior frequência de suicídios, também foi o período de preenchimento em que encontramos documentos mais completos.

As profissões registradas nas Declarações de Óbito não seguem uma classificação pré-definida, como por exemplo o Código Brasileiro de Ocupações, dificultando sua análise. Mesmo assim, procurou-se agrupá-las por ramo de atividade econômica para facilitar a análise, pautando-se no que se conhece do perfil dos empregos no município. Nas 98 DO em que esta informação estava disponível encontrou-se 25 registros de suicídio em agricultores (26%), destes, 18 eram homens e 7 mulheres, todas por enforcamento, exceto em quatro casos.

O número de profissões vinculadas à indústria da forma como foram registradas impossibilita averiguar o número exato de mortes, sendo possível que este número iguale ou até ultrapasse o de agricultores, fato ainda pouco discutido pelos estudiosos do tema. Encontrou-se 8 registros de safristas (nome dado aos trabalhadores temporários nas indústrias locais) e 8 de industriários que dão conta de 16,3% do total.

Para além destes, foram encontrados em outras 15 DOs, profissões que podem estar vinculadas a este ramo da economia, mas que também podem ser encontradas no comércio e serviços, como: 4 auxiliares de produção, depósito e administração, 3 motoristas, 2 mecânicos, 2 estofadores, 1 chapeador, 1 soldador, 1 caldeirista e 1 eletricitista.

De profissões vinculadas ao comércio e serviços foram identificados 14 indivíduos, como: 2 comerciários, 2 frentistas, 2 pedreiros, 1 cobrador, 1 vendedor, 1 garçom, 1 músico, 1 barbeiro, 1 marceneiro, 1 carpinteiro e 1 auxiliar de cozinha.

Foram encontrados nos documentos analisados também: 6 suicídios entre estudantes e professores (4 estudantes e 2 professores); 3 suicídios entre profissionais da segurança pública (2 militares e 1 policial civil); 3 entre funcionários públicos, 3 em donas de casa, outros 3 em pessoas que exerciam serviços gerais, 7 autônomos, 1 empresário e 1 Agente Comunitária de Saúde, totalizando assim, as 98 Declarações de Óbito analisadas.

Dois aspectos merecem destaque nestes dados. O primeiro é de que a maioria dos documentos encontrados são de indivíduos vinculados ao mundo do trabalho como assalariados na indústria, comércio ou serviços, o que confirma a fala dos informantes-chave discutida com mais profundidade no capítulo intitulado “O trabalho que mata”.

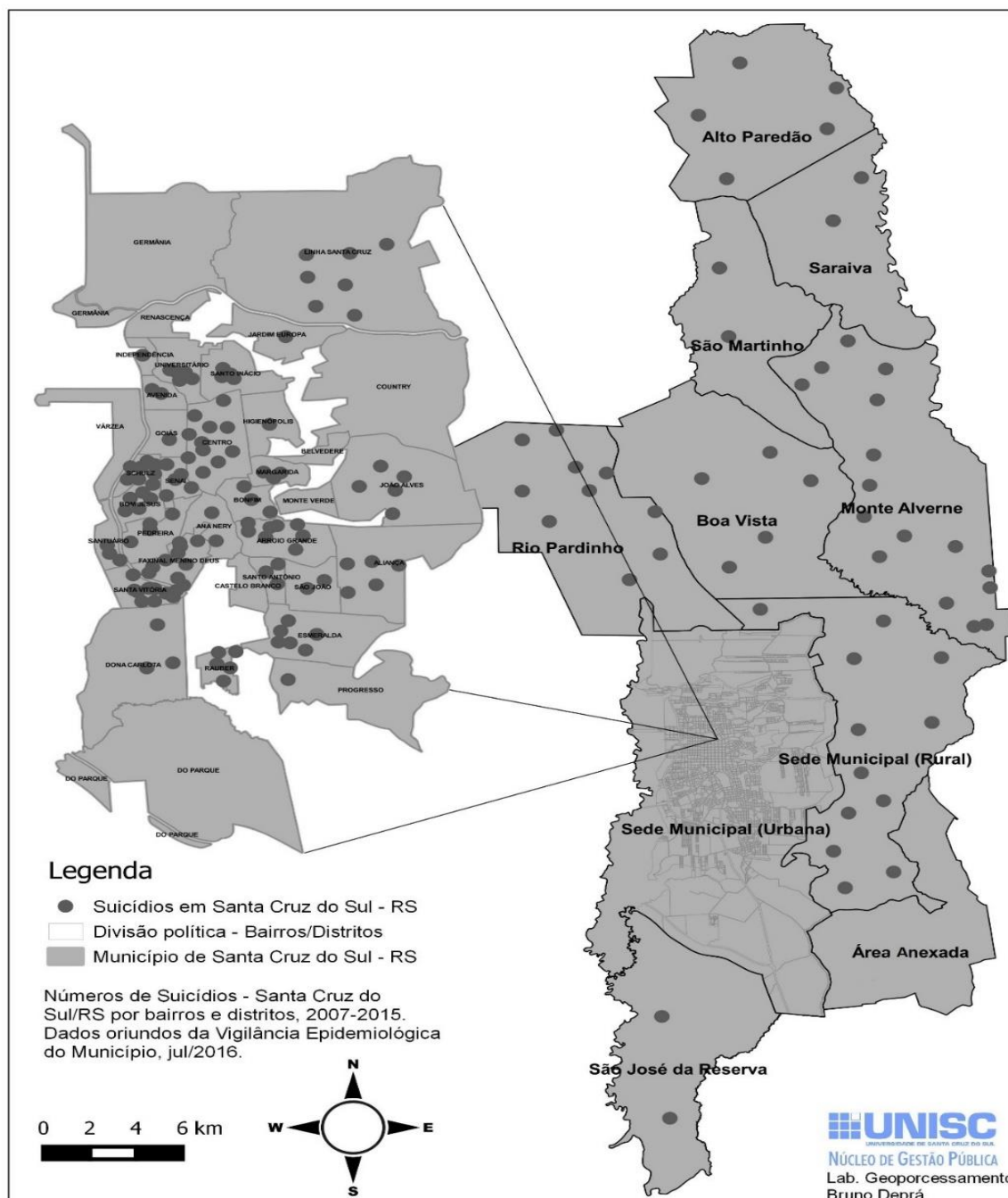
O segundo aspecto que chama a atenção é o fato de que nas 98 DOs em que constava a profissão da pessoa que se suicidou, em 21% delas, independente da profissão, as pessoas eram aposentadas, 7 mulheres e 14 homens, o que sugere um olhar mais aprofundado para este aspecto, tanto no que diz respeito às suas repercussões econômicas - fato bastante enfatizado na entrevista de um dos informantes-chave como de aumento de risco de suicídio principalmente em homens - como para as mudanças emocionais e sociais derivadas da aposentadoria, nem sempre desejada e planejada adequadamente. Também relativo a esta questão, chama a atenção, que exceto no caso dos safristas, a questão do desemprego não aparece nas declarações de óbito.

O registro do local de moradia das pessoas que se suicidaram de 2007 a 2015 estava presente em todos os 177 documentos disponibilizados possibilitando a análise integral desta informação. Agrupando-os encontramos que 123 pessoas (69,5%) residiam na área urbana do município e 54 (30,5%) na área rural, com taxa de 12,9 suicídios/100.000 habitantes na zona urbana e 45,5 suicídios/100.000 na zona rural. Calculando o risco relativo encontrou-se que o risco de suicídio na zona rural é 3,5 vezes maior do que na zona urbana o que concorda com estudos já realizados no estado do Rio Grande do Sul (MENEGHEL et al., 2004; FARIA et al., 2005).

Em 2010 o município de SCS redefiniu sua composição territorial em função da densidade populacional de algumas áreas rurais que passaram a incorporar a área urbana do município. A partir daí o território municipal passou a contar com 36 bairros e oito distritos (SANTA CRUZ DO SUL, 2010).

Dos 36 bairros existentes na zona urbana do município somente oito não registraram casos de suicídio de 2007 a 2015. São eles: Germânia, Country, Várzea, Renascença, Belvedere, Monte Verde, Castelo Branco e Do Parque. Na zona rural todos os oito distritos registraram casos de suicídio no período. Para visualizar a distribuição territorial dos suicídios elaborou-se um mapa, demonstrado na Figura 4.

**Figura 4. Localização geográfica dos suicídios por bairros e distritos.
Santa Cruz do Sul, 2007-2015.**



Fonte: Laboratório de Geoprocessamento, UNISC, 2016.

Numa primeira análise percebemos maior concentração de suicídios na zona urbana, o que é explicável, pois esta é a área mais densamente povoada do território. Olhando mais atentamente a região urbana, com exceção do centro, percebemos uma concentração de óbitos maior nos bairros da zona sul onde está localizada a zona industrial da cidade. Esta é a região denominada por Silveira

(1997) como o “lugar dos safristas na terra do fumo”. A periferia urbana de SCS foi construída a partir de uma lógica que a configura como um lugar de segregação espacial e disciplinamento voltado a fixar esta parcela da população (os safristas) distante da área central da cidade e próximo das indústrias fumageiras. O autor reproduz em seu estudo frase do então prefeito na época da criação do primeiro loteamento voltado a esta população como significando “(...) o momento oportuno para procedermos a evacuação das áreas ocupadas de maneira clandestina, promovendo uma limpeza na prefeitura” (SILVEIRA, 1997, p. 235). Estas observações sinalizam como foi e quem sabe ainda continua sendo o cotidiano desta população, que além da precariedade no trabalho ainda se depara com a exclusão espacial.

Analisando a zona rural é possível perceber uma concentração um pouco maior de casos no Distrito de Monte Alverne. Este distrito é historicamente conhecido como de números significativos de suicídios, tanto que neste ano de 2016, por iniciativa da Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do local e da psicóloga do NASF iniciou-se um ciclo de encontros noturnos com participação aberta às diversas comunidades do distrito para debater o tema da qualidade de vida, tangenciando propositalmente os fatores de risco ao suicídio, como identificá-los, encaminhá-los e preveni-los.

Monte Alverne apresenta uma característica que o difere dos demais distritos. Esta localidade constituiu-se em 1859 como colônia independente, contígua a então colônia de Santa Cruz, mas em terras sob a jurisdição de Taquari. Em 1882 após a criação do município de Santa Cruz do Sul, Monte Alverne foi dividido, passando uma parte para Santa Cruz e a outra a partir de 1991 para o recém-criado município de Venâncio Aires. Como todo o comércio da colônia se fazia em Santa Cruz, mas os processos legais de dívidas eram de responsabilidade de Venâncio Aires, os comerciantes de Santa Cruz do Sul à época negavam-se a vender a prazo aos colonos que desta forma ficavam em situação de extrema penúria o que fez com que abandonassem as terras, mais tarde loteadas por empresas particulares (VOGT, 2006). Desta forma, Monte Alverne desenvolveu-se mais tardiamente, com a vinda de imigrantes de outras procedências e muitos filhos e netos de imigrantes oriundos das colônias velhas do Vale do Rio dos Sinos e do Rio Caí. Diante disso, questionamos se esta situação de exclusão e desamparo social, além da procedência diferenciada de seus colonizadores teria contribuído para que seus

moradores apresentem até a atualidade, características que justifiquem a manutenção de número elevado de suicídios nesta localidade.

Para além da confecção do mapa com a localização dos suicídios também foi construído o Quadro 2 que descreve o *ranking* dos distritos e bairros que apresentaram maiores taxas de suicídio nos últimos cinco anos (2011-2015). Para analisar a distribuição dos suicídios no território calculou-se inicialmente as taxas para cada bairro e distrito, embora se saiba que taxas calculadas para bairros, distritos e até mesmo em municípios com populações pequenas tendem a superestimar o problema, pois um único óbito pode elevar artificialmente o risco a patamares muito elevados, não podendo ser usadas para comparações externas. Mesmo assim, acredita-se que compará-las entre si, pode auxiliar na tomada de decisão local, buscando o enfrentamento do problema por áreas prioritárias.

Quadro 2. Taxa média de suicídio por bairro e distrito. SCS, 2011-2015.

| Posição | Território | Taxa/100.000 hab. |
|----------------|------------------------------|--------------------------|
| 1º. | Distrito Pinheiral | 165,0 |
| 2º. | Distrito Monte Alverne | 85,0 |
| 3º. | Distrito Alto Paredão | 79,0 |
| 4º. | Distrito Rio Pardini | 75,0 |
| 5º. | Distrito São José da Reserva | 70,0 |
| 6º. | Bairro João Alves | 56,3 |
| 7º. | Bairro Jardim Europa | 49,4 |
| 8º. | Distrito Saraiva | 49,3 |
| 9º. | Bairro Dona Carlota | 46,8 |
| 10º. | Bairro Schultz | 45,7 |
| 11º. | Distrito Boa Vista | 45,6 |
| 12º. | Bairro Rauber | 44,8 |
| 13º. | Bairro Santuário | 42,7 |
| 14º. | Bairro Esmeralda | 36,5 |
| 15º. | Bairro Linha Santa Cruz | 35,5 |
| 16º. | Bairro Santa Vitória | 34,8 |
| 17º. | Bairro Pedreira | 31,2 |
| 18º. | Bairro Santo Antônio | 31,1 |
| 19º. | Bairro Aliança | 28,1 |
| 20º. | Bairro Centro | 24,6 |

Fonte: Dados de Pesquisa, 2016.

É possível que haja alguma inconsistência na localização dos óbitos, pois os dados obtidos nem sempre apresentavam muita clareza na grafia e o endereço nem sempre estava completo. De qualquer forma é importante lembrar que estratégias de

prevenção devem envolver toda a população e que estas regiões foram destacadas somente para facilitar a tomada de decisão dos gestores municipais.

5.2 O “ESPÍRITO ALEMÃO” E AS POSSÍVEIS INTERFACES COM A CULTURA SUICIDA

“[...] pessoas abraçavam-no murmurando as mesmas coisas: “Tão jovem ... que tragédia ...” Fingiam não saber que Camilo se matara. Certamente, às costas de Martim, diriam: - Matou-se por causa do pai...autoritário” (LUFT, 2004, p. 43)

A maioria dos informantes-chave foi enfática em afirmar que a gênese do suicídio é múltipla e complexa, mas que as questões culturais, especialmente da cultura alemã merecem destaque no município e região, como por exemplo: dificuldade de lidar com frustrações de toda a natureza, especialmente as financeiras; rigidez de conceitos e condutas na vida pessoal, familiar e social; dificuldade de falar sobre sentimentos e emoções e de rir de si mesmo; dificuldade de lidar com as diferenças entre “nós e os outros” mantida através de um sentimento e de um discurso de pertencimento a uma pátria alemã ideal imaginária; importância central das questões materiais no que diz respeito a um projeto de vida pautado no acúmulo de bens, em guardar dinheiro para o futuro, em ter e demonstrar sucesso pessoal através da aquisição de bens materiais; na ética protestante; na relação de sofrimento que estabelecem com o trabalho, especialmente os agricultores ligados à fumicultura, as mulheres agricultoras com dupla jornada e pouca valorização, enfim o trabalho árduo e a pouca autonomia com que conduzem suas vidas. Interessante observar que estas questões emergiram inclusive da fala de profissionais de saúde que diariamente estão envolvidos com este público, o que causa surpresa, pois deles, o esperado é de que falassem somente das questões de cunho individual, psicológicas e psiquiátricas, já que este tem sido o paradigma predominante na academia neste último século.

Eles falaram da cultura e do trabalho, mas também mencionaram outras questões como: doença do transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão, desesperança, baixa autoestima, alcoolismo, drogadição, dívidas financeiras, desilusões amorosas, perda de potência sexual, de poder econômico e social no

caso do homem, desemprego, solidão, desestrutura familiar, jovens sem perspectivas e sonhos, clima frio, intoxicação por agrotóxicos, entre outras.

Segundo um dos informante-chave, os suicídios aconteciam no município e região desde a chegada dos primeiros imigrantes no século XIX. Em sua infância há cinquenta anos, relata que os historiadores da época enumeravam as histórias de suicídios em famílias inteiras, fato que não é possível comprovar pela falta de registros deste período e segundo ele, também porque era comum naquela época, solicitar ao médico da família a ocultação deste dado no documento.

Importante ressaltar que para os informantes-chave que estão mais diretamente envolvidos com a questão do suicídio, por terem vivido a maior parte de suas vidas nesta região e ter sentido na própria pele o problema, as explicações parecem mais vagas, mais difíceis de serem verbalizadas, inclusive para aqueles que acreditam ter a cultura germânica um peso importante na determinação do fenômeno.

Neste capítulo discute-se então, aspectos da cultura alemã que podem ser fatores determinantes ou contribuintes do suicídio. São apresentados excertos das narrativas dos informantes chave, sem diferenciá-los entre si, como se compusessem a fala de um só narrador. Foram selecionados argumentos e pontos de vista que agregaram explicações densas que privilegiaram aspectos relacionados à cultura germânica que podem ser considerados “suicidogênicos”, fugindo das ideias mais difundidas e discutidas, que relacionam o evento a morbidades, depressão e alcoolismo.

A imigração alemã no Brasil esteve vinculada ao sistema de colonização baseado na pequena propriedade familiar e implementado nos estados do Sul, a partir de 1824. Os alemães não constituíram a principal vertente migratória no país, não tendo durante todo o período ultrapassado 250 mil pessoas. Bons agricultores, eram considerados imigrantes ideais para povoar vazios demográficos no regime da pequena propriedade. Pela exigência de permanecerem nos lotes, as colônias alemãs ficaram um longo tempo, social e espacialmente distantes da sociedade brasileira, o que contribuiu para o fortalecimento de uma consciência étnica coletiva. Os alemães constituíram uma sociedade étnica, econômica e culturalmente diversa da brasileira e esse fato motivou a eclosão de conflitos, atingindo maior gravidade durante o Estado Novo (SEYFERTH, 1993).

A formação de uma cultura e de uma identidade étnica teuto-brasileira, chamada de "enquistamento étnico" resultou da própria condução da política da colonização. Os imigrantes tiveram o seu trânsito restrito, deviam permanecer nos lotes coloniais, a serem cultivados com a ajuda da mão-de-obra familiar. O projeto de colonização carecia de recursos públicos, havia problemas fundiários e deficiências dos serviços essenciais: estradas, educação e saúde. Os imigrantes tiveram que se organizar para suprir suas necessidades, resultando deste processo o incremento do germanismo ou o sentimento de uma etnicidade teuto-brasileira, reforçando o pertencimento cultural e étnico à nação alemã (SEYFERTH, 1993).

O elemento mais concreto dessa etnicidade é o sentido de comunidade baseado na história comum da colonização, na cultura alemã e na origem racial/nacional, que remete à noção de *Volk* (povo). A comunidade étnica é definida por elementos que serviam para separá-la dos "outros", os "brasileiros", e nesse projeto destacam-se a língua alemã, a escola comunitária, as instituições culturais, as sociedades esportivas associadas a ideais nacionalistas e o estilo de vida (arquitetura, alimentação, trabalho, costumes) mantendo a ideia de pertencimento a uma coletividade e um sentido de identidade comum (SEYFERTH, 1993).

Dois elementos foram fundamentais para o desenvolvimento deste conceito: as ideias de nação e de pátria: *Deutschbrásilianer*. A nova pátria é a colônia, a nova cidadania é a brasileira, mas a etnia continua sendo alemã; o ato de emigrar não rompeu com o país de origem. O pertencimento nacional é atribuído pelo direito de sangue que une todos os alemães numa grande *Volksgemeinschaft* (comunidade nacional), uma nação alemã que tem como elementos de unificação a língua e a raça comuns e uma *Kultur* ou civilização. O mito da união espiritual e cultural de todos os alemães serve de base à formulação do *Deutschtum* que também incorpora um outro mito, o da capacidade inata de trabalho que produziu uma sociedade civilizada em plena selva e possibilitou a criação de uma riqueza e de um progresso considerados dever do cidadão que trabalha por seu país. A concepção étnica contida nessa "germanidade teuto-brasileira" inclui a ideia de superioridade racial, expressa no enaltecimento do "trabalho alemão", realizado pela figura "heroica" do colono pioneiro e desbravador (SEYFERTH, 1993).

A percepção desta matriz cultural étnica alemã, presente ainda nos dias atuais, apresenta-se na fala do narrador que diz:

“[O suicídio] depende da cultura, da diversidade cultural que a gente vive. Se fôssemos investigar o Japão provavelmente seria uma coisa, a Suécia uma outra, os Estados Unidos uma coisa, a África outra. É impossível apontar uma causa única que costure toda essa diversidade de informações, a maneira como lidamos com alguns registros culturais está implicado nisso. Sociedades muito individualistas e competitivas têm motivos para o desespero social, para a pessoa se desconstituir como sujeito, incluindo processos de status social quebrado e falências. No mundo empresarial as falências levam ao suicídio, dificilmente a falência levaria ao suicídio no mundo operário, tem outras circunstâncias que pesam em valor social e capital cultural, então eu não teria condições de apontar uma única causa para o suicídio”.

O narrador aponta a diversidade da posição social frente ao suicídio que acontece de acordo com a cultura e entre países que valorizam o ato como o Japão e atribuem ao suicida um comportamento de coragem e masculinidade e outros, onde o evento é visto como uma vulnerabilidade.

Questiona-se se o narrador estaria expressando nas entrelinhas uma visão de que este ato é mais prevalente entre pessoas bem situadas socialmente, quando afirma que “no mundo empresarial as falências levam ao suicídio, o que não acontece no mundo operário”, fato desmentido pelos suicídios em chão de fábrica entre operários e mesmo no setor bancário onde ocorrem “epidemias” de suicídio entre trabalhadores submetidos à precarização nos processos de trabalho (DEJOURS e BÈGUE, 2010). Essa percepção do narrador teria que ver com a atribuição de uma quantidade maior de reponsabilidades aos empresários comparados com as atribuições e tarefas dos trabalhadores? Seria uma percepção ligada ao espírito do capitalismo, que pretende que o capitalista “sofra” mais que o “operário”?

A narrativa dirige-se então para a cultura alemã, para a visão de mundo destas populações de migrantes empobrecidos que vieram para o Brasil no século XIX e, isolados nas pequenas propriedades rurais, seguiram percebendo-se como “alemães” e cultivando uma identidade germânica:

“Existe também o fator cultural do alemão que vê o suicídio como uma espécie de fuga, uma saída honrosa. Essa ideia também está presente no Japão, até porque há uma afinidade entre eles, os alemães e os japoneses sempre estiveram meio ligados um ao outro e curiosamente as taxas de suicídios são bem altas entre alemães e japoneses. No Japão parece que a incidência do suicídio é maior que nos trópicos. Pode estar ligado ao clima porque parece que o frio entorpece, o frio deprime, os povos que vivem onde há muito sol e pouca roupa, são mais alegres e flexíveis. A música dos povos

tropicais é mais excitante, mais sensualizada e nos países frios a música é mais dura do tipo marcha militar. Parece que os países frios reprimem a agressividade e a sexualidade e isso leva o indivíduo a agir com violência auto infligida que não há entre os povos que vivem nos trópicos. A sensualidade extravasada alivia a agressividade, depois de uma relação sexual, depois do orgasmo ocorre o estado de relaxamento, de paz e de bem-estar”.

O narrador parece concordar com a asserção de que o suicídio pode constituir “uma saída honrosa” e salienta a similaridade entre alemães e japoneses, mas deixa de explorar as semelhanças entre os dois povos, em cujas culturas predomina a ética do trabalho e do sucesso a qualquer custo, onde estão vigentes a rigidez, o compromisso total com a tarefa e a exigência de sucesso financeiro.

Há uma denúncia do individualismo, da meritocracia e da competição como geradores de desespero social, embora a linha argumentativa tenha sido interrompida com uma digressão meteorológica, que atribui ao clima a associação com o suicídio. Em locais frios, chuvosos e sem sol haveria maior probabilidade das pessoas se suicidarem, uma hipótese já ensaiada por outros autores e narradores. Também cita uma possível relação entre sexualidade e suicídio, havendo um efeito catártico e protetor da sexualidade. Seria o sexo um fator de proteção contra a agressividade e a violência auto infligida?

Outra vez o narrador tangencia a cultura germânica, mas não vai adiante, deriva para os determinantes mais proximais, e vem à tona elementos já bastante explorados, como a depressão e o alcoolismo:

“Já tem estudos sobre a questão cultural do alemão, sobre o papel do homem como provedor do sustento da família e a casa. Quando ele não consegue mais, aparece a vergonha de não conseguir manter posição e ele pode pensar: ‘não consigo mais, então eu não sirvo, eu vou lá e me mato’. Pode-se falar então da falta de vínculo familiar, do álcool, da droga, da família que já não aceita a pessoa em casa porque acha que não tem solução”.

A narrativa poderia sinalizar as amarras produzidas pelos estereótipos de gênero que atribuem ao homem o papel de provedor. Esse padrão já havia sido desvendado em pesquisas anteriores quando encontramos homens que se suicidaram no papel de “mulherzinhas” e mulheres que se mataram após cumprir rigidamente os papéis de gênero a elas designado pela cultura (MENEGHEL et al., 2012; MENEGHEL et al., 2015; MINAYO, MENEGHEL E CAVALCANTE, 2012),

deixando claro que as hierarquias e os papéis de gênero veiculados pela cultura podem afetar o desejo de viver ou de morrer de homens e mulheres.

A cultura de honra e o desempenho de papéis de gênero também têm sido abordados como determinantes do comportamento suicida em homens que perderam a potência sexual e o papel de provedores e de chefes de família, assim como o de outros que foram abandonados e/ou preteridos por suas mulheres (CANETTO,2008; MENEGHEL et al., 2012):

“Sempre me ocorre a questão da impotência do homem idoso. Uma pessoa mais simples muitas vezes não consegue tolerar alguns sofrimentos, nessa questão de não se sentir tão empoderado, com tanta potência para coisas da vida, da sexualidade...”

Durkheim (1982) vê no suicídio a expressão de um conflito resultante da dissolução das três forças coercitivas clássicas da civilização ocidental: a família, o Estado e a religião. Essas instituições ao estimular o compartilhamento de valores, a interação social e limites ao individualismo em prol da comunidade reduzem a sensação de isolamento e, estabelecem um conjunto de ideais pelos quais vale a pena viver, constituindo-se um fator de bloqueio aos comportamentos auto agressivos (CARNEIRO, 2013).

Outro elemento destacado nas tramas da narrativa é a estreiteza do mundo na comunidade rural que fica limitado inclusive nas trocas maritais, havendo muitos casamentos endogâmicos. Muitos suicídios ocorrem em região rural, onde as famílias ficam mais dispersas, há poucas oportunidades de lazer e sociabilidades e as pessoas ficam condicionadas à busca de parceiro entre os vizinhos e parentes. Ouçamos o narrador:

“Na zona rural há muitos casamentos próximos, endogâmicos. Não falo do fator genético, mas da saturação social, porque em comunidades muito endógenas há dificuldade de lidar com a diferença e com a alteridade, produzindo angústia e rigidez de conduta. Então o estilo, o tipo de vida comunitário que se constituiu na região colonial, tem que ser levado em consideração e me parece que as taxas de alcoolismo sejam altas também em função disso. Por que as pessoas são alcoólatras neste tipo de comunidade? Elas bebem para poder sobreviver, para tornar a vida suportável. E por que quando não é suportável se matam? Do ponto de vista social esses índices grandes de alcoolismo e drogadição, suicídio e endogamia parecem compor um cenário que faz com que essas pessoas em algum momento resolvam se matar porque perderam o sentido da vida”.

Embora o autor comece a discussão falando sobre a endogamia, na tessitura discursiva amplia a noção de endogamia para situá-la como um fator cultural que leva a um fechamento tal, uma intolerância com a diferença, que precisa ser anestesiada com a bebida, que por sua vez isola cada vez mais o sofredor predispondo-o a buscar na morte a saída para o mal-estar.

A associação entre uso de agrotóxicos e suicídio foi outro tema que mobilizou a comunidade local e a científica em busca de determinantes para o ato, por muito tempo (FARIA et al., 2000; FARIA; FASA; MEUCCI, 2014). Porém, embora esta hipótese ainda permaneça viável, os narradores se posicionaram mais fortemente pela determinação cultural:

“Eu sei que uns anos atrás aqui foi desenvolvido um projeto de pesquisa em função de notícias que saíram de Venâncio Aires de que o suicídio estaria ligado a plantação de fumo, aos restos de veneno com que as pessoas lidavam. Naquela época eu mais outro professor que trabalha aqui, a gente meio que nadou contra a maré naquela época. Dizíamos que isso era uma questão cultural, porque a gente encontra esta prática no século XIX, os suicídios estavam muito presentes desde o início da colonização, famílias inteiras que no passado tinham cometido suicídio. (...) eu acredito que a cultura tem mais peso do que a explicação ligada ao uso de agrotóxicos. Os descendentes de alemães lidam com problemas de modo diferente de outras etnias. Em quebra de safra por problemas meteorológicos eles ficam tão abalados que parece que acabou a vida, embora no ano seguinte eles possam plantar e se recuperar. Parece que eles não sabem lidar com a frustração, porque mesmo tendo perdido uma safra, há um seguro, há possibilidade de empréstimo, de ajuda, eles podem se reerguer. Coincidência ou não, os municípios com maiores índices de suicídio foram colonizados por imigrantes alemães, são regiões com características parecidas do ponto de vista populacional”.

Mas os (o) narrador (es) embora encontre (m) explicações em nível individual, voltam a questionar os lócus, a cidade, o caso. O que faz com que o suicídio que não tem uma magnitude tão elevada em alguns dos municípios vizinhos, seja uma questão de saúde pública na cidade? O narrador começa questionando os medicamentos, os antidepressivos que parecem não fazer efeito na cidade, “são como água”, até chegar no preconceito, na discriminação, na cidade que quer esconder os mendigos, que coloca o lixo na parte de trás das residências, na cidade onde é proibido mostrar os sentimentos e as pessoas precisam aparentar estar sempre bem, onde é perigoso, e, portanto, proibido sentir tristeza, solidão, mal-estar:

“Tem médicos que vem para cá e dizem que aqui parece que tem água na medicação psicotrópica e não faz efeito nos pacientes como em municípios próximos mais carentes, mas de outras origens étnicas. Aqui a pessoa esconde o sofrimento mental. As autoridades acham que os moradores de rua mancham a imagem da cidade, o consultório de rua tem que ficar escondido, essa é a sociedade daqui, entendeu”?... É uma diferença gritante, o cuidado com o jardim na frente e atrás, atrás é um desleixo só, mas na frente é um brinco, têm muitas ruas que tudo é perfeitinho, parece que a grama está pintada, só que nos fundos é diferente, ou seja, essa coisa de se mostrar sempre bem e nunca se abrir, nunca falar, nunca se mostrar, essa dificuldade de afeto, essas coisas todas que esse tipo de cultura gera”.

Focar o olhar no local usando a perspectiva sociocultural significa atentar para a origem étnica deste grupo, em que alguns membros ainda parecem viver em uma Alemanha idílica que não existe mais e cujos habitantes não reconheceriam estes alemães-brasileiros como compatriotas. Permanecem confinados na língua (muitos agricultores em região rural continuam falando o velho alemão colonial – incompreensível aos próprios alemães do contemporâneo, e não conseguem ainda se comunicar em português), nos hábitos e estilos de vida que seus antecessores trouxeram do país natal. Outro elemento cultural que ainda continua vivo e atua fortemente na região é o germanismo ou o sentimento de pertencimento exagerado à cultura germânica. O informante diz que:

“O germanismo, esse orgulho exagerado de ser alemão, faz com que os alemães se levem muito a sério, estou para ver um povo que se elogia tanto, que se gosta tanto. Outros povos fazem piada de si, os alemães não conseguem fazer piada de si, eles se levam a sério demais e acham que são melhores em tudo. Há uma superioridade veiculada pelo discurso hereditário que é gritante e demarca fronteiras simbólicas na região em relação aos outros. Aqui o sobrenome é muito importante e o sobrenome está relacionado à consanguinidade. Há um conjunto de fatores que leva a uma saturação dessa vida comunitária, endogâmica das comunidades do interior”.

Como Durkheim (1982) já havia assinalado, em regiões onde há mais luteranos, as taxas de suicídio são maiores. Em Santa Cruz do Sul, o suicídio parece ocorrer em maior magnitude entre os descendentes de imigrantes alemães e, entre eles, os luteranos apresentam maiores frequências que os católicos. Porém, como já assinalado em outro trabalho, em regiões de imigração alemã a cultura germânica, a

ética do trabalho, a exigência no cumprimento dos papéis designados socialmente é muito forte e atinge todas as etnias que ali vivem (MENEGHEL, no prelo, 2016).

“Antigamente, no meio rural se falava muito em "nervenkrankheit " que em alemão quer dizer doença dos nervos. Isso parece reforçar a questão cultural, talvez os de origem germânica sejam mais exigentes consigo mesmos, possivelmente os luteranos se cobrem mais. Algo na cultura dos alemães faz com que o índice de suicídio seja mais elevado, comparando com cidades de origem portuguesa como Rio Pardo, por exemplo”.

Em um momento da trama narrativa, o (a) informante diz, que na sua opinião o que falta é a adesão da comunidade aos valores religiosos: *“Sim, aqui nesta cidade tem muito suicídio, na minha concepção falta religiosidade. Sempre aconteceu, mas não tanto assim”.* Porém se pensarmos que a cultura germânica, através da vertente luterana propugna uma vida de trabalho e retidão moral sobrando aos “perdedores” apenas a vergonha e o desprezo, que pode ser o caminho do auto aniquilamento, pergunta-se: não seria exatamente o excesso de religiosidade, uma das causas deste comportamento?

Ao contrário do catolicismo que mostra uma predileção pela pobreza, o luteranismo propala a riqueza e o lucro como recompensa divina ao mérito e ao trabalho, crença que tem se mantido no contemporâneo por meio da teologia da prosperidade formulada pelo neopentecostalismo. O neopentecostalismo surgiu nos Estados Unidos, procurando ressignificar mediante o processo de sacralização, os elementos simbólicos vinculados ao capitalismo e à sociedade de consumo (PINEZI, 2009). Então, o homem que não teve êxito nos negócios, perdeu os bens, a terra, a safra, que adoeceu e foi traído, não importa devido ao quê, é um culpado por não ter se esforçado o suficiente, por não ter tido fé, por não ter orado com empenho e administrado adequadamente as riquezas de Deus.

Walter Benjamin (2005) o escritor judeu alemão que se suicidou para não se capturado pelos nazistas, fala da ambivalência, na língua alemã, do conceito de *schuld*, que é ao mesmo tempo “dívida” e “culpa”. Ele acha que essa coincidência está no âmago da religião capitalista: a dívida é uma culpa, quem está endividado é culpado. O capitalista está sempre em dívida com o seu capital, o pobre está sempre em dívida porque não tem dinheiro, então todos estão endividados e culpados. Na Europa há um discurso teológico de que todos os países que estão em crise estão por culpa deles, porque não trabalham, são preguiçosos, esbanjaram dinheiro; é um

discurso moralista, embora se saiba que a dívida resulta da lógica do próprio sistema capitalista. Essa responsabilização e culpabilização não seria responsável por uma parcela de mortes por suicídio, sob o capitalismo?

Ao deslocar o foco do coletivo para o individual há uma tentativa de atribuir as causas do ato às famílias, à paternidade/maternidade irresponsável, ao ambiente familiar conturbado:

“Outra coisa importante é a desagregação familiar, esse para mim é o mais importante ainda, as famílias, os pais colocam os filhos no mundo e a acham que o mundo pode criá-los e o mundo não cria, o mundo não educa, se a pessoa não tiver o ambiente familiar saudável com bons exemplos, isso que acontece, depois vai querer cobrar da forma que o jovem não aceita, tem tanto jovem se suicidando aí, inimaginável o número de jovens de 16, 15 anos, eu tenho visto nas escolas meninas que brigam com a mãe e logo vão lá, vão se matar”.

Ainda na esteira da cultura germânica, as narrativas remetem aos princípios da ética religiosa desenvolvida por Max Weber, em que a visão de mundo das pessoas é modulada pela sua cosmovisão e pelos dogmas religiosos (GOMES, 2002). Para Weber a cosmovisão religiosa determina a adoção de comportamentos próprios para a acumulação de riquezas no regime capitalista. Além da racionalidade metódica do protestantismo, são importantes a meritocracia e a livre iniciativa, como precursores do individualismo capitalista, onde cada qual é responsável pelo êxito e pelos recursos financeiros que consegue acumular ao longo da vida. O protestantismo é portador de uma racionalidade capaz de desenvolver os instrumentos teóricos que dão suporte ao acúmulo de capital ou a base do sistema capitalista. A ética protestante é marcada por um modo de vida orientado pela simplicidade e frugalidade e encara o trabalho como a forma mais legítima de prazer. O trabalho é uma vocação divina e as riquezas são bênçãos destinadas aos merecedores, que possuem a responsabilidade de bem administrar essas riquezas.

Os alemães que vieram para o Brasil trouxeram estes princípios em sua bagagem, qual seja, o valor do trabalho, a conquista metódica da riqueza, através do labor contínuo, da economia e poupança, a busca de bens materiais e o acúmulo do capital para agradar a Deus. Dessa maneira pode-se entender o sentimento trágico que assola estes homens e mulheres frente às perdas econômicas, à penúria, à falência e como estes acontecimentos são vistos como consequentes à sua

incapacidade ou má administração dos bens. Frente a estes sentimentos não é de admirar que se suicidem:

“O protestante sempre diz que não é pecado ser rico, é bom ser rico, é bom o capitalismo. Ele não avalia a questão de explorar o próximo, do sucesso a qualquer preço, de oprimir o outro para ganhar mais. Com a crise do capitalismo, a pessoa não vê mais a luz no fim do túnel, perde a esperança, não vê mais saída e ele se sente um ninguém, acha que morrer é melhor. Até que ponto essa compulsão que parece genética não é uma predisposição veiculada pela cultura”?

No mundo contemporâneo, fortemente marcado pela maquinaria econômico/estatal, os suicídios parecem não estar mais tão ligados aos costumes e às dimensões da vida amorosa. Motivações econômicas, desmotivações quanto ao não cumprimento de obrigações – especialmente as financeiras - são indícios determinantes maiores que aqueles. Em culturas mais tradicionais, como no caso de agricultores ítalo-germânicos, católicos ou protestantes, esta prática resulta num sincretismo cultural entre fé e compromisso social. Se por um lado a religião condena o atentado contra a própria vida, por outro, fortalece o justo trabalho, o justo ganho e a honorabilidade quanto ao compromisso social. Uma ética do trabalho se desloca entre satisfação da moral e a honra de compromissos firmados com instituições e com pessoas. A quebra deste “acordo tácito” pode resultar em ações de atentado contra a própria vida (SANTOS e RISTOW, 2010a, 2010b).

Para finalizar esta parte da conversa faremos referência a uma característica da cultura alemã, que é a discrição acerca dos aspectos da vida familiar ou a rígida separação entre o público e o privado. Este fato repercute diretamente sobre situações e comportamentos considerados vergonhosos e/ou tabu. O suicídio é um deles, um assunto que gera mal-estar e está envolto a segredos e interditos, trazendo estigma e sofrimento às famílias e sobreviventes, fazendo com que muitos não queriam falar (MENEHHEL, no prelo, 2016). A narrativa a seguir trata do trabalho escravo, presente na origem das colônias alemãs e que foi invisibilizado e ocultado, talvez por se contrapor aos princípios presentes na fé cristã destes colonos, gerando constrangimento e vergonha pela infração ética que representa:

“A questão econômica está muito presente nas famílias rurais, principalmente naquelas mais distantes da sede. Há muita coisa escondida que a gente não

descobriu ainda. Tem uma diferença fundamental em relação as colônias de São Leopoldo, Novo Hamburgo e essa aqui. Efetivamente há um maior cosmopolitismo naquela região, mas não há dúvida de que as colonizações germânicas mantem uma narrativa de que nos seus territórios não havia escravos. Isso é um mito historiográfico, havia muitos escravos, em alguns lugares perto de 30% da população era composta por escravos. Porém, eles não podiam colocar o escravo como sua propriedade, então eles constavam como alugados. Aqui, quem abriu a primeira picada para a colônia foi o seu José Miranda, um senhor escravista que alugava escravos. Não há registros oficiais e documentos sobre a escravidão nas colônias alemãs. Essa narrativa está cercada de tabus, aquilo que pode ser dito e o que não pode ser dito. Os alemães se levam a sério demais para admitir que também foram escravistas. Este fato contradiz uma das narrativas fundamentais da região que é a ética do trabalho, porque eles dizem que os portugueses daqui tinham que ter escravos porque não gostavam de trabalhar, e os alemães eram trabalhadores, então admitir isso é um problema”.

A narrativa sobre o trabalho escravo, embora não trate especificamente o tema do suicídio, mostra como o silenciamento e a negação são usados na cultura local para lidar com situações que produzem vergonha e mal-estar, pelo fato de constituírem condutas eticamente duvidosas, como o uso do trabalho escravo no início da colonização, as altas prevalências de suicídio e o preconceito em tempos mais recentes. A negação também significa ignorar as contradições entre o discurso de uns e as práticas de outros, assim se apenas “os alemães” eram trabalhadores pioneiros e os outros grupos de habitantes do país eram “preguiçosos e indolentes”, por que precisaram então usar do trabalho escravo?

5.3 O TRABALHO QUE MATA

A psicodinâmica do trabalho é uma disciplina científica que tem ajudado a visibilizar as relações entre o “trabalho patogênico, estéril, árido, gerador de relações tão deterioradas que produz mal-estar, sofrimento, patologias e, em última instância, pode levar os trabalhadores ao suicídio” (UCHIDA; LANCMAN; SNELWAR, 2010, p.7). Porém, em muitas situações não ficam claras as conexões que ligam o suicídio com as questões laborais, deixando às famílias e aos sobreviventes a tarefa do enfrentamento da dor e da elaboração do luto. O suicídio relacionado ao trabalho está blindado por um “pacto de silêncio” (DEJOURS e BÈGUE, 2010) que pode ser considerado uma espécie de tabu no interior das organizações e instituições. Os casos de suicídio vinculados ao trabalho só passaram a ser considerados como tal a

partir dos anos 1990 e identificados apenas os que ocorrem em certas profissões de risco, como policiais, profissionais de saúde e do sistema bancário, trabalhadores da construção civil, ficando mais difícil de mostrar a associação entre o trabalho agrícola e a violência auto infligida.

Dentre as estratégias desenvolvidas e empregadas pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento produzido pelo trabalho, destacam-se a negação, quando fazem de conta que o risco e o medo não existem, e a demonstração pública de coragem, força, resistência ou mesmo indiferença frente ao sofrimento, nesse último caso os trabalhadores atuam como que numa dramatização fingindo que são muito valentes e usando brincadeiras e escárnio para os que não resistem. Os sintomas psicopatológicos, o medo e a depressão são desprezados, assim como qualquer tipo de comportamento que expresse a fragilidade e a vulnerabilidade, logo convertidos em sintomas de fraqueza e feminilidade. Mesmo quando há um sintoma ou uma doença, se é uma queixa de ordem psíquica ela pode ser subestimada e desqualificada, considerada um subterfúgio para burlar o trabalho. Essa situação ficou muito aparente nas vozes que ouvimos em Santa Cruz do Sul. Elas indicaram o quanto os agricultores com queixas psicossomáticas são vistos como indolentes, que usam a doença para não trabalhar e obter benefícios:

“A depressão é vista como frescura, como vagabundagem, o alcoolismo é visto como sem-vergonhice, a família não valoriza e diz: eu não vou gastar dinheiro com aquele vagabundo que não quer trabalhar, então não vou pagar tratamento. A sociedade não admite o homem sem trabalhar, chama de vagabundo e muitos deles estão desempregados, estão doentes, tentam o INSS, tentam se encostar, mas não conseguem porque há um preconceito, uma discriminação na perícia quando se trata de doença mental. Parece que os médicos se convencem mais com uma doença orgânica, um osso quebrado, um tumor, uma ferida. Em se tratando de doença mental está lá o preconceito e não é só os médicos que manifestam esse preconceito, ela está presente na sociedade que acha que uma pessoa perturbada muitas vezes está fingindo. Existem os que fingem, mas não são todos, então não pode culpar todos por um”.

Os padrões de gênero aplicados a homens e mulheres, auxiliam a manter a máscara de invulnerabilidade, de coragem viril, de indiferença ao risco da dor e da morte, associada às masculinidades hegemônicas. Dentre as muitas narrativas que ouvimos no itinerário sobre o suicídio no Rio Grande do Sul (MENEGHEL et al., 2012; MENEGHEL et al., 2015) e seguem neste estudo, está o trabalho como

obrigação da masculinidade, o estereótipo do homem provedor, do pai de família que precisa sustentar a casa (NARDI, 2004). Há o homem com certa idade que fica desempregado, que não consegue mais encontrar uma ocupação e que é visto pela sociedade como “um incapaz”. Assim, o trabalho mata e o não-trabalho – o desemprego - também pode levar à morte, como conta o narrador:

“Então eu já tive pacientes com 15, 18, 20 anos de serviço que perderam o emprego e tentaram o suicídio, já para as mulheres não é um problema, porque quando elas perdem o emprego de safristas elas passam a trabalhar como faxineiras. Mas para o homem é diferente, ele é o chefe da família, então isso pesa porque quando ele vai para casa desempregado, ele não consegue olhar os filhos, olhar a mulher. Passa um mês, meio ano e se ele não acha emprego, se sente realmente diminuído perante a família e até culpado por não conseguir outro trabalho e a sociedade não admite que o homem fique sem trabalhar”.

Porém, mesmo o narrador considerando que “a perda do trabalho para as mulheres não é importante porque elas passam a trabalhar como faxineiras”, para as mulheres na agricultura fumageira, a divisão sexual do trabalho no campo significa que além do cuidado da casa, dos filhos, da horta, dos animais domésticos elas precisam auxiliar em todas as etapas do cultivo do fumo. A sobrecarga é imensa porque exercem a dupla função de agricultoras e donas de casa. Elas se encontram na base da hierarquia da organização do trabalho no campo. A dupla jornada de trabalho, na lavoura (considerada apenas uma “ajuda, um servicinho”) acrescida do trabalho doméstico invisível contribui para maior exposição, sobrecarga, adoecimento e acidentes de trabalho. Essas camponesas atribuem os sofrimentos ao corpo cansado e marcado pelo trabalho pesado que desenvolvem, além de não disporem de descanso semanal, muito menos férias. Elas sentem vergonha, vergonha de não ter estudado, vergonha de não saber se expressar corretamente, vergonha por estarem com as roupas e mãos sujas e manchadas pelo fumo, vergonha pelo espaço subalterno destinado a elas (FIALHO, 2006).

Quando ocorre um suicídio no local de trabalho, significa que as estratégias de defesa que o trabalhador possa ter usado, como a ironia e as brincadeiras, a negação do sofrimento, a medicalização e mesmo a ajuda de companheiros e familiares não surtiram efeito e a solidão tornou-se a regra. Quando um trabalhador se suicida por razões relacionadas ao trabalho, diz Cristophe Dejours, é toda a comunidade do trabalho que está sofrendo, é um sinal de gravidade e indica um

estado de degradação avançada no tecido humano e social do trabalho onde este evento se produz. O suicídio no trabalho representa uma denúncia de uma situação coletiva, embora muitas vezes seja mais fácil atribuí-lo a algo individual e não o identificar como tal.

Na pesquisa realizada no Rio Grande do Sul sobre suicídios em idosos, a maioria das entrevistas foi realizada nas propriedades dos familiares, que receberam os pesquisadores e forneceram as informações. Muitos haviam se enforcado nos galpões de fumo e eles fizeram questão de mostrar as traves ou “tesouras” que serviram para amarrar a corda e onde acharam o corpo. Esses suicídios não foram percebidos como ligados ao trabalho nem pelos familiares, nem pela população local. Mas se o suicídio no local de trabalho funciona como uma mensagem, como uma denúncia das condições de vida daquele grupo do qual o suicida é o porta-voz, o fato dos familiares levarem os pesquisadores para os galpões de fumo ou local de trabalho, representa uma constatação – mesmo não verbalizada – de que o trabalho teve um papel crucial na realização do ato. Esse cenário que se repetiu, levou o grupo de pesquisa a descrever o itinerário traçado como “a rota dos suicídios nos galpões de fumo” (MENEGHEL; CECCON; HESLER, 2012).

O cenário rural da região de Santa Cruz do Sul sofreu mudanças estruturais nas últimas décadas, e na atualidade está tensionado pela luta pela sobrevivência destes descendentes de colonos alemães, vivendo em pequenas propriedades baseadas na agricultura familiar. Desde o momento da chegada ao Brasil, eles começaram a trabalhar com o fumo, um produto para a exportação, que significava um excedente financeiro a ser aplicado em insumos ou produtos adquiridos no mercado externo. O fumo, possuía um diferencial, pois poderia ser utilizado como moeda de troca na obtenção de outras mercadorias não produzidas no local, como sal, ferramentas e remédios. Este quadro econômico somente foi possível com a entrada de imigrantes que utilizavam a mão-de-obra familiar para a produção, diminuindo os custos (KAUSE, 2002; COSTA, 2007)

A produção do fumo mudou completamente as feições da cidade, que em 1960 tinha 80% de sua população rural, dos quais nos anos 2000 restava apenas 12%. Nos anos 1970 frente à crise do capitalismo em nível mundial, as grandes indústrias multinacionais começam a realizar transferência de fábricas para países do Terceiro Mundo. Instala-se então em SCS o complexo agroindustrial-fumageiro com o processamento do produto vinculado à produção do fumo realizada pelos

agricultores. A cidade nas décadas de 60 e 70 acaba tornando-se a principal produtora brasileira de fumo em folha fazendo parte do maior complexo agroindustrial do gênero do mundo. Na área rural, as multinacionais começaram a impor um padrão tecnológico rígido, através do incremento do uso de sementes selecionadas, agrotóxicos e fertilizantes e na intensificação do emprego de estufas, propiciando um aumento na produtividade e qualidade da produção (SILVEIRA, 2003).

No entanto, a modernização do processo de cultivo não significou nem a mecanização da lavoura, nem a ocorrência de mudanças nas relações de produção, que continuaram a ser realizadas de modo tipicamente capitalista, em que a fonte principal de lucro das agroindústrias é a extorsão do sobre-trabalho familiar. Se a produção aumentou foi pelo aprofundamento da exploração intensiva da mão de obra familiar agora subordinada aos interesses e receituário técnico das empresas multinacionais e aos ditames do mercado por elas controlado. Assim, a integração dos colonos à agroindústria significa que eles obtêm o fumo na quantidade, qualidade e meios que a empresa deseja (VOGT, 1997).

Esses agricultores têm se tornado cada vez mais reféns das companhias fumageiras que compram a matéria prima e impõe aos colonos condições cada vez mais duras. Em todo o processo, o controle da produção é rígido, desde os insumos, passando pelos agrotóxicos e a classificação das folhas. Eles vivem uma situação onde a autonomia é cada vez mais restrita, o risco de perda das safras é uma ameaça sempre presente e a cada ano um contingente de pequenos agricultores é descartado por não ter alcançado as metas:

“A vida no campo deixou de ser aquela em que se produzia e se tinha tempo, autonomia, para ter uma vida regrada. Cada vez mais, as coisas estão sendo tiradas do agricultor, começa a haver interferências e intromissões na vida do homem do campo e hoje o meio rural está pautado pelo urbano. No interior tem uma rotina, uma preocupação constante com o tempo, com a chuva, como granizo, com os fenômenos meteorológicos, porque a lavoura está ali, mas se chover perde-se tudo.

Hoje em dia, os agricultores não têm mais uma renda considerável, é um ganho anual, se eles perdem a safra ficam sem nada. Na cidade existe endividamento, existe o desemprego, mas o campo só possibilita o recebimento do pagamento uma única vez por ano. Têm famílias que se dedicam cem por cento para aquela cultura que não produz comida para eles [o fumo], com todos os membros da família envolvidos com essa atividade e se há perda, não resta nada. (...) eles trabalham o ano inteiro para vender a

safra do fumo no final do ano para garantir o sustento no ano seguinte. Se eles perdem, como nos anos em que há uma catástrofe, uma estiagem ou temporais, a maioria da produção é perdida, neste ano acontecem três, quatro ou mais suicídios...”

As condições objetivas do campo econômico produzem efeitos nas subjetividades, incluindo o sentimento de impotência e desesperança ou fatalismo. Essa falta de controle sobre a vida, “*a lack of ability to control future*” (ROGERS E LYNNE, 1969), tem sua produção forjada não no isolamento do mundo, mas na inclusão em um mundo cujo modelo tem regras segregadoras e controles externos poderosos que tornam os sujeitos céticos e com enorme sensação de impotência para tomar medidas efetivas sobre seu destino. Essa estratégia de segregação tem provocado a retirada de contingentes muito grandes da fumicultura, que não conseguem alcançar os padrões de produtividade. A competição promovida pelas empresas tende à desagregação dos já frágeis laços solidários entre os produtores rurais da região, interferindo decisivamente sobre o futuro de qualquer intenção em promover esforços de caráter coletivo e solidário como alternativas à monocultura do fumo (FERREIRA, 2006).

No final da década de 1970, os juros bancários elevaram-se, endividando os agricultores e, inclusive “forçando” alguns deles a vender parte e até toda a propriedade agrícola, para pagar dívidas. Este fato se tornava comum com a frustração de safras por problemas climáticos como seca ou geadas, e a necessidade de refinar as dívidas bancárias (SANTOS; RISTOW, 2011). O ideal seria que houvesse a produção diversificada nestas propriedades fumicultoras, cultivando também alimentos para o consumo doméstico e mesmo para a venda, para o caso de haver “quebra de safra”. Porém, a maioria dos agricultores plantam só fumo, de modo que quando ocorre perda efetiva da safra, a situação se torna insustentável:

“Os agricultores têm facilidade para adquirir crédito porque há várias linhas de crédito para agricultura familiar. Muitos não sabem fazer o gerenciamento da propriedade e ou com uma safra perdida ou com outros problemas, acabam se endividando e são pessoas que não gostam de ter o nome sujo na praça, isso é uma das possíveis causas do suicídio”.

O aumento da produção de fumo e a crescente demanda do mercado internacional acompanharam alterações técnicas e funcionais no processo de

beneficiamento industrial do produto e emprego de tecnologias cada vez mais sofisticadas para aumentar os níveis de produtividade. A sofisticação tecnológica possibilitou a diminuição do tempo do período da safra, concentrando-a de quatro a seis meses. Como o fumo é um produto perecível, neste momento há necessidade de grande número de trabalhadores, que são contratados temporariamente, dando-se preferência às mulheres que recebem menores salários. No período restante do ano essa população de empregados temporários vive de atividades informais, e embora muitos venham do interior ou regiões vizinhas a maioria acaba residindo nas vilas populares na periferia urbana. Assim, o polo fumageiro de Santa Cruz do Sul se vale da produção de milhares de propriedades e de um grande afluxo de mão de obra precarizada que trabalha como safristas (SILVEIRA, 2003).

Esses safristas são homens e mulheres que começam a trabalhar muito jovens, possuem baixa escolaridade e situam-se na condição de trabalhadores precarizados, que não disputam os empregos formais e permanentes disponíveis no mercado de trabalho porque há um “exército social de reserva dos safristas”, ou seja, homens e mulheres que vivenciam o desemprego como condição permanente e que disputam, anualmente, os empregos temporários que a indústria fumageira oferece (CADONÁ, 2015).

No que se refere à produção e venda, a negociação da produção é feita diretamente com a agroindústria processadora de fumo, uma vez por ano. O comportamento oportunista adotado pela empresa surge na hora da entrega do produto final. A saturação e o preço do fumo no mercado internacional fazem com que a empresa classifique o produto como de qualidade inferior, e como consequência ocorre a baixa do preço, reduzindo naquele ano, a lucratividade do agricultor. Na época de colheita e secagem, o trabalho é estafante e todos na família precisam contribuir inclusive crianças, mulheres grávidas e idosos (FOSSATI e FREITAS, 2004).

Atualmente, a população rural que se dedica à cultura do fumo no Rio Grande do Sul, encontra-se em processo de empobrecimento. A renda média agrícola para estes agricultores no ano de 2013 foi de aproximadamente R\$ 50 mil/ano, representando uma renda bruta mensal per capita de R\$ 1.320,00. Ou seja, sem considerar os custos de produção, o que entra de recurso monetário, por pessoa de cada família, é inferior a dois salários mínimos mensais (na época R\$ 715,00). Mesmo assim, um quarto das famílias (25,7%) tem renda bruta agrícola total menor

que R\$ 30 mil, diminuindo ainda mais o ganho per capita. Em pesquisa que inquiriu sobre a permanência na agricultura fumageira, muitos responderam que prefeririam trabalhar como assalariados ou operários na cidade, enquanto outros questionaram, “mas fazer o quê?” Mostrando um horizonte pobre em possibilidades (BONATO, 2013).

O significado do trabalho para o agricultor de Santa Cruz do Sul ligado à indústria fumageira tem como conceitos chaves o sofrimento e a luta. É um trabalho que “judia”, rotineiro, cansativo, desgastante, exaustivo, de luta permanente, sem reconhecimento social e que exige intenso esforço físico. Aliado a isso há a exigência do uso de agrotóxicos. O uso do agrotóxico desperta nos agricultores medo e insegurança de não saber o que realmente é possível acontecer para quem aplica os produtos. Há o temor de adoecer e não poder mais trabalhar, fazendo com que os familiares se revezem na tarefa, poupando alguns e revezando-se neste serviço penoso e perigoso (FIALHO, 2006).

Em suma, o trabalho é visto como atividade que maltrata, que não respeita os limites do corpo, levando à exaustão. É destinado à manutenção da família, portanto apresenta um sentido de obrigação, inevitável para que consigam adequar-se aos ditames da agricultura tecnológica e sobreviver (SILVA, 2007). É um trabalho que mata:

“Uma das coisas que a gente percebe é a questão do trabalho e da frustração da safra, essa questão está muito presente, principalmente aqui na região onde a população rural está muito endividada e uma frustração na safra traz uma tensão muito grande para a família. Houve um período que a safra do fumo, que é o principal produto da agricultura hoje aqui na região, teve baixa produtividade, isso aumentou o endividamento das famílias e muitos homens começaram a se afastar do convívio familiar e terminaram cometendo suicídio”.

Talvez se deva incorporar a esta narrativa de múltiplas vozes amarradas na fala de um só narrador, a denúncia sobre os novos arranjos produtivos centrados no rural que incidem sobre o Brasil atual e sobre a população que trabalha no fumo. A partir da década de 1980, a reestruturação produtiva da agropecuária intensificou-se, mas privilegiou áreas, produtos e segmentos sociais de modo heterogêneo. Isto acarretou profundos impactos sociais, territoriais e ambientais que culminaram na elevação da histórica concentração da propriedade da terra; num processo de

oligopolização do setor agropecuário; em transformações das relações sociais de produção; na fragmentação do espaço agrícola e no incremento da urbanização. No início de um novo milênio, há uma quebra dos principais paradigmas da relação homem-natureza e reforçam-se os questionamentos sobre a viabilidade do modelo de agricultura adotado no Brasil com o advento da globalização. “Nenhum outro modelo promoveu tanta pobreza, desigualdades e degradação ambiental em tão pouco tempo; nenhum provocou uma crise de tanta magnitude, no campo e nas cidades, a evidenciar a associação entre crescimento econômico e deterioração da situação social e ambiental, com o agravamento das contradições” (ELIAS, 2006). Seria o aumento nas taxas de suicídio um indicador deste fenômeno, poderíamos indagar?

As falas abaixo repetem outra vez a perda de controle que o agricultor sofre quando estabelece o contrato com a indústria do fumo e a tensão emocional que isso gera:

“Esse vínculo da indústria com o produtor inclui uma amarração um pouco maior, deixa o produtor preso à fumageira, não é como ir no banco e tirar um empréstimo e pagar por mês. Esse sistema deixa as pessoas muito pressionadas, acrescido da questão cultural que torna difícil lidar com as adversidades. A grande maioria das famílias que trabalha com o tabaco, sofre a exigência do mercado de colocar herbicidas e inseticidas, a grande maioria faz sem uso de EPI. Pergunto como é que fica a saúde da pessoa nesta situação? Não é à toa que hoje consumimos 8kg de agrotóxico por ano”!

“Quando o agricultor fala do seu trabalho ele diz assim: ‘eu vou entregar o fumo’, ou seja, ele entrega para alguém o produto do seu trabalho. Ele sente que não é dele. Eles não têm autonomia para decidir nada, como plantar, o que usar, como usar o equipamento de proteção individual. Recebem supervisão de um instrutor que decide como deve ser realizado o processo de trabalho. Na produção do fumo, o agricultor sabe que vai vender o produto no final, só não sabe se vai alcançar a qualidade que deseja e o preço que espera”.

A agricultura familiar mantida por todos os membros da família pressupõe uma interdependência entre o grupo, que muitas vezes significa controle e cessão da maior parte do tempo às atividades laborais, excluindo a possibilidade de espaços de tempo para usufruto individual. Pode incluir trabalho infantil, absenteísmo escolar, trabalho de idosos, ausência de diversões e sociabilidade. Ouçamos as narrativas sobre a falta de perspectiva, o tédio, a interpenetração do

urbano no rural, o capitalismo no campo, os conflitos e as dores que são transmitidas entre gerações:

“O jovem do meio rural quer ir para o meio urbano, eles não têm muitas perspectivas no meio rural. Uma coisa que eu lembro de presenciar no sindicato era o uso de drogas, o quanto as drogas estavam presentes no meio rural. Drogas ilícitas não só o alcoolismo, que é muito presente. Mas os jovens vivendo isso, o pessoal vendendo, então isso também está no meio rural, não tem diferença entre rural e urbano. Muitos jovens, principalmente nas regiões ao redor da cidade, dormem com seus pais em casa. Eles têm contato com o meio rural, mas a vida social e profissional deles é na cidade, apenas usam a casa dos pais como dormitório. Mas por outro lado, tem muito conformismo com a situação. Essa falta de perspectiva de que algo vai ser diferente, de que a vida vai melhorar. ‘É assim mesmo, sempre foi assim, com a minha avó, com a minha mãe e comigo’, eles dizem. Esse sofrimento passa de geração a geração”.

Nesse contexto do rural, um tipo de morte, que já tinha sido relatada por Durkheim é a do suicídio altruístico, em que a pessoa se mata para deixar um seguro ou uma herança para os familiares. Este fato acontece em situações que o colono está em débito com a fumageira, com risco de perder a terra hipotecada. Ele acredita que a dívida cessa se o devedor morre, mas isso não acontece, e nestas situações a família precisa arcar com o prejuízo e a única herança é a permanência da dívida.

“No interior são pessoas de quarenta anos e mais, que possuem a responsabilidade pela família. Se o fumo não deu certo eles acham que não tem mais nada a fazer. É como se tivesse terminado o mundo. Eles acreditam que se morrerem vão deixar a família bem, é um motivo altruístico. Porém, a dívida fica e além da dívida a culpa e o remorso nos sobreviventes. [os safristas desempregados ou doentes] encontram muita dificuldade para conseguir benefício, então sem dinheiro e desempregados, sem recursos para se tratarem, ficam deprimidos, nervosos, não dormem, precisariam tomar um antidepressivo, um calmante e não têm dinheiro porque vai faltar para comida, vai faltar para os filhos, vai faltar para o colégio. Qual a solução que eles encontram? Se matar. Assim a família fica amparada, acredita que se ele morre a mulher recebe a aposentadoria por viuvez”.

A forma como os indivíduos vivem, sofrem e sublimam os sentimentos no trabalho está intimamente associada ao valor moral atribuído ao trabalho e sua importância na configuração do ideal de eu, ou os valores em relação aos quais os indivíduos julgam o sucesso ou o fracasso de suas histórias de vida (NARDI, 2010).

Em um cenário de cultura germânica, onde o trabalho faz parte da identidade desses sujeitos, pensado como elemento de diferenciação dos demais e reafirmado pelo espírito do protestantismo, que propugna a busca de lucro e riqueza como um desejo divino, a falência, a perda econômica, o insucesso material representa certamente uma marca tão terrível, que só a morte pode (ria) apagar. Enfim, a voz que ouvimos reafirma esta asserção, mostrando que a ruína, o desemprego e o desamparo econômico motivam, nesta população, o desejo de morte. Embora não tenhamos a pretensão de desvendar as causas complexas deste fenômeno multicausal, nos parece que em Santa Cruz do Sul, a intersecção destes elementos: a cultura germânica, a ética do trabalho e os embates econômicos a que os camponeses se defrontam no contemporâneo seguem constituindo um caldo de cultura que estimula às pessoas ao autoextermínio, quando submetidas a esse estresse que as desestabiliza e fragiliza:

“O que chama a atenção em relação ao suicídio é a questão financeira, é o baque financeiro que o cidadão tem, seja aqui na cidade seja na lavoura, quando a lavoura vai mal e ele tem muitas dívidas, ele pode se desesperar e querer morrer (...) na cidade e nas empresas o que acontece é a perda de emprego na faixa etária de 45, 50 anos. Esses sujeitos não vão mais conseguir emprego devido à idade e, se conseguirem vão ganhar a metade do que ganhavam antes. Então a perda de emprego é como se fosse uma castração, o indivíduo sendo castrado na sua autoestima, brota um sentimento de desvalia, de revolta e de injustiça e é comum tentarem o suicídio...”

As duas principais categorias elencadas neste estudo: a cultura alemã e o trabalho, certamente não esgotaram a discussão acerca deste tema que precisa ser mantida, ampliada e aprofundada. Como a maioria dos informantes-chave narrou, as causas do suicídio são múltiplas e complexas, embora os cenários culturais, especialmente os da cultura alemã certamente influenciam a ocorrência do suicídio no município e região. Os narradores elencaram características e modos de levar a vida, que fazem parte da bagagem trazida e mantida pelos alemães no Rio Grande do Sul, que incluem dificuldade de lidar com frustrações de toda a natureza, especialmente as financeiras; rigidez de condutas e normas para a vida pessoal, familiar e social; dificuldade de falar sobre sentimentos, emoções e de rir de si mesmo; manutenção das diferenças entre “nós e os outros”, através do sentimento de pertencimento à pátria alemã (mesmo que ideal e imaginária); excessiva

importância aos bens materiais, mantendo um projeto de vida pautado no acúmulo, na poupança e na demonstração do sucesso pessoal.

Eles também falaram sobre a influência que a ética protestante, a ética do trabalho, representa para esta população, no sentido de que o sucesso econômico pelo trabalho árduo é um sinal da recompensa divina. A aceitação da comunidade alemã desta ética do trabalho, que propugna o trabalho como realização de vida, mesmo às custas de sofrimento, está presente na vida dos agricultores ligados à fomicultura, na sobrecarga familiar, especialmente das desvalorizadas mulheres com dupla jornada de trabalho, no trabalho infantil, na exigência desmesurada de desempenho e no medo onipresente do desemprego da falência e da perda das terras.

As contribuições dos informantes-chave, assim como seus exemplos de vida foram fundamentais na composição deste estudo, auxiliando a elaborar e validar os inúmeros fragmentos colhidos pela pesquisadora durante os anos envolvida com o tema.

5.4 OS CAMINHOS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO

“Uma voz que fica calada muito tempo, quando vai falar, grita” (LUFT, 2004)

As questões que envolveram o suicídio na história da humanidade, a depender do paradigma dominante, representaram a preocupação e o foco de diferentes áreas do conhecimento humano. Atualmente este tem sido um tema considerado um problema de saúde pública e mais especificamente da saúde mental.

Em capítulos anteriores desta tese discorreu-se brevemente sobre a natureza complexa do fenômeno do suicídio, que para ser melhor compreendido, e conseqüentemente prevenido, exige um exercício intelectual que ultrapassa as barreiras disciplinares, difíceis de serem transpostas pelo pensamento contemporâneo, que embora propugne a interdisciplinaridade, ainda fica muito restrito aos campos disciplinares.

Segundo a OMS, inúmeras pesquisas científicas têm mostrado que para se compreender os riscos de suicídio, faz-se indispensável o conhecimento do contexto onde eles ocorrem para a partir de aí se construir um marco conceitual orientador,

culturalmente específico, capaz de subsidiar a execução de um conjunto de estratégias de prevenção potencialmente efetivas (WHO, 2014a). Diante disso, infere-se que o *lócus* privilegiado para o planejamento, execução e avaliação de estratégias de prevenção ao suicídio dá-se no nível local, ou seja, nos municípios.

Desta forma, neste capítulo, serão descritos e analisados os serviços, profissionais e iniciativas existentes no município que segundo os informantes-chave estão adequados ou não para a prevenção do suicídio no contexto local.

Posteriormente serão apresentadas e analisadas as estratégias que, pela avaliação dos entrevistados, poderiam contribuir na diminuição do número de suicídios no município.

5.4.1 Os serviços, os profissionais e as iniciativas na prevenção do suicídio que existem no município: potencialidades e fragilidades

Os serviços de saúde mental foram os primeiros a ser referidos, especialmente pelos profissionais de saúde, como locais existentes no município responsáveis pelo acolhimento e atenção às pessoas em risco de suicídio. Em Santa Cruz do Sul, são eles: CAPS II para atendimento de adultos, existente há 19 anos; CAPSIA para atendimento infantil em funcionamento há 12 anos e CAPS AD III para tratamento de usuários de álcool e drogas que funciona em regime de internação 24 horas para desintoxicação, com 10 leitos e 40 funcionários. A narradora relata que apesar do município contar com número de serviços de saúde mental acima do preconizado, estes não estão dando conta da demanda crescente:

“Num município de 120 mil habitantes, ter três serviços de saúde mental, toda essa estrutura, chama a atenção, até se comparar com o Rio Grande do Sul e com o Brasil. O CAPS AD III já está lotado e então surgiu a necessidade de criar um novo serviço para dar conta da gravidade da dependência química em Santa Cruz, que é o Consultório de Rua. Este consiste em uma equipe composta por médica, assistente social, redutor de danos e técnica de enfermagem que fazem atendimento em loco aos moradores de rua, uma vez por semana durante três horas, a partir da triagem feita durante a semana por um dos quatro redutores de danos do município. (...) Em Santa Cruz cresceu muito esse trabalho, tem mais CAPS, tem CAPS-AD, acho que nos últimos tempos tem um serviço muito ampliado nessa área, até porque o número de pacientes aumentou bastante”.

O último levantamento dos serviços de saúde mental no país apontou para o total de 1.742 CAPS no Brasil chegando a 72% de cobertura para o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2012). Esta informação confirma que o número de serviços de saúde mental no município em relação a sua população (119.997 habitantes em 2012) ultrapassa o parâmetro mínimo. Em relação aos serviços especializados, as narrativas de profissionais de saúde denotam o estigma que ainda existe em relação ao uso dos serviços de saúde mental no município:

“Nós temos pacientes que não se tratam no CAPS pelo rótulo, pelo tabu, até pelo infortúnio social, dizem: ‘Eu prefiro me tratar em Porto Alegre ou num consultório particular, eu não sou paciente do CAPS’, por toda essa história né? (...) É muito preconceito contra o CAPS, serviço particular é melhor, eles imaginam”.

A existência de estigma relacionado à busca de ajuda no caso de comportamentos suicidas, sofrimento psíquico, consumo de substâncias psicoativas ainda acontece em muitas sociedades. Além disso, a estigmatização também pode contribuir para que amigos e familiares de pessoas vulneráveis deixem de reconhecer as situações de risco e de oferecer-lhes o apoio oportuno e necessário. Por isso, o estigma relacionado à busca de serviços de saúde mental representa, segundo a OMS, um fator de risco e uma barreira na prevenção ao suicídio (WHO, 2014a). A não utilização dos serviços de saúde pela população, também pode estar relacionada a limitações destes serviços:

“Um município de poder aquisitivo muito grande e essas pessoas geralmente não chegam na rede pública, eu vou ser bem sincera, a gente tem que aprofundar isso. (...) Ele [o usuário] tinha faltado na última consulta no CAPS e estava com receio de voltar, aí ele perguntou se eu podia ligar para lá e dizer que ele esqueceu. Na verdade, não é o meu papel, mas na situação de risco, de tentativa suicídio, se isso garantir que ele retorne. Liguei e expliquei e eles disseram: ‘Não! Ele não veio na última consulta’. Então eu disse que tinha atendido ele, que a situação era grave e estava encaminhando ainda essa tarde para lá.”

Os fluxos muito complexos representam para as pessoas, especialmente os usuários da saúde mental, uma barreira que pode desencorajar a busca do serviço e

aumentar o risco de suicídio. O acesso facilitado e rápido é essencial quando se pretende prevenir o suicídio (CHO et al., 2013; WHO, 2013).

Neste sentido, na apresentação do Caderno Humaniza SUS – Saúde Mental que comemora os 10 anos de implantação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil discute-se que entre os maiores desafios a serem enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro para garantir atendimento integral, de qualidade e inclusivo aos seus cidadãos é justamente melhorar o acesso e a qualidade na atenção em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2015).

Os serviços de urgência e emergência que são a porta de entrada do sistema de saúde no caso de sofrimento mental agudo e tentativa de suicídio, da mesma forma, precisam estar preparados para acolher e resolver adequadamente as questões de saúde mental da população sob pena de tornar-se mais um fator de risco para o suicídio. O narrador questiona-se como se daria este atendimento no município:

“Não sei se as pessoas se sentiriam à vontade para ir no PA e dizer ‘olha eu estou desesperado, pensando em me matar’, sinceramente eu estou me perguntando, não sei o que fariam, acho que mandariam embora”.

Segundo Sterian (2000), se o modo de organização do trabalho nas emergências hospitalares pudesse ser modificado no sentido de que os aspectos da saúde mental – tanto de usuários quanto de equipes profissionais – pudessem ser visibilizados e considerados parte indissociáveis do cuidado, mesmo em circunstâncias emergenciais, muitos ganhos aos serviços, aos seus usuários e aos trabalhadores seriam incorporados. As tentativas de suicídio são os eventos que melhor exemplificam este fato, pois apresentam incidências elevadas entre os atendimentos que se iniciam em hospitais gerais e, depois demandam atenção psicológica.

Em pesquisa sobre as tentativas de suicídio atendidas no único serviço público de urgência e emergência do município (citado anteriormente pelo narrador) foi encontrado de 2010 a 2013, 166 fichas de atendimento, destas 66% referiam-se a mulheres de 20 a 29 anos (32%) e que acessaram o serviço por intoxicação medicamentosa (52,3%). Menos de 70% dos usuários que acessaram o serviço por tentativa de suicídio foram atendidos por psiquiatra e encaminhados ao serviço especializado. Foram apontadas no estudo fragilidades nos registros documentais,

no acolhimento, identificação, notificação e encaminhamento destes usuários (FANFA, 2014).

Também a importância da equipe de atenção básica em saúde no acompanhamento contínuo, em especial, o trabalho dos enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde e as possibilidades de identificarem precocemente pessoas em sofrimento mental e em risco de suicídio na comunidade foi lembrado pelo narrador, referindo-se a zona rural:

“A gente tem uma parceria muito interessante com os postos de saúde, com as enfermeiras e com as agentes comunitárias de saúde. Nós temos postos de saúde no interior e a grande maioria das microrregiões no interior tem as agentes comunitárias de saúde que conhecem a realidade local, dão um suporte muito grande. O trabalho das equipes com relação a esses pacientes, o trabalho domiciliar, o acompanhamento, melhorou muito”.

O narrador resume o que para ele seria a atribuição pertinente aos profissionais não especialistas, inclusive aos ACS, dizendo:

“Fazem um belo trabalho identificando essas famílias e esses problemas. Uma intervenção deles é melhor que trazer um profissional de fora ou pensar como organizar essa abordagem para estar fazendo isso”.

A falta de capacitação em saúde mental, as fragilidades ou inexistência de apoio especializado, entre outras questões, podem contribuir para que profissionais inseguros e despreparados ignorem o problema. Essas dificuldades e medos dos profissionais no cuidado dos pacientes com comportamento suicida, ficam evidentes na denúncia:

“Os locais não podem ouvir falar essa palavra, se falar suicídio, eu não quero ouvir, porque se eu ouvir, eu vou me comprometer com isso, e eu não sei o que que eu faço com isso”.

Estratégias que ampliem a capacidade dos serviços da atenção básica em saúde para acompanhar e avaliar comportamentos suicidas através de seus profissionais não especialistas têm sido reconhecidas como impactantes, principalmente em regiões onde a estrutura de serviços é limitada (WHO, 2010a; SOUBRIER, 2001).

No Brasil, considerando que aproximadamente 9% da população apresenta transtorno mental leve e 6% a 8% transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas, a atenção básica de saúde em especial as equipes da estratégia de saúde da família por sua proximidade com as famílias e comunidade representam um recurso estratégico. Para isso, o Ministério da Saúde definiu como de responsabilidade deste nível de atenção o cuidado com usuários portadores de sofrimento mental objetivando reduzir o grande número de encaminhamentos aos serviços especializados identificados tanto no Brasil como a nível mundial, que poderiam ser atendidos na atenção básica (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, considerando as fragilidades dos profissionais da atenção básica em relação à saúde mental, propôs como estratégia para modular a inserção da Saúde Mental na atenção básica e aprimorar a rede de saúde nos municípios um arranjo que denominou Apoio Matricial da Saúde Mental (BRASIL, 2003).

Esta modalidade consiste na contribuição dos profissionais de saúde mental para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos, através de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras). A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários em ambos os serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS. Com isso, é possível promover a equidade e o acesso, garantindo resultados terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

No município o matriciamento em saúde mental tem ganhado mais impulso através da implantação da primeira equipe do NASF, que é narrada como:

“Na atenção básica as pessoas buscam, mas não com tanta frequência e nem de modo tão crítico um problema inicial, às vezes com medicação. Tu fazes o papel de suporte, sim, chegam pessoas com ideação e tu faz a ponte com o CAPS. Lá tu pega a complexidade da vida da pessoa, e não somente da doença, vai tratar a saúde mental. Mas como o paciente é do território, sempre vai retornar e a equipe vai ter que abraçar esse todo”.

A narrativa de uma situação vivida junto à uma equipe de ESF indica as potencialidades do matriciamento, no que diz respeito a prevenção ao suicídio, mostrando a importância da pronta atenção das situações de risco:

“Uma pessoa abandonou o tratamento, as medicações, tudo e chegou na ESF num momento muito crítico, com pensamento suicida e homicida e aí a equipe me ligou, como referência. Antes a equipe tentou convencê-lo a voltar ao tratamento, mas perceberam a gravidade e aí eu remanejei a minha agenda e pedi para chamarem ele e o familiar porque eu ia no mesmo dia. Conversei por uma hora e meia explicando o que estava acontecendo com ele e da importância do tratamento e do serviço. Por fim ele aceitou. Combinei, se ele não for, a equipe e a ESF me avisam”.

A Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde preconizam o dispositivo do Apoio Matricial pautado na noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio da responsabilidade compartilhada entre equipe de referência e serviços especializados, e o estabelecimento da continuidade da atenção. Desta forma, acredita-se que o Apoio Matricial reorganiza o atendimento em saúde mental a partir da rede básica, modificando a maneira de trabalhar o sofrimento psíquico, estimulando a integração da rede (BRASIL, 2003; 2009).

A qualidade da atenção dispensada àqueles que tentaram o suicídio e em consequência disso, necessitam de acompanhamento clínico e psiquiátrico em regime de internação hospitalar é uma preocupação dos narradores:

“Os pacientes com tentativa de suicídio podem ficar uma semana no pronto atendimento de urgência e emergência dormindo numa maca ou muitas vezes dentro de um banheiro. Isso não é certo, tudo bem que o SAMU leve para a urgência para o primeiro atendimento, mas depois, esse paciente tem que ter um destino, deveria ter um atendimento diferenciado. Acho que o pronto atendimento não é o melhor lugar para esse paciente aguardar leito, só temos dois leitos psiquiátricos no município, um masculino e um feminino, sempre ocupados, às vezes este paciente fica sete dias, até a alta no pronto atendimento. (...) A hospitalização psiquiátrica é de responsabilidade do

estado, a referência que o município tem é o HSC, com 2 leitos, que é regional, também para Rio Pardo e Candelária. Alguns a gente consegue encaminhar para o Hospital de Monte Alverne. A gente briga feio para mudar, mas a nossa referência ainda é Pelotas e Rio Grande, a gente questiona o tratamento lá e são pacientes mais agitados que às vezes precisam ir tão longe contidos, com medicação e a família não consegue participar, raramente eles conseguem ir porque é longe. Se tu me perguntar se é eficaz? Uma das falhas da Reforma, eu não sou contra a Reforma Psiquiátrica, não! Eu sei que o CAPS funciona, as pessoas que sempre estavam internadas, não estão mais internando. A reforma preconizava acabar com os hospitais psiquiátricos, criar-se leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e abrir-se CAPS. Não se abriu CAPS suficiente para abraçar toda a demanda dos hospitais psiquiátricos e abriu leito no hospital geral sem psiquiatra para atender, sem estrutura de segurança e sem equipe especializada. Eu sou a favor de uma Ala Psiquiátrica dentro do hospital geral, que protege e não expõe o paciente psiquiátrico. Agora te respondo se este modelo de internação hospitalar é eficaz. - Não, não é eficaz porque o paciente recebe a medicação e não tem equipe trabalhando com ele”.

Porém, apesar de lentos, os resultados da Reforma Psiquiátrica começam a ser percebidos. Este projeto precisa ser entendido em sua radicalidade utópica, que apesar de passado mais de 20 anos de sua institucionalização, é sustentada até hoje, através de posições éticas, estéticas e políticas potencializadoras de um projeto de sociedade mais justa (BRASIL, 2015).

Para Gama e Onocko Campos (2009), apesar de a Política de Saúde Mental brasileira ter se mostrado eficaz no que tange aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, isso não ocorreu em relação as demandas menos graves, como os chamados transtornos mentais comuns que englobam além das questões relacionadas a “epidemia” de crack, outros sofrimentos psíquicos leves. Estas situações não encontram respostas, portanto, nos serviços na forma como estão estabelecidos, apontando para necessidade de integração entre o CAPS e Atenção Básica.

Dentre as organizações da sociedade que atuam em relação à prevenção do suicídio, não se pode deixar de falar, assim como os narradores, do Centro de Valorização da Vida, organização filantrópica presente no Brasil desde 1962, tem contribuído decisivamente para a prevenção do suicídio no país. Em Santa Cruz do Sul, até meados de 2015, este serviço funcionava presencialmente e por telefone (pago) durante quatro horas diariamente. Em setembro de 2015, o estado do Rio Grande do Sul, de forma pioneira e experimental passou a contar com o primeiro número telefônico gratuito para a prevenção do suicídio no país. Os atendimentos

através do número 188, do site [www.cvv.org.br] via chat, do VoIP (Skype) e do e-mail passaram a contemplar 24 horas. Este fato gerou campanha publicitária sobre a prevenção ao suicídio veiculada através da grande imprensa que foi lembrada pelo narrador: *“Não conheço os serviços a não ser aquele dos telefones CVV. Esse trabalho ouvi falar, parece que é muito bom, devia até ser mais divulgado, mas o restante eu não vejo nenhum”*.

A divulgação responsável de informações sobre o suicídio através dos meios de comunicação tem demonstrado reduzir as taxas de suicídio. Na Austrália e na Áustria após a participação ativa dos profissionais de comunicação na divulgação das diretrizes de prevenção ao suicídio de seus países, as taxas apresentaram redução (BOHANNA; WANG,2012). Na realidade local, o entendimento parece ser outro:

“A mídia falha em não dar devida importância para este assunto que infelizmente é um tabu para a sociedade como um todo. Enquanto formadores de opinião e comunicadores há uma grande parcela de culpa nisso de não falar e não chamar atenção para gravidade do problema. Não é uma questão legal, não existe nenhuma lei, nenhuma norma, nada que proíba, nada diz não pode falar, não pode noticiar até porque hoje a imprensa é livre. Mas se convencionou, não saberia nem dizer quando que foi isso. Sei que esse mesmo dilema, esse mesmo tabu, essa mesma preocupação e essa mesma cautela que temos aqui em outras redações também existe. O suicídio é uma decisão muito íntima, muito pessoal, não cabe a nós enquanto comunicadores julgar isso de forma alguma, nem questionar. Mas existe diferença entre a pessoa cometer o suicídio na intimidade, de forma reservada e outra pessoa desaparecer, mobilizar órgão de segurança, comunidade. Existe na literatura e em manuais de jornalismo um acordo de cavalheiros de não noticiar suicídio, justamente por ser uma questão de foro íntimo, mas quando envolve pessoa pública, lugar público, quando gera mobilização e comoção social o fato é público. Para a área da comunicação eu diria que hoje é um dos assuntos que mais gera discussão”.

A questão que envolve a divulgação de suicídio de pessoas públicas e influentes, não é consensual. Segundo a OMS (2014a), a questão não é a notícia em si, mas a forma como esta notícia é veiculada através das diversas mídias e meios eletrônicos. Neste sentido, orienta que se deva cuidar para não exaltar o fato de forma sensacionalista, para não aumentar o risco entre as pessoas vulneráveis. A cobertura gratuita do suicídio de celebridades, mostrando informações ou imagens acerca do método usado ou a referência ao suicídio como uma resposta normal, esperada numa situação de crise ou adversidades, precisa ser evitada. A exposição

de pessoas vulneráveis a notícias sensacionalistas sobre suicídio aumenta o risco de comportamento suicida (NIEDERKROTENTHALER et al.,2012)

Estudo que analisou as taxas de suicídio da Alemanha entre 1998-2010, concluiu que apesar do decréscimo importante ocorrido no primeiro período, as taxas sofreram ligeiro acréscimo de 2007 a 2010. Os autores justificam que o suicídio do famoso goleiro Robert Encke em 2009, pode ter contribuído para isso. A recomendação é a de que os programas de prevenção ao suicídio devam preocupar-se com o suicídio por contágio ou imitação, evitando a divulgação sensacionalista de suicídios de celebridades (HEGERL, 2013).

A responsabilidade do comunicador no que diz respeito ao conteúdo da notícia aparece com preocupação e ênfase:

“É um tema para os comunicadores, jornalistas e radialistas difícil de lidar, a gente tem que achar as palavras certas porque é muito fácil fazer algo que possa ser interpretado como um estímulo. Existem três manuais, um próprio de 2011, o manual do Jornal Estado de São Paulo e também o manual da Folha de São Paulo que auxiliam para evitar erros mais comuns nas questões de estilo da língua portuguesa. Existem jornais no Brasil que noticiam o suicídio como se noticia o homicídio por exemplo, de modo sensacionalista. Os manuais falam do jeito de escrever, do uso ou não de certas expressões. A gente procura trabalhar pelo viés do desaparecimento aí depois se dá obviamente uma nota, um registro curto que a polícia concluiu que a pessoa de tal morreu por suicídio. É muito claro para a equipe que não se pode jamais, em nenhum caso, mostrar o corpo. Antigamente houve uma época em que se mostrava, hoje em dia não. Os fotógrafos já sabem. O método nunca se fala, se comenta "ah foi encontrado um corpo no mato" até ali, tem um limite porque a gente entende que mesmo que tenha todo esse "espetáculo" acaba mobilizando as pessoas e tal, a gente tem que respeitar a intimidade da escolha da pessoa e também justamente com essa preocupação de acabar estimulando”.

Esta questão se revestiu de tamanha importância que resultou na produção pela OMS de um manual de orientações específicas para estes profissionais. Em 2009 a Associação Brasileira de Psiquiatria também publicou para o mesmo público um manual voltado para a realidade brasileira. Entre as principais orientações sobre como divulgar informações acerca do suicídio de forma segura, referem-se a: não divulgar descrições detalhadas sobre os atos suicidas, evitar o sensacionalismo e a exaltação, utilizar linguagem responsável, minimizar o destaque de notícias de suicídios, evitar simplificações excessivas, educar a população sobre o suicídio e os

tratamentos disponíveis e divulgar informações de centros e serviços de auxílio (WHO, 2000d; ABP, 2009).

O narrador ao referir-se ao papel diferenciado da mídia local na prevenção do suicídio finaliza sua narrativa, como se conversando consigo mesmo sobre o que fazer:

“Bom, não falar de suicídio não ajudou, que está aí, nas últimas duas, três décadas, o problema só aumenta. Eu que eu acho que esse medo tem que ser vencido, tem que encontrar um jeito de alertar a sociedade para esse problema.

A proposta da criação de uma rede intersetorial local de prevenção ao suicídio não é nova no município. Entre 2009 e 2010 o município participou com outros três municípios do estado de um projeto com este objetivo. Mesmo que aquela iniciativa não tenha se consolidado, a ideia e o desejo permaneceram no imaginário de alguns profissionais. Naquele momento, a rede foi pensada como uma articulação de pessoas que agem em conjunto, com um objetivo comum (MOURA et al., 2011a, 2011b).

Também a Política Nacional de Humanização defende a proposta de construções de redes, mas, aponta que esta é uma tarefa complexa, que exige encontros qualificados entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Somente a ampliação da cobertura em saúde não basta. Esta deve ser acompanhada pela comunicação entre os serviços que resultem em processos de gestão e atenção voltados para a integralidade da atenção. Para se ter uma rede produtora de saúde são necessários processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais (BRASIL, 2009).

No entanto nas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio de 2006, a proposta de construção de rede não é mencionada, mas, a organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas (BRASIL, 2006)

No município, a iniciativa voltada para a prevenção do suicídio foi inicialmente chamada de rede, mas atualmente está configurada no formato de um Comitê:

“O Comitê de Prevenção surgiu em função disso. A questão da proximidade da rede, do contato telefônico, de poder ver o paciente como um todo. O paciente não é do CAPS, ele não é só da prefeitura, ele é do município. Então envolve universidade, envolve vários setores, acho que é ter essa atenção integral ao paciente. Na verdade, é um centro de atenção, não é um centro de atendimento, porque é na atenção que tu consegues prevenir. Essa atenção, esse olhar, tem que ser também de dentro do serviço porque se tem uma psicóloga na escola manda para ela, que ela vai ver. Entra aquilo que a gente estava falando, um olhar diferente de todos, a gente poder trabalhar isso. Às vezes tu identificas no vizinho, na pessoa que tu estás atendendo num bar. Poder auxiliar na identificação, no acolhimento dessa pessoa. Não está se fazendo? Está doente? Está precisando de ajuda? Entra na questão do auxílio financeiro. Poder estar auxiliando. Acho que é a questão de entrar na atenção integral, entrar na rede. Eu digo assim: ‘Não tem uma família que não tenha uma pessoa com problema psíquico’, tem pessoas que não pedem, na verdade vou te dizer melhor, ‘Não tem uma pessoa que não precise de ajuda em algum momento da vida’.

“A gente tem vários pontos de atenção, acho que em SCS ainda é uma rede que não tem liga. (...) Eu acho que...de repente... O Comitê vai conseguir isso”!

Frente ao mito de que: “Falar sobre suicídio é uma má ideia e pode ser interpretado como um estímulo”, a OMS contrapõe-se afirmando que devido ao estigma generalizado em torno do suicídio, a maioria das pessoas que tem pensamentos suicidas não sabem com quem falar. Ao invés de fomentar o comportamento suicida, falar abertamente pode dar a pessoa outras opções ou tempo para refletir sobre sua decisão, prevenindo desta forma o suicídio” (WHO, 2014a). O tabu, o estigma e o preconceito relacionados ao suicídio fortemente presentes na sociedade de SCS, representam importantes barreiras na prevenção do suicídio:

“No momento que isso é um tabu, não falamos e fazemos de conta que não acontece. Não devemos tratar o suicídio como algo intocável, que não se pode falar. Tem que enfrentar o problema, para enfrentar o problema acho que tem de ser levado para a população através de um debate mais amplo, afinal é uma questão pública. (...) Eu acho que isso não se fala em nenhuma profissão. Se a gente pensar, principalmente na área da saúde onde a gente vai se deparar com isso, eu acho que na formação a gente não tem orientação. Aí pensando, como eu tenho proximidade com o pessoal da enfermagem, da morte né, o suicídio é uma morte, mas é voluntária. Eu acho que isso é uma das coisas que são tabus e a gente não traz à tona, para que isso fique escondido. A gente tem que tirar o rótulo, tirar o estigma, "tentou se matar" eu acho que eu mesma deveria me tratar em relação a isso porque eu acho que a gente tem uma dificuldade em atender, entende? Quando tu vais

atender um paciente que tentou suicídio, principalmente pacientes jovens, eu acho que a gente já vai com certo preconceito para o atendimento, isso é verdade”.

O cuidado de um paciente com intenções suicidas é uma tarefa desafiadora e estressante. Quando o profissional se permite aceitar que, apesar de todos os seus esforços, o paciente poderá se matar, consegue, paradoxalmente, sentir-se mais seguro, tranquilo e capaz. Segundo o autor é imprescindível alguns cuidados em prol da saúde mental do profissional. Para ele o “cuidar de mim para cuidar dos outros” e o “tomar conta da minha capacidade de cuidar” são imprescindíveis para quem trabalha com crises humanas (BOTEGA, 2015). O profissional precisa lidar com a impotência, com os preconceitos e tabus, e além da morte, precisa cuidar dos sobreviventes e de si mesmo:

‘A primeira reação é de impotência. Quando cheguei para trabalhar as gurias disseram “tu já viste o jornal de hoje? Eu disse “não” daí quando abri para olhar eu disse “Meu Deus do céu o que aconteceu? ” Aí tu pergunta: será que eu falhei em algum momento? Será que eu podia ter feito algo? Mas infelizmente a gente não tem como estar na casa das pessoas o tempo inteiro (...) Como foi o meu primeiro caso de suicídio me perturbei, aquilo me abalou, semanas depois eu fui procurar meu mestre, contei que eu achava que tinha cometido uma falha, um erro. O paciente consultou à tarde e à noite se matou. O mestre disse: é um dos problemas da nossa atividade profissional, não pensas tu, que não aconteceu também comigo e digo mais, esse é o primeiro da lista de muitos, te prepara. (...) No início da minha atividade, eu tive cinco casos de suicídio em uma semana. Isto me assustou muito, estava começando e logo me confronto com essa realidade. Aí eu fui conversar com o professor e disse que estava assustada, imagina em uma semana cinco suicídios. Ele falou do seminário em que falamos que o processo de suicídio era contagioso, que quando um dentro da comunidade tem a coragem de se tomar a vida por conta própria, outras pessoas que tem essa tendência também criam coragem e se suicidam. Pois é, isso aconteceu, vai passar, agora tua função é ajudar as famílias a absorver toda essa carga emocional que eles sofreram através de visitas e de conversas tu tens que ajudá-los a se encontrarem” e foi o que eu fiz”.

Na sequência, o narrador expressa o quanto a família enlutada não é percebida como necessitada de cuidado e é desconsiderada pelos serviços de saúde:

“Aquele sofrimento fica só naquela família, porque tu não podes dividir com o outro. O outro não suporta falar disso, ele não está preparado, ele nunca

pensou sobre isso. A gente sabe que morrer todos vamos, mas tem gente que tem dificuldade de falar sobre a morte e depende do estilo do suicídio é mais agressivo ainda. (...) [é preciso] diminuir o tabu, o preconceito com as famílias que perdem... o quanto tem um sofrimento ali que deve ser cuidado”.

O suicídio de um familiar pode exercer uma influência potencialmente perturbadora na vida de uma pessoa. Perder um ente querido, por si só, já é uma experiência extremamente dolorosa para a maioria das pessoas, mas no contexto do suicídio, pode estar acompanhada de culpa, raiva, vergonha, podendo o período do luto ser mais complicado. Identificou-se que a intervenção após um suicídio, denominada em inglês de *postvention*, realizada através da disponibilização de apoio e atenção aos familiares e amigos de pessoa que se suicidou representa um importante componente nas estratégias de prevenção ao suicídio (WHO, 2014a).

A repetição de casos de suicídio na mesma família tem dividido explicações, algumas apontam a questão genética e outras os aspectos culturais familiares como possíveis fatores determinantes:

“Atendi gerações, uma família que era a terceira geração de suicidas, 13 casos de suicídios, entre avós, bisavós, tios, primos, sobrinhos, 13 suicídios no decorrer de três gerações. Até que ponto pode ser uma questão genética e até que ponto pode ser um estigma familiar, que virou uma espécie de hábito como se fosse uma tradição familiar ou uma predisposição artificial do tipo de cultura da família? Na nossa família é comum acontecer quando a gente tem algum problema sério. Eu envolvo toda a família no tratamento, porque aquele problema não atinge só o paciente, ele está dentro da família, ele “contamina” todos, todos estão envolvidos, então todos tem que ser trabalhados”.

5.4.2 Os próximos passos na prevenção do suicídio no município

Falar sobre o tema do suicídio abertamente, com informações consistentes e claras no intuito de diminuir o tabu e o preconceito que, apesar do número de casos, mantém-se arraigado na sociedade, é segundo os informantes-chave o primeiro passo quando se pensa em prevenção do suicídio no município, como nas narrativas:

“A gente só vai conseguir mudar isso quando a gente desmitificar falando mais. (...) A informação é um pilar para se alcançar esse objetivo. Não digo a informação miúda aquela do agente de saúde no bairro ou do assistencialista da EMATER com o produtor rural, acho que a grande informação que é

difundida pelo meio de rádio, de jornal, de internet. Como eu disse nós estamos colocando nos próximos dias na pauta fazer uma matéria sobre isso, explicar justamente o que a sociedade pode fazer, como é a estrutura pública de auxílio para as pessoas que precisam, acho que isso tem que estar muito claro. (...) É preciso estar presente na escola por exemplo. (...) A informação, através de palestras em diversos meios da sociedade, como meios de comunicação, setor industrial, meio acadêmico, setor de segurança pública, escolas, meios rurais. Assim, levando o conhecimento sobre o grave problema que o suicídio vem se tornando no mundo, no país e principalmente na nossa região, alertando sobre os principais sintomas, principalmente como e onde buscar ajuda e como tentar evitar”.

O fato deste tema estar sendo foco de investigação no município fez com que alguns informantes-chave, especialmente da área da saúde, repensassem suas práticas e sugerissem discussões mais ampliadas sobre o tema:

“Não é porque é da área da saúde, todos nós temos as nossas falhas, os nossos pré-conceitos estabelecidos. Acho importante conseguir falar mais abertamente sobre isso, divulgar, com os profissionais de saúde. Eu acho que para nós profissionais da saúde, a conversa teria que ser mais bê-á-bá, tirar o rótulo, tirar o estigma”.

As narrativas apontaram para que, diante da complexidade e gravidade do problema no município, o envolvimento de todos é necessário na prevenção, como:

“Os meios de comunicação são importantes, a imprensa pode colaborar. (...) Nós profissionais da saúde poderíamos fazer muito mais pela sociedade e a gente não está fazendo a nossa parte. Tipo falar, conversas abertas no dia a dia. ir para rádio comunitária, ir no jornal, fazer chegar. (...) precisamos estar envolvidos, nos responsabilizarmos em propor ações, levar para os espaços de discussão, investidos e colocados como política. (...) As escolas podem colaborar, a universidade também tem papel fundamental nesse processo. (...) Obviamente que a gente precisa de políticas públicas que nos deem sustentação”.

Em seu último informe sobre a prevenção do suicídio, a OMS (2014a) reconhece a importância crucial do nível local na prevenção ao suicídio. Além de prestar apoio social e acompanhamento aos indivíduos vulneráveis, lutar contra o estigma também deve apoiar os familiares e amigos de pessoas que se suicidaram. No que diz respeito a estratégias de enfrentamento sugere que as mesmas sejam baseadas na integralidade e no trabalho multisetorial envolvendo além do setor

saúde, outros setores governamentais e não governamentais, a comunidade e os meios de comunicação.

A atenção às pessoas através de práticas de saúde e de posturas dos profissionais de saúde pautadas em “procederes eficazes” como potencias na prevenção ao suicídio, foram narradas:

“É preciso estar próximo das pessoas, deixar que elas realmente possam se colocar nesses momentos e parte de nós enquanto profissionais também poder abrir para isso. (...) Talvez a gente tenha que falar de um outro jeito. (...) [é preciso] estratégias coletivas, as pessoas estão muito solitárias, muito sozinhas. (...) O acompanhamento, o serviço de visitação é muito importante. Os agricultores ficam felizes quando alguém vai visitar, vai conversar, não vão levar uma demanda para eles, vão lá sentar, conversar, ouvir, trocar uma ideia, isso aí para eles é o máximo”.

A expressão “procederes eficazes” parece adequar-se muito bem ao que os narradores tentaram dizer aqui. Segundo Merhy (1997, p.26), pensador em saúde coletiva que propôs este termo, sugerindo que o trabalhador em saúde pode colocar todas as sabedorias que dispõe como opções tecnológicas a serviço do usuário e de seu problema na produção de “procederes eficazes”. O trabalhador deve ofertar o saber, o conhecimento e o trabalho em ato; tudo que dispõe; para defender a vida.

Para a prevenção do suicídio pode-se citar ainda as alternativas relacionadas às práticas espirituais e religiosas:

“Hoje em dia se tem pouco tempo para se interiorizar acho que esse “ser” está sendo esquecido, seu conteúdo, espiritualidade, fala-se muito, não em religião, mas em espiritualidade, eu praticar uma espiritualidade, concentrar, me retirar, meditar sobre a vida, acho que isso falta”.

As crenças religiosas e espirituais, a depender de práticas e interpretações contextuais e culturais específicas, tanto podem proteger como aumentar o risco de comportamento suicida. De modo geral, o compartilhamento de valores comunitários produzidos pela fé, funciona como fator protetor ao comportamento suicida (WHO, 2014a). Segundo a OMS muitas crenças e comportamentos religiosos e culturais podem ter contribuído para o aumento do estigma em relação ao suicídio através de posturas morais rígidas que inibem a busca de ajuda (WHO, 2014a).

Enfim, a prevenção do suicídio também passa por mudanças nas questões de ordem econômica, social e política que não dependem diretamente de estratégias

locais. Como discutiu-se ao longo deste estudo, a cultura e o trabalho podem ser fatores que apontam muito mais para o agravamento da situação do que para alguma chance de prevenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“[...] compreendi que muitas das minhas indagações não tinham interesse para os outros. Era preciso ser duas: a que voava no vento das indagações, e a que passeava com os colegas em grupinhos no pátio na hora do recreio, falando coisas que meninas falavam. Mais tarde eu saberia que certas experiências se partilham - até mesmo sem palavras - só com gente da mesma raça. O que não significa nem cor nem formato de olho nem tipo de cabelo, mas o indefinível parentesco da alma” (LUFT, 2002, p. 44).

Refletir, querer entender, ler, pesquisar, conversar e se envolver na diversidade de questões que envolvem o suicídio, vivendo e trabalhando em um lugar no qual este evento, apesar de comum, continua cercado de tabus, silêncios, interditos e de informações escamoteadas, foi um grande desafio.

No início olhares desconfiados e questionamentos impertinentes: Que tema é esse? Não tem algo melhor para pesquisar? Por que não pesquisas um tema de saúde? Ou doença? Para que se meter na vida dos outros? Se decidiram morrer, deixe-os. Te envolvas com quem luta para viver. Deves ir para Venâncio Aires, afinal esse é um problema de lá. Esta não é uma questão do pessoal da saúde mental? Por que uma enfermeira pesquisaria sobre isso? Logo uma enfermeira que milita na área da criança e do adolescente? Que acredita nas premissas da promoção e prevenção em saúde? Qual a contribuição da pesquisa? Como se previne um suicídio? Isso por acaso é possível?

Vê-se que este complexo e instigante fenômeno humano suscita nas pessoas, diferentes e estranhas reações. Para os profissionais de saúde que em geral lidam mal com a morte natural, falar sobre morte “voluntária” parece total perda de tempo.

Foi neste contexto que pouco a pouco ocorreu minha aproximação com o assunto através de leituras, das orientações, das conversas com os colegas do grupo de pesquisa, da pós-graduação, da graduação, com os estudiosos e pesquisadores do tema e principalmente no contato com as pessoas da cidade e região.

Os alunos da graduação com suas inúmeras histórias, os participantes dos eventos sobre o tema e os idosos da pesquisa nacional sobre tentativas de suicídio; com quem muito me emocionei e aprendi, não sobre a morte e o morrer, mas sobre a vida seus dilemas e mistérios e principalmente sobre as alegrias de estar vivo; foram fundamentais neste processo.

Para além do já descrito, experimentar os sentimentos de culpa, impotência, raiva e tristeza no processo de luto vivido pelo suicídio de um aluno muito próximo, que talvez pudesse ter sido ajudado, fortaleceram ainda mais a vontade de prosseguir, apesar das dificuldades.

Estar envolvida através da pesquisa de doutorado e da docência universitária com um fenômeno muito frequente na vida do município, mas que por conta do estigma e tabu, é pouco debatido publicamente, oportunizou-me diversos convites para participar de fóruns de discussão com diferentes públicos.

Nestes momentos, por diversas vezes estive frente a frente a relatos emocionados de sobreviventes do suicídio. O sofrimento mental causado pela tristeza, culpa, raiva, vergonha e principalmente pelo estigma vivido por estas pessoas durante longos anos e as vezes por toda a vida, como se fosse uma marca, um sinal, só confirmam que a sociedade precisa encarar de frente esta questão, falar abertamente sobre o assunto, aceitar o fato, respeitar o sofrimento dos sobreviventes e garantir apoio e acompanhamento profissional aos mesmos.

E os informantes-chave? Quantas histórias e conversas longas. Todos querendo ajudar, envolver-se na pesquisa, mesmo que, às vezes sem compreender como seu “simples” conhecimento da realidade e das pessoas do lugar pudesse contribuir com um tema tão “especializado”. As percepções e impressões foram se complementando, umas pela narrativa sofisticada e acadêmica de doutores e pós-doutores e outras pela narrativa simples e comprometida de quem vive e trabalha no campo e na cidade.

Parece que ser de “fora”, uma pessoa não natural do município, produziu nos informantes-chave, independente da formação e da profissão, um olhar mais aguçado sobre o que pode significar o suicídio para os alemães-brasileiros de Santa Cruz do Sul. Apesar de os de “dentro” conhecerem mais detalhes por presenciarem ou vivenciarem o suicídio de maneira mais próxima; nem sempre conseguem elencar, mesmo que de forma hipotética, possíveis fatores determinantes, facilitadores ou contribuintes presentes na sociedade loco-regional.

Não ter nascido no município, não ser teuto-brasileira, não ter raízes na região, já ter vivido em muitos lugares, ter conhecido pessoas com diferentes entendimentos sobre a vida e a morte, talvez puderam produzir em mim o estranhamento necessário para não sucumbir a explicações lineares e simplistas, mesmo porque, o tema não se reduz a simples e poucas explicações.

O estranhamento que falo, surgiu há quase vinte anos quando trabalhava na periferia de uma cidade catarinense do mesmo porte do município do estudo e ao retornar ao Rio Grande do Sul escolhi para morar e trabalhar Santa Cruz do Sul, uma cidade “alemã”, limpa, arborizada, florida e bem cuidada. No trabalho em unidades de saúde da família, na periferia, conheci um outro lado da cidade. O “lugar dos safristas”, onde equipamentos sociais precários garantiam escassos recursos de saneamento, segurança, educação, limpeza pública e lazer. Também lá conheci e atendi pessoas que passaram a vida sem emprego fixo, submetendo-se repetidamente a filas, entrevistas, fornecimento de dados, lista de espera e outros tantos constrangimentos para talvez serem chamadas na próxima safra. Estas pessoas de que falo, parece que residiam em outro lugar, pois jamais as vi, nos lugares públicos do centro da cidade.

No trabalho na Universidade deparei-me com outros estranhamentos. Jovens universitários apesar do direito a financiamentos estudantis vantajosos do ponto de vista econômico, negavam-se a contrair dívidas bancárias que poderiam garantir seus estudos com tranquilidade e qualidade. Ao contrário, preferiam dispendar o dobro do tempo em sua formação, trabalhando em subempregos, o que não lhes permitia participar de atividades extracurriculares de pesquisa e extensão. O estudante que por algum motivo decidia dedicar-se exclusivamente aos estudos era tido como o “aquele que não faz nada”.

O tema do suicídio era completamente estranho e desconhecido para mim até que iniciei minhas atividades docentes na UNISC, quando frequentemente, em conversas e rodadas de apresentações em sala de aula o assunto surgia de forma espontânea pelo relato de casos de suicídio nas histórias familiares dos alunos.

A narrativa que relaciona a cultura germânica ao suicídio não é inovadora para quem vive aqui, conforme relatou o informante-chave. Existe na cidade um dito popular que confirma este relato: “É o tempo começar a se armar e mais um alemão irá se matar”.

A possibilidade de olhar de um outro lugar me permitiu, para além do já descrito e analisado na tese, elencar outras questões que também se ancoram na hipótese cultural, mas que este estudo por diversos motivos, não conseguiu responder e que talvez jamais possam ser respondidas. Mesmo assim estão inseridas nestas considerações finais, somente como reflexão. São elas:

Os alemães foram os primeiros imigrantes (exceto os portugueses e espanhóis) a colonizar o país, especialmente o Rio Grande do Sul, e também um dos grupos étnicos de menor expressão em termos numéricos. Desta forma, os denominados teuto-brasileiros, nada mais são, do que a quinta ou sexta geração de descendentes nascidos no Brasil, ou seja, são mais brasileiros do que descendentes de outras etnias que imigraram para o Brasil mais tardiamente. Pergunta-se por que mantém até os dias atuais, o germanismo, ou o vínculo com uma Alemanha idealizada, assim como o ideal de pureza racial, enquanto que outras etnias parecem ter melhor vivenciado o processo de assimilação cultural? Por que razões o suicídio que supostamente teria vindo na bagagem dos imigrantes alemães como um modo de reagir às adversidades da vida, ainda se mantém como prática cultural após quase duzentos anos?

Os imigrantes alemães no período da colonização contavam com um certo prestígio das autoridades brasileiras, em função do ideal do branqueamento das raças, vigente na época. Exatamente o contrário viveram os imigrantes japoneses no início do século XX quando chegaram ao Brasil após a II Guerra. Eram tidos como perigosos, fanáticos suicidas, e tiveram que lidar com diferenças mais acentuadas entre as culturas e entre as línguas do que os imigrantes alemães. Além do mais, traziam em sua bagagem cultural, a valorização do suicídio como uma maneira viril e corajosa de resolver problemas, o que contribuiu para a manutenção de taxas de suicídio elevadas no Japão até a atualidade. Mesmo assim, os descendentes de japoneses apresentam no Brasil baixas taxas de suicídio, semelhantes às do restante da população brasileira, diferente dos descendentes de alemães.

Como possível explicação, tem-se que, a partir da segunda e terceira geração de descendentes, os japoneses começaram a frequentar escolas brasileiras e aceitar casamentos com pessoas de outras etnias avaliando a possibilidade de seus filhos ascenderem socialmente e culturalmente quando miscigenados, enquanto os descendentes de alemães continuam enquistados culturalmente e em certos momentos, parecem reviver e reavivar o germanismo, como por exemplo, na recente introdução da língua alemã no currículo das escolas em Santa Cruz do Sul, perpetuando, desta forma, a barreira entre “nós os alemães” e “eles os brasileiros” na sociedade local. A manutenção do germanismo, este culto exagerado à cultura alemã, que segundo alguns estudiosos, não é cultura e sim a permanência de elementos discursivos da tradição do século XIX sobre a superioridade racial

relacionada ao trabalho, a disciplina e ao sucesso material não estaria contribuindo também para o sofrimento mental dos que não se encaixam nestes padrões, sendo descendentes ou não de alemães?

E por fim, as histórias de tantas pessoas deste lugar, uma cidade gaúcha de “alemães”, compõe um enorme mosaico, difícil de ser conhecido e compreendido em sua totalidade. Mergulhar em um caso único, o município de Santa Cruz do Sul, e buscar adensar a reflexão sobre este tema que desperta curiosidade e mobiliza historiadores, cientistas sociais, religiosos, lideranças comunitárias, trabalhadores da saúde, segurança pública e comunicação buscando ouvir e organizar como uma narrativa única, embora multifacetada, as percepções, *insights*, ideias e vozes de atores sociais procedentes de campos do conhecimento tão variados, talvez represente uma contribuição deste trabalho.

Foi feito um esforço analítico no sentido de deixar emergir dentre as múltiplas correntes teóricas e de atribuição causal, aquelas cujos argumentos tivessem mais densidade e pudessem contribuir com algumas evidências. Os estudiosos da história da colonização germânica no Brasil, pareceram os que de certa forma se aproximaram de uma explicação plausível relacionada à cultura destes primeiros imigrantes, para os quais o suicídio era uma estratégia para enfrentar o sofrimento produzido pelos reveses da vida. A endogamia deste grupo, confinado em suas terras, facilitou a manutenção de uma posição cerrada em relação às suas origens, sem modificações culturais ao longo do tempo frente ao modo de viver, e inclusive, ao de morrer.

O trabalho com o fumo nas pequenas propriedades rurais, hoje submetidas a um processo de perda de autonomia, de “desruralização” e de profunda dependência da indústria fumageira é um outro elemento que tensiona essa população, gera sofrimento e pode contribuir para a busca da morte.

Mas onde está a potência, também está a fragilidade e uma das limitações deste estudo é a de que ao enveredar no campo da história da imigração alemã no Rio Grande do Sul, assim como em relação aos autores que têm trabalhado com os estudos do rural, faltou fôlego para aprofundar o tema. Os limites de tempo e de conhecimento no campo da história, ciências sociais e humanas marcaram a dificuldade em aprofundar as reflexões e os nexos causais entre os eventos estudados e o suicídio. Certamente foram omitidos autores essenciais, ou alguma

vertente que já não contribui de modo pertinente para este tema de estudo, pode ter sido utilizada.

Mesmo assim, a aventura de organizar esta narrativa de muitas vozes e diferentes timbres, alturas e intensidades, possivelmente pecando ao juntar algumas delas, pode ter gerado ruído, cacofonia ou redundâncias. Mas quero acreditar, como afirmou o antropólogo Price (2004), que a recuperação da memória, neste caso dos alemães brasileiros de Santa Cruz do Sul, pode trazer alguma contribuição mesmo que modesta, para o estudo do suicídio e, em decorrência, para a sua prevenção.

Ancorados nos resultados desta tese, parciais e ainda necessitando maior aprofundamento, volta-se o olhar para a prevenção do suicídio na realidade descrita. Assim como o fenômeno estudado, sua prevenção também é de grande complexidade, ainda mais se pensarmos nos temas que emergiram das narrativas. Questões culturais e do mundo do trabalho estão para além do que se pode imaginar como estratégia de prevenção. Mas é necessário começar, como sugerido pelos informantes-chave, o início pode ser simplesmente conversar sobre o assunto com crianças, adolescentes, adultos e idosos. Falar livremente, sem subterfúgios nas escolas, nas praças, nas igrejas, nos ônibus, no trabalho, nas fábricas para que talvez a partir daí os tabus sejam rompidos, os preconceitos implodidos, a vergonha deixada de lado e se descortine possibilidades de viver de modo mais leve e que as pessoas não precisem morrer quando não cumpriram os ideais estipulados por uma moral tão dura e exigente, moldada pelo *ethos* protestante do século XIX e que parece ainda vigente na sociedade local.

E para terminar procuro, como no começo, mais um fragmento reflexivo da ficção de Lya Luft, que obviamente não nasceu de uma pesquisa científica, mas da ludicidade com que a escritora fala de seu tempo e de sua gente, intitulado: Pedacinhos de gente, de humanidade:

“Acredito no que se chama ‘inconsciente coletivo’, e dele vem boa parte da matéria de minhas personagens. Muito delas me foi dado por vivência pessoal: coisas que vi, ouvi, li, sonhei, percebi de passagem na rua, no supermercado. Coisas que imaginei vagamente. Tudo isso se deposita no fundo de nossa mente como uma espécie de sedimento de fundo de rio. No tempo em que nos dispomos a escrever, na asa do que se chama “inspiração”, e que nunca brota por acaso, do nada, presente do céu, acontece que por alguma razão remexe-se nessa lama, nessa areia do fundo. Emergem, então, inteiras ou fragmentadas, em geral bem fragmentadas, essas lembranças de experiências, minhas ou alheias: nariz de um, orelha de outro, sofrimento de um terceiro, alegria de um quarto. Tudo em caquinhos, pedacinhos. O ficcionista vai então formando um painel

de mosaico, com esses pedacinhos de gente, de humanidade. Há, porém, um outro componente, que independe de mim, que não foi fornecido por mim diretamente; nesse momento é que o escritor pode ser “visionário”, espelho de seu tempo, voz de seu povo; quando nele falam as angústias e esperanças de uma humanidade muito maior do que a pequena e em geral desinteressante pessoa do escritor: é o inconsciente coletivo, emergindo” (LUFT et al., 2004, p. 80-81)

REFERÊNCIAS

- ACHOTEGUI, J. Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). **Avances en Salud Mental Relacional**, v.7, n.1, p. 1-22, 2008.
- ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 1, p. 108-13, 2005.
- ALONZO, P. Les rapports au travail et à l'emploi des caissières de la grande distribution. Des petites stratégies pour une grande vertu. In: **Travail et Emploi** n.76, 1998.
- ALVAREZ, A. **O deus selvagem**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- ALVES, P.C.; RABELO, M. C. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
- AMAGASA, T.; NAKAYAMA, T.; TAKAHASHI, Y. Karajisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. **Journal of Occupational Health**, v. 47, no. 2, p. 157-64, 2005.
- ANGERAMI, V. A.; SANTOS, R. A. Dados sobre a tentativa de suicídio e sua relação com o desemprego. In: **Suplemento de Ciência e Cultura**. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, v. 36, n.7, p. 57-9, 1984.
- ANTUNES, R. **Crise capitalista contemporânea e as transformações do mundo do trabalho**. In: Universidade de Brasília. CEAD, 1999.
- ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir**, dirigido para profissionais de imprensa. São Paulo: ABP, 2009.
- BAHLS, SC.; BOTEGA, N.J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. IN: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.) **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BARRETO, M. M. S. **Uma jornada de humilhações**. 2000. 266 f. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, São Paulo, 2000.
- BARTH, F. Introducción. In: BARTH, F, (org.). **Los grupos étnicos y sus fronteras**. México: Fondo de Cultura Económica. p. 9-49, 1976.
- BASTIDE, R. A Imprensa Negra do Estado de São Paulo. **Boletim de Sociologia**, n. 2, FFLCH/USP, São Paulo, p. 50-78, 1951.
- BEAUD, S.; PIALOUX, M. **Retour sur la condition ouvrière**. Paris: Fayard, 1999.

BEAUTRAIS, A. L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. **Aust NZ J Psychiatry**. v. 37, no. 5, p.595-99, 2003.

BEAUTRAIS, A. L. Women and suicidal behavior. **Crisis**. v. 27, n. 4, p.153-56, 2006.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993.

BENJAMIN, W. **O capitalismo como religião**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2005.

BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. **Textos escolhidos**. São Paulo: Editora Abril Cultural; 1975.

BENTIVOGLIO, J. Cultura política e historiografia Alemã no século XIX: A Escola Histórica Prussiana e a Historische Zeitschrift. **Revista de Teoria da História**. Universidade Federal de Goiás, Ano 1, n. 3, 2010.

BERRA, S. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya; revisió exhaustiva de la literatura científica. In **Anales de Medicina**. Barcelona: Agència d' avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2004.

BERRY, J. W. Psychological aspects of cultural pluralism. **Culture Learning**, v.2, p. 17-22, 1974.

BERRY, J. W. Multicultural policy in Canadá: a social psychological analysis. **Canadian Journal of Behavioural Science**, v.16, p. 353-70, 1984.

BERRY, J. W. Immigration, acculturation and adaptation. **Applied Psychology**, v. 46, p. 5-68, 1997.

BERRY, J. W. Acculturation: Living successfully in two cultures. **International Journal of Intercultural Relations**. v. 29, p. 697–712, 2005.

BERTOLETE, J. M. et al. O suicídio e sua prevenção. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Edit.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p.193-206.

BERTOLETE, J. M. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychological Medicine**, v. 35, p. 1457–65, 2005.

BLANCH-RIBAS, J.M. (Coord.). **Teoria de les relacions laborals: desafiaments**, Barcelona: Editorial Universitat Oberta de Catalunya, 2002.

BLUME, S. **Morte e morrer nas colônias alemãs do Rio Grande do Sul: recorte do cotidiano**. 2010. 291 f. Dissertação (Mestrado), Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, São Leopoldo, RS, 2010.

BONATO, A. M. **Desafios e potencialidades para a diversificação na agricultura familiar produtor de tabaco**. Estudo a partir dos diagnósticos realizados nas Unidades de Produção Familiar da Chamada Pública de ATER par a diversificação nas Área de Cultivo de Tabaco, 2013.

BONTEMPO, D. E.; D'AUGELLI, A. R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. **Journal of Adolescent Health**, New York, v.30, no.5. p. 367-74, 2002.

BOTEGA, N. J.; GARCIA, L. S. L. Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. **World Psychiatry**, v. 3, p.157-8, 2004.

BOTEGA, N. J. et al. Suicidal behaviour in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, no. 1, p. 45-53, 2005.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, 2007.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.12, p. 2632-38, 2009.

BOTEGA, n. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v.6, n.1, p.1-15, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: redes de produção de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876/GM**, de 14 de agosto de 2006. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Cienc Saude Colet**, v.10, n. 1, p. 97-104, 2005.

BRUNER, J. **Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva**. Madrid: Alianza Editorial; 1990.

CABRUJA, T., IÑIGUEZ, L., VÁZQUEZ, F. Como construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. Análisi. **Quaderns de Comunicació i Cultura**, v. 25, p.61-94, 2000.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo** (1942). Lisboa: Livros do Brasil, 2002.

CANETTO, S. S. Women and suicidal behavior.: a cultural analysis. **American J of Orthopsychiatry**, v. 78, no. 2, p. 259-66, 2008.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface: Comun Saúde Educ**; v. 9, p. 131-46, 2004.

CARVALHO, I. C. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 9, n. 19, p. 283-302, 2003.

CARNEIRO, A. B. F. Suicídio, religião e cultura: reflexões a partir da obra *Sunset Limited*. **Reverso**, v.35, n.65, p. 15-23, 2013.

CARVALHO, I. C. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes antropológicos**, v. 9, n.19, p.283-302, 2003.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio: aspectos bioéticos. In: CAPONI, G. A.; LEOPARDI, M. T.; CAPONI, S. N. C. (Coord.). **A saúde como desafio ético**. Florianópolis: Sociedade de Estudos em filosofia e Saúde, 1995.

CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1998.

CASSORLA, R. M. S. Introdução. In: TOLEDO, J. **Dicionário de Suicidas Ilustres**. Rio de Janeiro: Record, 1999, p.9-18.

CASSORLA, R. M. S. Reflexões sobre teoria e técnica psicanalíticas com pacientes potencialmente suicidas (Parte I). **Alter - Jornal de Estudos Psicodinâmicos**, Brasília, v.19, n. 1, p. 169-86, 2000.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, 1998.

CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 1943-54, 2012a.

CAVALCANTE, F.G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2039-52, 2012b.

CAVALCANTE, F. G. et al. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1667-1680, 2015a.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1655-1666, 2015b.

CAVANAGH, J. T. et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review, **Psychol med**. v. 33, no.3, p. 395-405, 2003.

CECCON, R.F. et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 2225-2234, 2014.

CHALLAYE, F. **Pequena história das grandes filosofias**. São Paulo: Nacional, 1978.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2006.

CHAYANOV, A. V. 1966. **The theory of peasant economy**. Homewood, Ill: The American Economic Organization, 1966.

CHO, J. et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. **J Prev Med Public Health**. v.16, no.3, p.147-54, 2013.

CLEARY, A. Suicidal action, emotional expression and the performance of masculinities. **Soc Sci Med**, v. 74, no. 4, p. 498-505, 2012.

CODO, W. et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J. Relatos de experiencia e investigación narrativa. In: LARROSA, J. et al. **Déjame que te conte**: ensayos sobre narrativa y educación. Barcelona: Alertes, p. 11-59, 1995.

CONTE, M. et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2017-26, 2012.

CORREA, S. M. S. A linha étnica entre “alemães” e “brasileiros” em área de colonização no Rio Grande do Sul. In: **XXIV Simpósio Nacional de História**, Associação Nacional de História (ANPUH), 2007.

COSTA, C.G. Migração alemã e fomicultura: a colônia de SANTA CRUZ (RS) no período imperial brasileiro. **Revista eletrônica de história**. UNISC, sd.

Disponível em:

<http://www.unisc.br/site/spartacus/edicoes/012007/costa_carlos_gabriel.pdf>

Acesso em: 30/04/2016

CUNHA, J. L. **Os colonos alemães e a fomicultura**: Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul 1849-1881. Santa Cruz do Sul: Livraria e Editora da FISC, 1991.

CUNHA, J. L. (Org.). **Cultura alemã 180 anos=** Deutsche kultur seit 180 jahre. Porto Alegre: Nova Prova, 2004.

CSILLAG, C. Brazil's soaring suicide rate revealed. **Lancet**, v. 348, no.1651,1996.

DA MATTA, R. **Você tem cultura?** Artigo publicado no Jornal da Embratel, Rio de Janeiro, 1981.

DAVIDSON, C. L. et al. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in na inpatient sample of veterans. **Suicide Life Threat Behav.** v. 43, no. 3, p. 279-89, 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas,1999.

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

DIAS, M. L. **Suicídio**: testemunhas de adeus. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DOMINGUES, P. J. Negros de Almas Brancas? A Ideologia do Branqueamento no Interior da Comunidade Negra em São Paulo, 1915-1930. **Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 24, n. 3, p. 563-599, 2002.

DREHER, M. N. **Igreja e germanidade**: estudo crítico da história da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. São Leopoldo: Editora Sinodal; Porto Alegre: ESTSLB; Caxias do Sul: EDUSC, 1984. p. 43

DREVIES, K. et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social Science and Medicine**, v. 73, p.79-86, 2011.

DRUMOND JR, M. et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 273-80,1999.

DURKHEIM, E. **O suicídio**: Um Estudo Sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

ELIAS, D. Globalização e fragmentação do espaço agrícola do Brasil. **Revista electrónica de geografía y ciencias sociales**, v. 10, n. 218 (03), 2006.

ERIKSON, E. **Identity**: Youth and crisis. New York.: Norton, 1968.

ETGES, V. E. **Sujeição e resistência**: os camponeses gaúchos e a indústria do fumo. Santa Cruz do Sul: Livraria e Editora da FISC, 1991.

ETGES, V. E. O impacto da cultura do tabaco no ecossistema e na saúde humana. **Textual**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 14-21, 2002.

ETGES, V. E.; FERREIRA, M. A. F. (Org.). **A produção de tabaco**: impacto no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul/RS. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

FANFA, B. R. **Tentativas de suicídio no município de Santa Cruz do Sul na perspectiva do serviço de urgência e emergência**. 2014. 49 f. (Monografia) Universidade de Santa Cruz do Sul, Curso de Graduação em Enfermagem, 2014.

FARIA, N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad Saúde Pública**, v.16, n.1, p.115-28, 2000.

FARIA, N. M. X. et al. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, no. 12, p. 2611-21, 2006.

FARIA, N. M. X.; FASSA, A.G.; MEUCCI, R. D. Association between pesticide exposure and suicide rates in Brazil. *NeuroToxicology*, no.45, p. 355–362, 2014.

FEE-RS. Federação de Estatística e Economia do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Santa+Cruz+do+Sul>> Acesso em: 29/01/2016.

FERREIRA, A., GROSSI, Y. **A narrativa na trama da subjetividade**: perspectivas e desafios. *História Oral*; 7:41-59, 2004.

FERREIRA, M. A. F. Os produtores de fumo da Bacia do Rio Pardinho: o cotidiano subalterno e a difícil mudança. In: ETGES, V. E.; FERREIRA, M. A. F. (Org.). **A produção de tabaco**: impacto no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul/RS. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. p. 142-169.

FERREIRA, M. E.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K.T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n.12, p. 2327-39, 2011.

FIALHO, R. R. **Os sentidos produzidos pelos agricultores e agricultoras familiares da cultura do fumo em relação ao trabalho**. 2003.148 f. Dissertação (Mestrado), Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Santa Cruz do Sul, 2003.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-38, 2009.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 1993-2002, 2012.

FOSSATI, D. M.; FREITAS, C. A. O caráter familiar da atividade fumageira em Santa Cruz do Sul – RS. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA E SOCIOLOGIA RURAL**, 42.,2004, Cuiabá. Anais...
<http://www.sober.org.br/palestra/12/09O418.pdf>

FRANKEN, I., COUTINHO, M. P. L., RAMOS, N. Migração internacional, qualidade de vida e representação social. In: KRUTZEN, E. C.; VIEIRA, S. B. (Orgs.), **Psicologia social, clínica e da saúde mental**. João Pessoa, PB: Editora Universitária. UFPB, 2007.

FRANKEN, I., COUTINHO, M. P. L., RAMOS, N. Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 419-27, 2009.

FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. 8ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GOOD, M.J. Cultural studies of biomedicine: an agenda for research. **Social Science & Medicine**, v.41, no.4. p. 461-73, 1995.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva: 1997-2007. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2009.

GAZETA DO SUL, Diário, Jul. 2011 – Jun. 2012. Disponível em:
<http://assinaturas.gaz.com.br/edicao/index> Acesso: 31/07/2015.

GARRO, L. C. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ). **Social Science & Medicine**, v.38, no.6, p. 775-88, 1994.

GERTZ, R. E. **O fascismo no sul do Brasil**: germanismo, nazismo, integralismo. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

GERTZ, R. **O perigo alemão**. Porto Alegre: ED. UFRGS, 1991.

GERTZ, R. A construção de uma nova cidadania. In: MAUCH, C.; VASCONCELOS, N. (Org.). **Os alemães no sul do Brasil**: cultura, etnicidade, história. Canoas/RS: Ed. da Ulbra, 1994.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. São Paulo: LTC, 1989.

GERGEN, K. J. **Realidades y relaciones**. Aproximación a la construcción social. Barcelona: Editorial Paidós, 1994.

GERGEN, K.J. The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, v.40, p.266-75, 1985.

GOETHE, J. W. **Fausto**. São Paulo: Martin Claret; 2002.

GOETHE, J. W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Martin Claret; 2009.

GOMES, A. M. A. O pensamento de João Calvino e a ética protestante de Max Weber, Aproximações e contrastes, **Fides Reformata**, 7/2, 2002.

GILCHRIST, V.; WILLIAMS, R. Key informant interviewing. In: CRABTREE, B.; MILLER, W. L (Org.). **Doing qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2ed., p.71-78, 1999.

GRÜTZMANN, I. O Carvalho entre palmeiras: representações e estratégias identitárias no germanismo. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História**. São Leopoldo: Unisinos, v. 7, n. 8, p.115-68, 2003.

GUNNELL, D. et al. Suicide and unemployment in young people: analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. **British Journal of Psychiatry**, v. 175, p. 263-70, 1993.

HALL, S. **Identidades culturais na pós-modernidade**. Rio de Janeiro, DP&A, 1997.

HECK, R. M. **Suicídio um grito sem eco: contexto social de Santo Cristo**. Universidade Federal de Pelotas- UFPEL: Editora Universitária, 1994.

HECK, R. M. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do noroeste do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm**. v. 13, n. 4, p.559-67, 2004.

HEGERL, U. et al. Why Has the Continuous Decline in German Suicide Rates Stopped in 2007? **PLOS ONE**, v. 8, no. 8, 2013.

HERZER, L. **O suicídio em Feliz**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em História Regional. Caxias do Sul/RS. Universidade de Caxias do Sul, 2009.

HESLER, L. Z. **Suicídio em municípios do sul do Brasil: um enfoque de gênero**. 2013.122 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

HIYAMA, T., YOSHIHARA, M. New occupational threats to Japanese physicians: karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). **Occupational and Environmental Medicine**, v. 65, no. 6, p. 428-29, 2008.

HOBBSAWM, E. J. **O novo século**: entrevista a António Políto. São Paulo: Companhia da Letras, 2000.

HOUTART, F. **Délegitimer le capitalisme**: reconstruire l'espérance. Bruxelles, BE: Éditions Colophon, 2005.

HONG, Y et al. Correlates of Suicidal Ideation and Attempt Among Female Sex Workers in China. **Health Care Women Int**, v. 28, no. 5, p. 490-505, 2007.

IANNI, O. Globalização: novo paradigma das ciências sociais. **Estud. av.**, São Paulo, v. 8, n. 21, p. 147-163, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. > Acesso em: 08 fev. 2016.

IÑIGUEZ, L. **Análisis del discurso** – Manual para las ciencias sociales. Barcelona: Editorial UOC, 2004.

JACK, B. Goethe's Werther and its effects. **Lancet Psychiatry**, v.1, no.1, p. 18-9, 2014.

JIMÉNEZ, A. M. Comportamiento de la conducta suicida infantojuvenil. **Rev Cubana Med Gen Integr**. v.14, n.6, p.554-59, 1998.

JORDAN, J. R.; MSINTOSH, J. L. (editors). **Grief after suicide**: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York (NY): Routledge, 2011.

KAUSE, S. **Migrantes do Tempo**. Vida econômica, política e religiosa de uma comunidade de imigrantes alemães na República Velha. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002.

KAUTSKY, K. A proletarização dos camponeses, 1968. In: _____ **A questão agrária**. São Paulo: Proposta, 1980.

KIPPER, M. H. **A campanha de nacionalização do Estado Novo em Santa Cruz (1937-1945)**. Santa Cruz do Sul: APESC, 1979.

KOHLRAUSCH, E. R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia de saúde da família**. 2012. 207 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2012.

KROEMER, G. **Kunaã made, o povo do veneno: sociedade e cultura do povo Zuruahá.** Belém: Mensageiro; 1994.

KREUTZ, L. **Material Didático e Currículo na Escola Teuto-Brasileira.** São Leopoldo: Unisinos, 1994.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Editora Fiocruz. Brasília, 2004.

LANGDON, E., J. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico.** (Tese para concurso professor titular). Florianópolis (SC): Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LEAL, O. F. Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. **Cad Antropologia UFRGS**, n. 6, p. 7-21, 1992.

LECHENER, E. Imigração e saúde mental. Migrações. Migração e Saúde. (**Revista do Observatório da Imigração**, ACIDI, 1, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural). Lisboa, Portugal, 2007

LÊNIN, V. I. **O desenvolvimento do capitalismo na Rússia.** São Paulo: Nova Cultural, 1985.

LEVCOVITZ, S. **Kandire, o paraíso terreal: o suicídio entre os índios guaranis do Brasil.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/Te Corá; 1998.

LEVI F. et al. Trends in mortality from suicide, 1965–99. **Acta Psychiatr Scand**, v. 108, p. 341–9, 2003.

LINHART, R. **L'établi.** Paris: Minuit, 1978.

LOCK, C.R.; CHURUKIAN, G. A. Narrative inquiry as a research design. In: ABRAHÃO, M. H. M. B. A aventura (auto) biográfica. **Teoria e empiria.** Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 93-118, 2004.

LOCK, J.; STEINER, H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, p. 297-304, 1999.

LOURO, G. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, supl. 2, p.86-94, 2009.

LUFT, L. **A asa esquerda do anjo.** 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

LUFT, L. **Exílio.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

- LUFT, L. **Reunião de família**. São Paulo: Siciliano, 1991.
- LUFT, L. **Mar de dentro**. São Paulo: Arx, 2002.
- LUFT, L. **O rio do meio**. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- LUFT, L. **Pensar é transgredir**. 9ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- LUFT, L. et al. De onde vem estes seres? Os escritores respondem. In: BRAIT, B. **A personagem**. 7 ed. São Paulo: Ática, 2004.
- LUTHAR, S. S. (Edit.). **Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities**. Cambridge. Cambridge University Press, 2003.
- MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T.G. et al. **Cartografias e devires**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p.260-275.
- MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-63, 2003.
- MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small countries. **Rev Panam Salud Publica**, v.32, n.5, p. 351-9, 2012.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 3v. (Os economistas; 1, 2, 3, 4, 5), 1985-1986.
- MCANDREW, S; WARNE, T. Ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 11, p. 428-34, 2004.
- MELO, C. V. **Lya Luft: percursos entre intimismo e modernidade**. 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Letras, Porto Alegre, 2005.
- MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y-P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v. 27, no.2, p.131-4, 2005.
- MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. de Saúde Públ**. São Paulo, v.38, n. 6, p. 804-10, 2004.
- MENEGHEL, S. N. et al. Histórias de dor, de morte e de vida. **Saúde e Sociedade**, 17(2), 220-228, 2008.
- MENEGUEL, S. N. et al. Suicídio em idosos – uma perspectiva de gênero. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 1983-1992, 2012.
- MENEGHEL, S. N.; CECCON, R. F.; HESLER, L. Z. O suicídio na rota dos galpões de fumo. **10º Congresso Rede Unida [Comunicação oral]**. Rio de Janeiro, 2012.

MENEGHEL, S. N. et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1721-1730, 2015.

MENEGHEL, S. N. Algumas reflexões pessoais acerca do suicídio. In: MINAYO, M.C. (Org.) **Suicídio no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ [no prelo 2016].

MEYER, D. E. **Identities traduzidas: cultura e docência teuto-brasileiro- evangélica no Rio Grande do Sul**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000.

MILANI, C. R. S. Como articular o 'capital' e o 'social'? Teorias sobre o capital social e implicações para o desenvolvimento local. In: **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 2, p. 31-54, 2004.

MINAYO, M. C.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2665-74, 2012.

MINAYO, M. C. S. et al. **Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública**. Manual de pesquisa (mimeografado). Rio de Janeiro, 2013

MINOIS, G. **História do suicídio**. Lisboa: Teorema, 1998.

MOMMSEN, T. O ofício do historiador (1874). In: MARTINS, E. R. **A história pensada**. São Paulo: Contexto, 2010.

MONTEIRO, R. A. et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 689-700, 2015.

MOREIRA, C. A. Lya Luft revê sua trajetória e o impacto da infância e da família em seus livros. **Zero Hora**, Porto Alegre, 31/08/2013. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/entretenimento/noticia/2013/08/lya-luft-reve-sua-trajetoria-e-o-impacto-da-infancia-e-da-familia-em-seus-livros-4253762.html>> Acesso em 17 jun.2016.

MOURA, A. T. M. S. et al. (Orgs.). **Manual de prevenção ao suicídio**. Prevenção ao 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, 2011a.

MOURA, A. T. M. S. et al. (Orgs.). **Guia de prevenção do suicídio**. Prevenção do suicídio e promoção da vida: orientações para profissionais da rede local. Porto Alegre: CORAG, 2011b.

MOYANO DIAZ, E.; BARRÍA, R. Suicídio y producto interno bruto (PIB) em Chile: hacia um modelo predictivo. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 38, n. 2, p.343-359, 2006.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. The global burden of disease and injury series. The global burden of disease (Summary). **Harvard School of Public Health**, Harvard University Press, 1996.

NAKAYAMA, T., AMAGASA, T. Special reference to employee knowledge about depression and suicide: baseline results of a workplace-based mental health support program. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 58, no.3, p. 280-84, 2004.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A.C. (Org.) **Saúde e trabalho no RS**. Realidade Pesquisa e intervenção. Porto Alegre, Ed UFRGS, p. 43-64, 2004.

NOGUEIRA, R. C. **Repercussões de projeto de implantação de rede intersetorial de prevenção do suicídio em municípios do Rio Grande do Sul**. 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013.

NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, P. B.; PEDERSEN, C. B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 68, no. 10, p. 1058-64, 2011.

OLIVEIRA, S. V., ODA, A. M. G. R. O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas décadas da escravidão. **Hist Ciênc Saúde Manguinhos**, 15(2):371-88, 2008.

ORELLANO, M. H. **Trabajo, Desocupación y Suicidio**. Efectos psicosociales del desempleo. 1ª ed. Buenos Aires: Lumem-Humanitas, 2005.

PAES, N. A.; GOUVEIA, J. Recuperação das principais causas de morte do Nordeste do Brasil: impacto na expectativa de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 301-9, 2010.

PAIVA, G. J. P. Apresentação. In: DE BIAGGI, S. D.; PAIVA, G. J. P. (Org.) **Psicologia, e/imigração e cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PAUL GIBSON, L. C. S. W. Gay male and lesbian youth suicide. In: REMAFEDI, G. **Death by denial. Studies of suicide in gay and lesbian teenagers**. Boston, Massachusetts: Alyson Publications, p. 15-68. 1989.

PEZÉ, S. Penser l'impensable. Cadrage cognitif des suicides liés au travail et pratiques des organisations. **XVIIIème Conférence de l'AIMS** (Association Internationale de Management Stratégique), Grenoble, France, 2009.

PHILLIPS, M. R. et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. **Lancet**, no. 360, p. 1728-36, 2002.

PHINNEY J. S. Ethnic identity in adolescents and adults: A review of research. **Psychological Bulletin**, no.108, p. 499-514, 1990.

PHINNEY J. S.; DEVICH-NAVARRO, M. Variations in bicultural identification among African American and Mexican American adolescents. **Journal of Research on Adolescence**, no. 7, p. 3-32, 1997.

PHINNEY J. S. Formação da identidade de grupo e mudança entre migrantes e seus filhos. In: DE BIAGGI, S. D.; PAIVA, G. J. P. (Org.). **Psicologia, e/migração e cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PINEZI, A. K. M. O sentido da morte para protestantes e neopentecostais. **Paideia**, v.19, n.43, p.199-209, 2009.

PINTO, L. W. et al. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciê. Saúde Colet**, v. 7, n. 8, p. 2003-09, 2012.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciê. Saúde Colet**, v. 7, n. 8, p. 1963-72, 2012.

PIRKIS, J. Suicide and the media. **Psychiatry**, no. 8, p. 269-71, 2009.

PRICE, R. Meditação em torno dos usos da narrativa na antropologia contemporânea. **Horizontes Antropológicos**, v.10, n.2, p. 23-312, 2004.

RADHAKRISHNAN, R.; ANDRADE, C. Suicide: an Indian perspective. **Indian J Psychiatry**, v.54, no.4, p. 304-19, 2012.

RAMOS, N. **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.

RAMOS, N. Migração, aculturação e saúde. In: RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas**. João Pessoa, PB: Editora Universitária. UFPB, 2008.

RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N.J., 2005. Perfis clínicos de indivíduos que fizeram tentativas graves de suicídio internados em um hospital universitário: análise de agrupamento. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 27, n.4, p.285-9, 2005.

RETTSTOL, N. **Suicide: a european perspective**. Cambridge: Cambridge University, 1993.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Tomo I. Campinas: Editora Papyrus; 1994.

RIBEIRO, D. B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n.1, 2016.

RIBEIRO, D. B. **Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz**. 2016. 153 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2016.

ROCHA, L.; CARVALHO, M.; BARRETO, M. (Orgs.) **Impactos do desemprego na saúde de homens e mulheres**. São Paulo: UBM, 1999.

ROCHE, J. **A colonização alemã e o Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: editora Globo, 1969.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SANTA CRUZ DO SUL. Desenvolvido por DROP. **Apresenta informações gerais sobre o município de Santa Cruz do Sul**. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

SANTOS, P. Sofrimento no trabalho e imaginário organizacional: ideação suicida de trabalhadora bancária. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n.2, p.359-68, 2011.

SANTOS, J. C.; RISTOW, M. R. Suicídios: fato social e desenvolvimentismo na base dos atentados contra a vida. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n.2, p. 563-76, 2010a.

SANTOS, J. C.; RISTOW, M. R. Excessões do trabalho rural: o suicídio entre trabalhadores do campo. **Anais do IV Simpósio Lutas Sociais na América Latina: Imperialismo, nacionalismo e militarismo no Século XXI**, Londrina, UEL, 2010b.

SANTOS, J.C.; RISTOW, M. R. Uma micro história do suicídio nos limites de fronteiras. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, julho 2011.

SANTOS, V. C. F. et al. Saúde e ambiente nas políticas públicas em municípios que cultivam tabaco no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n. esp., p. 215-23, 2015.

SARCHIAPONE, M. et al. Controlling access to suicide means. **Int J Environ Res Public Health**, v. 8, no. 12, p. 4550-62, 2011.

SARCHIAPONE, M. et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. **Sleep Med.**, v.15, no. 2, p. 248-54, 2014.

SARRIERA, J. C. Aspectos psicossociais do desemprego juvenil: uma análise a partir do fracasso escolar para a intervenção preventiva. **Revista Psico**, v. 24, n. 2, p. 23-29, 1993.

SCHALLENBERGER, E. **O associativismo cristão no Sul do Brasil**: a contribuição da Sociedade União Popular e da Liga das Uniões Coloniais para a organização e o desenvolvimento social Sul-brasileiro. 2001. 593 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2001. p. 232.

SCHENSUL, J. J. Key informants. In. NORMAN, B. A. (Ed), **Encyclopedia of health & behavior**, vol. 1, p.569-71. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

SCHMIDTKE, A. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand.** 1996; v.93, no.5, p.327-38.

SCHNEIDER, B. Substance use disorders and risk for completed suicide. **Arch Suicide Res**, v. 13, no. 4, p. 303-16, 2009.

SCHWARTZ, K.A. et al. Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. **Pediatrics**, no. 125, p. 221-27, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. São Paulo: Cortez, 1994.

SENA-FERREIRA, N. et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Cienc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 115-26, 2014.

SEYFERTH, G. A Estratégia do Branqueamento. **Ciência Hoje**, v. 5, n.25, p. 54-56, 1986.

SEYFERTH, G. Imigração e colonização alemã no Brasil: Uma revisão da bibliografia. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**. v.25, p. 3-55, 1988.

SEYFERTH, G. Os paradoxos da miscigenação. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 20, p.165-186, 1991.

SEYFERTH, G. Identidade étnica, assimilação e cidadania. A imigração alemã e o Estado brasileiro. **Trabalho apresentado no XVII Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, MG, 22-25 de outubro de 1993.

SEYFERTH, G. Identidade teuto-brasileira numa perspectiva histórica. In: MAUCH, C.; VASCONCELLOS, N. (Orgs.). **Os alemães no sul do Brasil**. Canoas: Ulbra, p.11-27, 2004.

SHNEIDMAN, E. **Definition of suicide**. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.

SILVA, A. R. **O significado do trabalho na terra do fumo: perspectivas dos agricultores frente ao sistema integrado de produção industrial em Santa Cruz do Sul / RS**. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado), Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Santa Cruz do Sul, 2007.

SILVA, F. A. **História geral: história antiga e medieval**. São Paulo: Moderna, 1994.

SILVA, M. F. J. **Para onde vamos?** A saúde física e mental de ex-empregados do mercado de trabalho formal, do ramo da metalurgia, que se encontram empregados/ocupados na informalidade. Um estudo comparativo entre Brasil e

Argentina. 2006. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Pós-Graduação em Integração da América Latina, São Paulo, 2006.

SILVA, M. L. Educação e etnicidade na região de Santa Cruz do Sul- RS. PPG em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos: **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 2, p. 1982-99, 2012^a.

SILVA, M. L. Em defesa de identidades? Publicado em 15 de setembro de 2012 na Gazeta do Sul. Blog História & Cotidiano. 2012b.

SILVEIRA, R. L. L. **A produção da periferia urbana em Santa da Cruz do Sul-RS: o lugar dos safristas na terra do fumo.** 1997. 273 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Florianópolis, 1997.

SILVEIRA, R. L. L. **Cidade, corporação e periferia urbana: acumulação de capital e segregação espacial na (re) produção do espaço urbano.** 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

SINGH, J. A.; BANDEWAR, S.; SINGER, P. A. Sex, gender, and health biotechnology: points to consider, **BMC International Health and Human Rights**, p. 9-15, 2009.

SKEGG, K. et al. Sexual orientation and self-harm in men and women. **Am J Psychiatry**, v.160, no. 3. P. 541-6, 2003.

SOUBRIER, J. P. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In. Wasserman, D. (edit.) **Suicide-na unnecessary death.** London: Martin Dunitz Ltd; 231-6, 2001.

SOUZA, M. L. P., ORELLANA, J. D. Y. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira: a predominantly indigenous Brazilian municipality. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 4, no.1, p. 34-7, 2012.

SPARKES, A.C. Investigación narrativa en la educación física y el deporte. **Ágora para la E.F. y el Deporte**, Palencia v. 2-3, p. 51-60, 2003.

SPICKARD, P.; BURROUGHS, W. J. We are a people: narrative and multiplicity in constructing ethnic identity. Philadelphia: **Temple University Press**, 2000.

SPINASSÉ, K.P. Os imigrantes alemães e seus descendentes no Brasil: a língua como fator identitário e inclusivo. **Conexão Letras**, v.3, n.3, 2008.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. **Life Threaten Behav**, v. 30, p. 145-62, 2000.

STEINMETZ, S. R. Suicide among primitive peoples. **Am Anthropol**, v.7, p.53-60, 1894.

TANG, N. K., CRANE, C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. **Psychol Med.** v.36, no.5, p. 575-86, 2006.

TARCHI, C.; COLUCCI, E. Youth Suicide in Germany: A review of the literature **World Cultural Psychiatry Research Review;** v. 8, no.1, p.21-8, 2013.

TEIXEIRA-FILHO, F. S; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.651-67, 2012.

TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho.** Porto Alegre: Ortiz, 1994.

TRAPÉ, A. Z.; BOTEGA, J. N. Inquérito de morbidade auto-referida e exposição a agrotóxicos. In: ETGES, V. E.; FERREIRA, M. A. F. (Org.). **A produção de tabaco: impacto no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul/RS.** 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

UCHIDA, S.; LANCMAN, S.; SZNELMAR, L.I. Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho para o desenvolvimento de ações transformadoras no processo laboral em saúde mental. In: Glina, D.M. R.; Rocha, L.E. (Org.). **Saúde Mental no trabalho: da teoria à prática.** São Paulo: Rocca, p.191-209, 2010.

VARGAS LLOSA, M. **A verdade das mentiras.** Trad. Cordelia Magalhães. São Paulo: Arx, 2004.

VENCO, S.; BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. **Revista Espaço Acadêmico,** v. 9, n.108, p.1-8, 2010.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 108-14, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.29, n. 1, p. 175-87, 2013.

VILLAR, D. **Uma abordagem crítica do conceito de “etnicidade” na obra de Fredrik Barth.** Mana, v. 10, n. 1, p.165-92, 2004.

VOGT, O. P. **A produção de fumo em Santa Cruz do Sul, RS: (1849-1993).** 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1997.

VOGT, O. P. Germanismo e nacionalização em Santa Cruz do Sul/ RS, **Ágora,** Santa Cruz do Sul, v.7, n.2, p. 49-92, 2001.

VOGT, O. P. **A colonização alemã no Rio Grande do Sul e o capital social.** Tese (Doutorado).2006. 435 f. Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Santa Cruz do Sul, 2006.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2011**: Os Jovens do Brasil. Brasília, Instituto Sangari, 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude e Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, 2014.

WARNER, J et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: results from a survey based in England and Wales. **Br J Psychiatry**, v. 185, p. 479-85, 2004.

WEBER, M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

WEIL, S. **O Enraizamento**. São Paulo: EDUSC, 2001.

WERLANG, B. S. G., ASNIS, N. Perspectiva histórico-religiosa. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

WERLANG, R. **Pra que mexer nisso?** Suicídio e sofrimento social no meio rural. 2013. 249 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, 2013.

WHO. World Health Organization. **Suicide and Attempted Suicide, in Public Health nº 18**. Geneve, 1974.

WHO. World Health Organization. **Figures & facts about suicide**. Geneve, 1999.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide a resource for primary health care workers**. Geneve, 2000a.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide a resource for general physicians**. Geneve, 2000b.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide how to start a survivors' group**. Geneve, 2000c.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide a resource for media professionals**. Geneve, 2000d.

WHO. World Health Organization. **The World health report 2001**: Mental health - new understanding, new hope. Geneve, 2001.

WHO. World Health Organization. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – Supre-Miss**: Protocol of SUPRE-MISS. Geneve, 2002a.

WHO. World Health Organization. **World Report on Violence and Health: Summary**. Geneve, 2002b.

WHO. World Health Organization. “**mHGAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**”, 2010a.

WHO. World Health Organization. **Participant manual** – IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. Geneve, 2010b.

WHO. World Health Organization. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneve, 2013a.

WHO. World Health Organization. **Health literacy: the solid facts**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**, 2014a.

WHO. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneve, 2014b.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIP, P.S.F.; LIU, K.Y.; LAW, C.K. Years of life lost from suicide in China, 1990-2000. **Crisis**, v. 29, no. 3, p. 131-36, 2008.

ZHANG, J. et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. **Psycho Med**, v.40, no. 4, p. 581-9, 2010.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro de entrevista semiestruturada para informantes-chave

| | | |
|--|---------------|--------|
| Nome: | | Sexo: |
| Idade: | Naturalidade: | Etnia: |
| Profissão/Ocupação: | | |
| Quanto tempo vive em Santa Cruz do Sul? | | |
| Já viveu em outra cidade? | | |
| Se sim, onde e por quanto tempo? | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Você já vivenciou esta situação entre familiares, amigos e conhecidos? 2. Você já teve contato com pessoas nesta situação por conta de sua profissão/ocupação? Que conduta você adotou? 3. Você seria capaz de identificar a presença de comportamento suicida nas pessoas que convive pessoalmente ou profissionalmente? 4. Para você por que as pessoas se suicidam? 5. Para você por que o município e a região têm mantido continuamente uma das maiores taxas de suicídio do país? 6. Você conhece os serviços que estão envolvidos com a atenção a estas pessoas aqui no município? Você acha que eles estão preparados para atender as pessoas e os familiares das pessoas que se suicidaram? 7. Você conhece algum manual ou documento com orientações de como atender às pessoas e famílias nesta condição? 8. Para você o que os serviços poderiam fazer para prevenir o suicídio e melhorar o atendimento das pessoas com comportamento suicida? 9. Para você o que a sociedade poderia fazer para prevenir estas situações? | | |

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

_____ o (a) Sr. (Sra.)

está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre **NARRATIVAS SOBRE SUICÍDIO, CULTURA E TRABALHO EM UM MUNICÍPIO COLONIZADO POR ALEMÃES** O Sr. (Sra.) foi indicado (a) e/ou escolhido (a) porque além de morar nesta cidade também em decorrência de suas atividades profissionais, religiosas ou pessoais está em contato com grande número de pessoas em diferentes momentos de suas vidas, inclusive, naqueles de intenso sofrimento psíquico e risco de suicídio. Sua participação é importante para nos auxiliar no entendimento sobre o que leva uma pessoa a se suicidar e que características podem estar contribuindo para que nosso município apresente índices elevados de suicídio constantemente. Sua fala também poderá nos ajudar a identificar estratégias de prevenção adequadas à realidade local.

Pretende-se com essa pesquisa:

Objetivo geral

- Compreender o suicídio no município de Santa Cruz do Sul.

Objetivos específicos

- Analisar o perfil da mortalidade e o das pessoas que se suicidaram em Santa Cruz do Sul no período de 2003-2014;
- Identificar se fatores socioeconômicos e culturais influenciam nas taxas de suicídio em Santa Cruz do Sul;
- Apreender que mecanismos a sociedade pensa serem impactantes para enfrentar o problema no nível local.

Sua forma de participar dessa pesquisa é nos autorizando a entrevistá-lo (a), conversar com o senhor (a) uma ou mais vezes e gravar nossa conversa. Essa entrevista vai nos ajudar a entender em que momento e por quais motivos as pessoas se suicidam.

O senhor (a) pode responder ou não a qualquer pergunta que lhe for feita e também desistir de participar da entrevista a qualquer momento. Basta dizer que não quer mais, sem nenhum prejuízo para o senhor (a).

A gravação da nossa conversa (entrevista) só poderá ser ouvida por nós. Seu nome e dados pessoais serão mantidos sob sigilo (segredo).

Se durante a nossa conversa (entrevista) o senhor (a) se sentir constrangido (a), incomodado (a), sentir medo de se expor ou de expor a sua família, se sentir emocionado (a) por lembrar alguma coisa, ou se ainda ficar com receio de algum dano moral, estarei atenta para evitar tais riscos, lhe garantido cuidados de proteção à sua imagem, e combinando previamente, onde e quando ocorrerá a entrevista.

Esta pesquisa poderá trazer benefícios às pessoas que viveram, vivem ou viverão esta situação, pois, seus resultados serão apresentados aos gestores públicos no intuito de contribuir com a implantação e/ou implementação de ações necessárias na prevenção do suicídio no município.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (documento que neste momento está sendo apresentado) foi redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o senhor (a) e a outra ficará com a pesquisadora.

Estou suficientemente esclarecido (a) e dou consentimento para participar das entrevistas da pesquisa

Assinatura do Entrevistado (a): _____

Estou suficientemente esclarecido (a) e dou consentimento para que as entrevistas da pesquisa sejam gravadas.

Assinatura do Entrevistado (a): _____

Local _____ Data _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Em caso de dúvida entre em contato com a pesquisadora responsável

Rosylaine Moura. Fone: (51) 9956-8187 ou Email: rmoura@unisc.br

ANEXO I – DIRETRIZES NACIONAIS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

PORTARIA Nº 1.876 DE 14 DE AGOSTO DE 2006.

Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional;

Considerando a importância epidemiológica e a relevância do quadro de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras;

Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;

Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições;

Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário;

Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros;

Considerando os custos elevados dos procedimentos necessários às intervenções após as tentativas de suicídio;

Considerando a necessidade de promover estudos e pesquisas na área de Prevenção do Suicídio;

Considerando o papel importante dos meios de comunicação de massa por intermédio das diversas mídias no apoio à prevenção e no tratamento humanizado dos casos de tentativas;

Considerando os Pactos pela Saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006 e a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio; e

Considerando a Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005, que instituiu Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria.

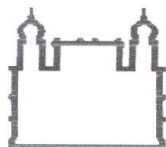
Art. 4º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que constitua um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 5º Determinar que a regulamentação dessas diretrizes seja apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO II – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP/ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 08 de julho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 119/10
CAAE: 0125.0.031.000-10

Título do Projeto: “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria Cecília de Souza Minayo

Instituição onde se realizará: Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

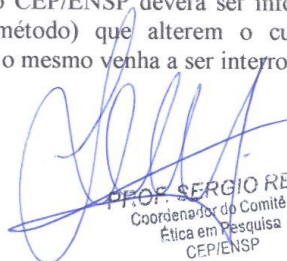
Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 05 / 2010

Data de apreciação: 07 / 07 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado. (Aprovado para a primeira etapa. Após esta fase reapresentar o projeto ao CEP).

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP, deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
 Coordenador do Comitê de
 Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP