



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA**

JAINÉ MARIA DA SILVA

**“É PRECISO TER CORAGEM PARA DEIXAR ESSA VIDA”: O SUICÍDIO NA
CIDADE DE BERNARDINO BATISTA -PB (2007-2017)**

CAJAZEIRAS – PB

2020

JAINE MARIA DA SILVA

**“É PRECISO TER CORAGEM PARA DEIXAR ESSA VIDA”: O SUICÍDIO NA
CIDADE DE BERNARDINO BATISTA -PB (2007-2017)**

Monografia apresentada a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Licenciatura Plena em História da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de nota.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Rosilene Alves de Melo

CAJAZEIRAS – PB

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

S586e Silva, Jaine Maria da.
“É preciso ter coragem para deixar essa vida”: o suicídio na cidade de Bernardino Batista-PB (2007-2017) / Jaine Maria da Silva. - Cajazeiras, 2020.
87f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Rosiele Alves de Melo.
Monografia (Licenciatura Plena em História) UFCG/CFP, 2020.

1. Suicídio - Paraíba. 2. Igreja católica. 3. Medicina. 4. Bernardino Batista. I. Melo, Rosilene Alves de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.89-008.441.44(813.3)

JAINE MARIA DA SILVA

**“É PRECISO TER CORAGEM PARA DEIXAR ESSA VIDA”: O SUICÍDIO NA
CIDADE DE BERNARDINO BATISTA -PB (2007-2017)**

Aprovado em: ____ / ____ / ____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Dra. Rosilene Alves de Melo - UFCG
(Orientadora)

Prof. Dra. Rosemere Olímpio de Santana - UFCG
(Examinadora)

Prof. Dr. Laércio Teodoro da Silva
(Examinador)

Prof. Dr. Francisco Firmino Sales Neto - UFCG
(Examinador – Suplente)

CAJAZEIRAS – PB

2020

*Dedico este trabalho em memória da
minha querida Lia (Maria Romana),
Carlos, Gessica, Dona Terezinha, José
Edson e a todos aqueles que partiram
desta vida por meio do suicídio na
cidade de Bernardino Batista-PB.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser abrigo e guia em todos os momentos da minha vida, em especial nos dias mais difíceis. Que o seu amor seja sempre presença firme em minha vida e na dos meus.

Agradeço a minha família, fonte de amor inesgotável. Minha vó/mãe Severina, que como mulher, é meu ideal. Jaíde, minha mãe e porto seguro. A meus irmãos, Janaine e Jackson e aos meus sobrinhos Luiz Carlos, Rael e Victor pelos quais nutro o amor mais puro que eu já possa ter sentido.

Agradeço em especial aos amigos Verinha, Josany, Sílvia e Lúcio, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Obrigada por acreditarem em mim até mesmo quando eu não acredito e por estarem sempre ao meu lado. Amo vocês! Obrigada também à Renata a quem amo tanto e que como Verinha é o elo mais forte que eu mantenho com as minhas raízes, com a minha infância.

À Larissa e Deorcindo, por serem de longe, o melhor encontro em vida que a UFCG poderia me proporcionar. Obrigada por me ajudarem a trilhar esses caminhos sem sucumbir. Não conseguiria pôr em palavras o que vocês significam na minha vida.

Agradeço pela UFCG ainda ter me apresentado Marleide, uma pessoa extraordinária e que tem dentro de si uma bondade que eu não consigo compreender. A João Kaio que é tão diferente e tão igual a mim ao mesmo tempo, obrigada pela amizade, pelo carinho e amor. Obrigada a Suzy que é de longe umas das pessoas mais inspiráveis que conheço e que me deu a mão neste trabalho tornando a apresentação dele possível. À Érika e a Thaís, companheiras de apartamento que sempre estiveram a inteira disponibilidade quando mais precisei e que foram minha família aqui em Cajazeiras. Os amo!

Agradeço aos amigos que sempre torceram e me incentivaram: Karla Samara, Nicleide, Jeferson, Jamilton, Rita de Kássia, Kamylla, Genilson, Camila, Ewerton, Cledson, Alyne, Cesar, Didier, Erydiane, Lucas, Naiane, Naiara, Ana Paula e a tantos outros, que me deram em algum momento uma palavra de incentivo para continuar na pesquisa.

Agradeço aos professores do CFP dos quais tive a oportunidade de ser aluna, em especial a Rodrigo Ceballos e Neto, minha admiração por eles é enorme e o incentivo deles sempre foi um gás na minha caminhada acadêmica. À Viviane Ceballos, Ana Rita, Francinaldo, Isamar, Rubismar, Hélio, Mariana Moreira, Lucinete, Silvana, Osmar, Laércio e Israel, a quem tanto recorri nessa reta final do TCC. Obrigada pelos ensinamentos.

Agradeço, em especial, à Rosemere e Laércio por comporem essa banca de avaliação. Vocês são uma inspiração e suas contribuições sempre fizeram de mim uma historiadora melhor.

E por fim, obrigada Rosilene. Nenhuma palavra seria suficiente para demonstrar minha admiração e respeito por você enquanto historiadora e enquanto pessoa. Obrigada pela empatia de sempre, sua acolhida em todos os momentos me fez sentir segurança mesmo quando minha confiança se abalava.

O suicídio escapa das regras. O arsenal imponente de leis e anátemas é como uma máquina girando sobre si mesma, no vazio, sem contato com a realidade, um golpe de espada na água, um tiro de canhão sobre um fantasma.

(Georges Minois – A sociedade Ocidental diante da Morte voluntária)

RESUMO

A presente pesquisa aborda a prática do suicídio na cidade de Bernardino Batista-PB entre os anos de 2007 e 2017, buscando compreender as condições que possibilitaram a construção de saberes e sentidos a partir de discursos sobre o ato voluntário de se dar a morte. Nesse sentido, o estudo focaliza o discurso cristão na figura da Igreja Católica, a qual proíbe esse tipo de morte desde o século V até os dias atuais, bem como o discurso médico que tematizou o suicídio a partir do século XIX no Brasil e agenciou os saberes que contribuem para a construção do que entendemos sobre o ato suicida. Como fonte de análise fez-se o uso de documentos cartoriais, nos quais os registros de óbitos possibilitaram a identificação e os meios pelos quais se deram a morte na urbe batistense, como também se utilizou o livro de tomo da delegacia de polícia responsável pela cidade. Desse modo, pretendeu-se nesse trabalho discorrer sobre o suicídio e sobre o modo como esse foi entendido e explicado enquanto fruto de uma construção histórica.

Palavras-chave: Suicídio. Igreja Católica. Medicina.

ABSTRACT

This research addresses the practice of suicide in the city of Bernardino Batista-PB between the years 2007 and 2017, seeking to understand the conditions that enabled the construction of knowledge and meanings from discourses on the voluntary act of giving up death. In this sense, the study focuses on the Christian discourse in the figure of the Catholic Church, which prohibits this type of death from the 5th century to the present day, as well as the medical discourse that addressed suicide from the 19th century in Brazil and knowledge that contributes to the construction of what we understand about the suicidal act. As a source of analysis, the use of notary documents was made, in which the death records made possible the identification and the means by which death occurred in the Baptist city, as well as the fall book from the police station responsible for the city. Thus, it was intended in this work to discuss suicide and how it was understood and explained as the result of a historical construction.

Keywords: Suicide. Catholic church. Medicine.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Imagem aérea da cidade de Bernardino Batista-PB, 2020.....	55
Figura 2: Convite de missa de 30 dias da morte de Maria Romana da Silva.	65
Figura 3: Convite Missa de 30 dias da morte de Terezinha Emília do Nascimento.	66
Figura 4: Reportagem do site Uiraúna.net.....	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 A MORTE VOLUNTÁRIA E SUAS INTERDIÇÕES.....	16
1.1 O Interdito do Suicídio pela Moral Religiosa.....	17
1.2 A Loucura como Recurso de Fuga das Sanções.....	24
1.3 O Século XVIII e o Suicídio em Pauta	25
1.4 A Medicina Social e a Interdição pelo Silêncio	29
2 DO PECADO A DOENÇA - O SUICÍDIO E O DISCURSO MÉDICO.....	35
2.1 A Medicina Social	36
2.2 A Organização e Regulamentação da Profissão Médica	36
2.3 Loucura e Suicídio	39
2.4 Literatura e Imprensa: Perigos de Contágio.....	46
3 A PRÁTICA DO SUICÍDIO NA URBE BATISTENSE	54
3.1 Apresentando a Urbe Batistense	55
3.2 Os Atestados de Óbitos.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	79
ANEXO A – Declarações de Óbitos dos Casos de Suicídio na Cidade de Bernardino Batista	83

INTRODUÇÃO

Escrever sobre o suicídio foi uma decisão que tomei no início do curso de História, lá pelo terceiro período, na primeira disciplina de Projeto de Pesquisa – ao todo são quatro cadeiras de projeto de pesquisa que compõem a grade curricular do curso de História da instituição – na UFCG (Universidade Federal de Campina Grande), Centro de Formação de Professores. A decisão foi fruto de um desejo antigo de pesquisar sobre o tema por vivências na minha cidade com o tipo de morte. Muito ainda por ser encorajada pela professora da disciplina, hoje minha orientadora neste trabalho, Dra. Rosilene Alves de Melo, que me acompanha desde então, com interrupções próprias do percurso de construção de um Trabalho de Conclusão de Curso, mas que em muito contribui para minha formação enquanto pessoa e enquanto historiadora¹.

Sempre soube das dificuldades de levar adiante um trabalho de pesquisa na área de História e esse, com certeza, foi um dos maiores desafios que enfrentei academicamente até agora por diversos infortúnios que se sucederam nessa minha trajetória dentro da universidade. Encerrar esse ciclo com este trabalho com certeza representará muito crescimento em todos os sentidos da minha vida.

Será discorrido neste trabalho a respeito da prática do suicídio na cidade de Bernardino Batista-PB, cidade do interior do Nordeste brasileiro. Delimitou-se como tarefa a análise dos discursos que construíram historicamente os sentidos os quais a morte voluntária carrega dentro das sociedades ocidentais. Desta forma, analisou-se o discurso do cristianismo que interdita a morte voluntária ao longo do tempo e o aloca à categoria de pecado contra Deus, pois considera a vida como sendo dom de Deus, cabendo só a ele anunciar o fim dela (MINOIS, 2018).

Analisa-se ainda o discurso médico que, a partir do século XIX, constrói um saber acerca da prática de se dar a morte dentro das ciências médicas, portanto, um saber científico que, por consequência, é dotado de poder. É o discurso médico que configura a morte voluntária como sendo de um sujeito louco, doente, desequilibrado, irracional (LOPES, 2008). As imagens e referências do ato, ligadas aos distúrbios mentais, foram construídas a partir desse lugar de produção de saber médico.

¹ Até então a minha intenção de objeto de pesquisa lá atrás nas cadeiras de Projeto de Pesquisa era, analisar historicamente a formação da cidade de Bernardino Batista, “investigar”, ir atrás de vestígios, fontes que me ajudassem a entender o processo de formação daquele espaço geográfico.

O recorte temporal, delimitado de 2007 a 2017, foi definido pela disponibilidade de documentos “inventados” enquanto fontes para a análise das práticas do suicídio no município. Recorremos aos registros de óbitos referentes a este período pelas condições em que as fontes se encontravam e pela possibilidade de análise dessas informações. Esses registros foram encontrados no Cartório de Registro Civil da cidade batistense. Como apoio dessas fontes primárias fez-se o uso de um livro de tombo, disponível na delegacia de polícia do Município de São João do Rio do Peixe, a qual faz parte o destacamento de polícia de Bernardino Batista. Ainda como apoio apresenta-se uma breve discussão a respeito do suicídio sendo noticiado a partir de reportagens em *blogs*, bem como imagens de convites de missa de alguns dos casos analisados nos registros de morte.

Essa seleção documental é fruto do percurso que cada sujeito pretende fazer, diz muito das escolhas e caminhos trilhados pelo pesquisador para chegar à produção de um trabalho historiográfico. Nem todo documento de registro do passado traz as respostas de questões que são colocadas pela pesquisa do historiador de forma explícita. É preciso um trabalho do historiador nesses documentos para, através deles, obter respostas. É a esse trabalho que aponto como invenção concordando com os apontamentos feitos por Lara (2008, p. 21).

Quando queremos saber coisas que não estão explicitamente registradas por eles, ou que não estão ligadas às motivações que deram origem aos escritos, temos que recorrer a estratégias para obter informações – inventar modos e meios de retirar dados e obter respostas para nossas perguntas – e, portanto, inventar fontes.

As fontes documentais, segundo Minois (2018), são a principal causa da ausência da morte voluntária nas grandes obras que tematizam a morte e influenciaram a historiografia nos anos de 1970 e 1980 como, por exemplo, os trabalhos de Philippe Ariès (1990; 2003) e Michel Vovelle (1983). Essa lacuna decorreria do fato das fontes que fazem referência às mortes voluntárias serem diferentes das que relatam os outros tipos de morte, consideradas naturais. Os registros paroquiais de óbitos, por exemplo, não têm serventia nesse caso por não terem informações a esse respeito, tendo em vista a negativa do direito ao sepultamento e aos ritos religiosos aos suicidas.

Por ser considerado um crime, o historiador precisaria lidar com os arquivos documentais de natureza jurídica para analisar esse tipo de morte. Esses, no entanto, são muito incompletos e diante disso o historiador precisaria recorrer às fontes variadas para o estudo da morte voluntária: memórias, crônicas, jornais e literatura (MINOIS, 2018). Ainda, uma outra questão se impõe juntamente as metodológicas, o fato de que a morte voluntária é

um tipo de óbito cuja significação não é de ordem demográfica, como as mortes causadas pelas pestes, por exemplo, mas sim de ordem filosófica, religiosa, moral e cultural. O silêncio e a dissimulação nos quais esse tipo de morte sempre esteve envolto, através das interdições do cristianismo no Ocidente instauraram um clima de mal-estar ligados a ela, que permanece ainda hoje.

O cristianismo, na figura da Igreja Católica, desde o século V interdita a morte por suicídio e nega ao suicida orações, missas em celebração pela sua alma e sua sepultura. A alma do suicida é condenada ao inferno pela desautorização de dispor de sua própria existência na terra. Só a Deus caberia o direito de tirar a vida, já que é ele quem concebe a vida aos seus filhos na terra. Como enfatiza Michel Foucault (1979), o historiador aqui não pode passar ao largo da discussão em torno do poder do cristianismo, em como esse afeta diretamente a vida das pessoas, esse poder de intervenção direta no campo comportamental dos sujeitos em sociedade quando ela regula, proíbe, diz o que é aceitável e o que é anormal e desviante, interferindo profundamente na realidade social e cultural do Ocidente².

O poder em Foucault (1979) produz efeitos de saber e verdade para além da repressão e, por mais que as sanções repressivas sob o corpo do sujeito que se suicida na cidade de Bernardino Batista não sejam nem de longe as que os indivíduos sofreram a tantos séculos atrás, eles ainda sofrem as sanções morais que a sociedade enuncia sobre o tipo de morte. Esse enunciado configura-se como discurso construído historicamente e perpassado pelo tempo, estando ainda hoje imbricados de sentidos nas homilias proferidas nas missas pelas almas desses sujeitos naquela urbe. A moral cristã vigora na atualidade não com o mesmo peso de outrora, mas é certo que seus interditos ultrapassaram as gerações e permanecem.

Dentro dessa proposta, o trabalho discorre sobre o tema estruturado em 3 capítulos. No primeiro, *A morte voluntária e suas interdições*, aborda-se o suicídio e sua condição histórica dentro das sociedades Ocidentais, onde sua interdição pela moral cristã vigente, através da Igreja Católica, foi notada como construtora de sentidos pelo discurso de pecado, que buscou reprimir o ato de matar-se nessas sociedades. Trata ainda das mudanças ao longo do tempo que a morte por suicídio sofre até meados do século XVIII, no qual o tema foi discutido pelo viés filosófico, moral e religioso.

² Embora não apresente uma teoria do poder, Foucault (1979) analisou de que forma os sujeitos atuam sobre outros sujeitos, as relações de poder. Diferente do senso comum que quando pensa o poder tende a centralizá-lo em alguma coisa, seja instituição, estado, governo, Foucault pensa o poder como algo que se exerce, sendo ele dinâmico, em movimento, se exercendo em rede.

No segundo capítulo, *Do pecado a doença - o suicídio e o discurso médico*, discorre-se sobre a medicina social, a qual, a partir do século XIX, produz saberes sobre a morte voluntária no campo científico e apresenta causas e explicações de ordem patológica para explicarem o ato, as quais estão até hoje influenciando os enunciados sobre este tipo de morte. Analisa-se o saber médico como ordenador do que é normal e patológico, passível ou não de medicalização na sociedade brasileira como fator de prevenção. No último capítulo, *A prática do suicídio na urbe batistense*, a prática da morte voluntária é apresentada a partir de registros de óbitos que identificam um número de casos dos que decorreram na cidade Bernardino Batista, entre os anos de 2007 e 20017.

1 A MORTE VOLUNTÁRIA E SUAS INTERDIÇÕES

Há 13 anos, a urbe de Bernardino Batista em polvorosa experienciava, com medo, surpresa e tristeza, na noite de 7 de setembro de 2009 a morte de uma jovem por meio de suicídio. Toda a agitação na urbe remetia a uma cena de filme de terror e foi assim, talvez, a primeira vez e uma das mais marcantes, em que o ato de se dar a morte me levou a reflexões que hoje tento reorganizar a partir da presente pesquisa.

A partir daquela noite os discursos que cercaram aquela morte e para além, os silenciamentos, que mesmo em meio a especulações a respeito do ato, atribuem ao suicídio o lugar de tabu nas sociedades ocidentais, levantaram questões que os conhecimentos científico acadêmico e pessoal sanaram, ao menos, em partes. Como pode ser possível que se especule os motivos que levariam uma jovem a tirar a própria vida e, ao mesmo tempo, se queira afastar a ideia do suicídio para longe? Por que a piedade cristã, presente na homilia do padre ao celebrar a missa de corpo presente, imprimia, mais do que o comum em outras cerimônias de morte, um tom de piedade e de pecado imperdoável aquele corpo suicida? Por que havia tanta vergonha cercando aquela família? Porque tanta interdição em torno dessa morte?

“Quem se mata não tem salvação”, “covardia diante da vida”, “falta de Deus no coração”, “coisa de gente fraca da cabeça”, “influência do maligno”, “isso é uma loucura”, constituem alguns dos enunciados que geralmente são proferidos quando alguém mata a si mesmo na sociedade batistense. Esses enunciados partem de discursos já instituídos ali, frutos de uma construção histórica em torno desse tipo de morte sob a influência do cristianismo ocidental e suas interdições ao longo do tempo, contando ainda com a interdição da justiça, da filosofia e da medicina como aponta George Minois (2018) em *História do Suicídio*.

Para compreender tais questões a respeito do discurso, ele é analisado como prática instituinte e criadora de acontecimentos, imagens e referenciais de comportamento (FOUCAULT, 2014). O filósofo Michel Foucault (2014) aponta caminhos para pensar essas falas como constructos de outras vozes, as quais precedem o sujeito que as enuncia. Ao proferir “quem se mata não tem salvação” e que, portanto, essa pessoa não iria após a morte para um “Reino dos Céus”, o sujeito é precedido pela postura que o cristianismo assume no ocidente de condenar os indivíduos que se dão a própria morte. Nesse sentido, o sujeito que fala é nesse momento apenas uma lacuna de algo muito maior chamado ‘discurso’, o qual seria um “monstro invisível” que atravessa as micro relações e assim constitui o modo como esse indivíduo vê a realidade.

Gostaria de perceber que no momento de falar uma voz sem nome me precedia há muito tempo: bastaria então, que eu encadeasse, prosseguisse a frase, me alojasse, sem ser percebido, em seus interstícios, como se ela me houvesse dado um sinal, mantendo-se, por um instante suspensa. Não haveria, portanto, começo; e em vez de ser aquele de quem parte o discurso, eu seria, antes, ao acaso de seu desenrolar, uma estreita lacuna, o ponto de seu desaparecimento possível. (FOUCAULT, 2014, p. 5).

A pretensão de discorrer sobre o suicídio ao longo da história não é o objetivo deste trabalho, mas é preciso, neste momento, pensar alguns enunciados a partir de determinadas esferas que institucionalizaram um discurso para o suicídio e que estão até hoje imbricados de sentido histórico dentro da sociedade batistense. Para tanto, uma imersão na história de instituições como a Igreja católica, na prática da medicina na sociedade e no poder judiciário, faz-se necessária para entender qual o papel dessas instituições na construção de uma imagem da morte por suicídio como algo reprovável. Levando em consideração que o “discurso” é um acontecimento que deve ser explicado historicamente, buscar-se-á entender como esses discursos imbuídos de julgamentos morais, religiosos e medicantes, influenciaram, e influenciam até o presente momento, diretamente na experiência dos vivos diante da morte por meio de suicídio dentro da pequena cidade batistense.

1.1 O Interdito do Suicídio pela Moral Religiosa

A morte por suicídio introduz nas sociedades ocidentais sentidos históricos embargados de influência direta do discurso religioso, o qual o condena acima de tudo por quebrar o ciclo natural da vida e por “desautorizar” a autoridade maior sobre a existência humana que é atribuída à figura divina de Deus, pois só a ele pertenceria o direito de dar e tirar a vida dos sujeitos na terra. Diante disso, temos o discurso de uma instituição, *a priori*, circunscrito pela Igreja Católica Apostólica Romana, mas que, vale salientar, é seguido também por outros seguimentos religiosos como o protestantismo e o calvinismo, reformistas que, assim como os católicos, dão à morte por suicídio um status de pecado. Segundo Minois (2018, p. 87): “a severidade do mundo protestante não é menor.” Ainda de acordo com o autor, para Lutero o suicídio nada mais seria do que um assassinato de uma pessoa cometido diretamente pelo diabo, e para os Calvinistas o suicida não merece nem mesmo ser chamado de cristão e não deve ser tratado como pessoa (MINOIS, 2018).

Assim é, portanto, que a maioria dos pagãos não tem dor de consciência de se livrar de si, e até mesmo quase todos os filósofos o aprovaram por seu julgamento (alguns por seu exemplo também); a cristandade, ao contrário, nunca foi lugar tão corrompido para que aqueles que foram assassinos de si mesmos não fossem exemplarmente condenados, até mesmo excluídos não apenas do rol dos cristãos, mas também dos verdadeiros homens. (ESTIENNE, 1879, p. 18 apud MINOIS, 2018, p. 88).

A morte voluntária, até o século XVIII no Ocidente, foi problematizada principalmente a partir de um viés filosófico-moral-religioso (SILVA, 2009). Esse, por sua vez permite compreender as interdições sobre o suicídio que a Igreja Católica conserva desde a Idade Média até hoje. É importante pensar a apreensão que a Igreja faz dos discursos filosóficos oriundos de pensadores gregos e romanos, pois, embora a história da Grécia e de Roma, por exemplo, estejam marcadas por vários suicídios lendários³, impressionantes e cheios de autenticidade, essas culturas apresentam perspectivas divergentes com relação às liberdades individuais de cada sujeito de pôr fim a sua própria existência. Suas reflexões giravam em torno de uma famosa questão “ser” ou “não ser”? questionamento marcado na obra de Shakespeare⁴ no diálogo de Hamlet e que influencia as discussões filosóficas acerca do ser ou não ser aceitável se dar a morte, se seria honroso ou do contrário vergonhoso, se essas mortes alteram ou não a ordem social daquele espaço gerando dano a sociedade.

Ser ou não ser, eis a questão: será mais nobre em nosso espírito sofrer pedras e setas com que a fortuna, enfurecida, nos alveja, ou insurgir-nos contra um mar de provocações e em luta pôr-lhes fim? Morrer, dormir: não mais. Dizer que rematamos com um sono a angústia e as mil pelejas naturais – herança do homem: Morrer para dormir... É uma consumação que bem merece e desejamos com fervor. Dormir... Talvez sonhar: eis onde surge o obstáculo. (SHAKESPEARE, 1976, p. 31).

Para Platão, por exemplo, para quem o homem antes de tudo é um ser social inserido em uma comunidade, o sujeito não poderia pensar seus atos sem levar em consideração, antes de tudo, o meio no qual está inserido, ponderando sempre seus deveres nesse estrato social, sem jamais levar seus interesses pessoais à frentes dos compromissos com a comunidade. Para Platão ao romper com a vida, este sujeito, estaria diretamente alterando o plano com o qual a divindade estabelecera a sua existência na terra, e é justamente nesse ponto que os

³ Um exemplo é o caso de Lucrecia (509 a.C), dama romana, filha de Espúrio Lucrécio que depois de ser violentada sexualmente, comete suicídio pela vergonha de ter sido desonrada. O drama envolto no caso é conhecido por ter dado pretexto ao movimento revolucionário que estabelece a República Romana.

⁴ William Shakespeare foi um poeta e dramaturgo inglês que marcou o cenário da Inglaterra e o mundo com suas obras literárias trágicas, entre elas está *Hamlet* que traz a questão filosófica do “ser ou não ser” para o debate sobre a existência na terra.

pensadores cristãos teriam deturpado seu pensamento e adotado a repressão para os casos de suicídio, como apontado por Silva (2009).

Um ponto importante a ser levado em consideração é de como aos poucos a Igreja Católica elaborou uma posição contrária ao ato de se dar a morte, pois os textos fundadores do cristianismo não são claros com relação a esse tipo de morte e nem trazem sanções sobre o corpo suicida até aquele momento. No Novo Testamento o tema não é abordado e Minois (2018) apontou uma questão interessante levantada por Orígenes, teólogo medieval, o qual fez considerações sobre a morte de Jesus Cristo, símbolo da fundação do Cristianismo na Europa, segundo as quais pode-se falar de uma espécie de suicídio tendo em vista passagens bíblicas que relatam o processo de morte do filho escolhido de Deus. Ao saber do que está prestes a acontecer, ao subir a Jerusalém na Páscoa, Jesus vai em direção à morte sem que haja nenhuma objeção a ela.

Visto no contexto do homem-Deus e da redenção, o suicídio de Jesus tem um significado e uma dimensão diferentes dos do suicídio comum. Mas a ambiguidade existe. Aliás, o cristão, que deve imitar seu mestre em todas as coisas, é convidado a sacrificar sua vida: “Quem quiser salvar a sua vida perde-la-á; e quem perde a vida por minha causa acha-la-á.” (MINOIS, 2018. p. 28).

Conforme dito anteriormente, o Novo Testamento não faz referências à interdição do suicídio, pelo contrário, contém passagens em livros específicos que direcionam os fiéis a odiarem sua existência na terra. São Paulo aponta “Em nada considero a vida preciosa para mim mesmo”, e ainda em Jó quando pronuncia que: “Se alguém vem a mim e não aborrece a seu pai, e mãe, e mulher, e filhos, e irmãos, e irmãs e ainda a sua própria vida, não pode ser meu discípulo.”⁵ Diante disso, nos primórdios do cristianismo vê-se uma dualidade entre seus fiéis, com uma visão positiva do martírio, vendo a vida na terra como detestável e aspirando a morte, e por outro lado a visão de que mesmo detestável na terra, é preciso suportar a vida. Mesmo a morte sendo desejável, não se deveria buscá-la por si. Daí em diante, coube aos teólogos o papel de, por meio de medidas canônicas, construir um discurso moral que interditi-se o cristão de se dar a morte.

Nesse momento, doutrinar e disciplinar a população cristã começou a ser primordial para a proteção destes em decorrência das correntes heréticas que buscaram “desvirtuar” a população dos caminhos de Cristo. Já em 381, logo depois do concílio de Cartago em que o suicídio passa a ser claramente condenado pelas sanções cristãs, as orações pela alma dos que

⁵ Jo 12,25.

se dão a morte são suspensas, e estas almas às penas do inferno são condenadas (MINOIS, 2018, p. 31). Santo Agostinho é, nesse sentido, a figura que mais fortemente dá vazão ao argumento de que a interdição precisa ser firme e forte contra os cristãos que se dão a morte e em *A cidade de Deus* ele apresenta o que seria doutrina oficial da Igreja Católica, sua opinião é comentada por Minois (2018, p. 31-32):

Nós dizemos, declaramos e confirmamos que ninguém tem o direito de se entregar à morte de maneira espontânea com o pretexto de escapar dos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos; ninguém tem o direito de se matar pelo pecado de outrem, isso seria cometer um pecado mais grave, pois a falta de um outro não seria aliviada; ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas, pois são sobretudo os que têm mais necessidades da vida para nela fazerem sua penitência e curar-se; ninguém tem o direito de se matar na esperança de uma vida melhor imaginada depois da morte, pois os que se revelam culpados de sua própria morte não terão acesso a essa vida melhor.

Mesmo não havendo no Antigo, nem no Novo Testamento menção clara de reprovação e proibição a respeito dessas mortes, esse endurecimento é embasado no 5º mandamento: “Não matarás”, o qual interdita qualquer tipo de suicídio nessa sociedade. Na interpretação de Santo Agostinho, o mandamento abrange, além do ato de não matar outrem, o ato de não matar a si mesmo, alocando o suicídio a um crime, mesmo que cometido contra si mesmo, isso porque a vida é dom sagrado dado por Deus e só a ele pertence o direito de dispor sobre ela (MINOIS, 2018).

Acompanhando as conjunções da Igreja Católica, o Estado também prevê medidas práticas em busca de cessar os martírios voluntários, dentre elas estavam o “[...] confisco de bens por parte de suicidas, revalorização do casamento, condenação a toda forma de contracepção e aborto [...]” (MINOIS, 2018, p. 42). E em 452, o Concílio de Arles trouxe a ligação entre o suicídio e a figura do demônio colocando o ato como um crime cometido sob a posse de este nos corpos dos sujeitos terrenos (CARVALHO JUNIOR, 2010). Neste momento, o Concílio preocupava-se em definir fronteiras claras entre cristãos e não cristãos, além disso o Concílio aconteceu em um período importante, tendo em vista a transição do Império Romano do paganismo ao cristianismo.

Do século V ao X, a Idade Média foi marcada por um contexto sóciopolítico que fez oposição ao suicídio. Já no fim do século IV e início do V, o direito do indivíduo de dispor de liberdades gerais no Império Romano passa a não mais existir diante de uma crise econômica e demográfica que acaba instaurando um sistema totalitário. O colonato, em voga, agregava os indivíduos que viviam nos campos à tutela do senhor que era o detentor dessas terras,

sendo assim, embora livres, os colonos eram homens que dependiam, em todas as esferas decisórias de sua vida, do dono da terra onde viviam. A defesa e a economia do Império também eram partes importantes desse sistema, pois, sem mão de obra suficiente para essas atividades, era de suma importância que a legislação civil, endurecesse as penas para os indivíduos que dispunham de suas vidas confiscando os bens desses sujeitos.

A Igreja, vale salientar, também era grande detentora de propriedades fundiárias e tanto ela, como o Estado, foram repressivos e dissuasivos com relação ao ato de se dar a morte, por interesses bem fundados. Sobrepondo a moral, havia, nesse sentido, uma pressão política, econômica e social, que foi transformando o suicídio em pecado/crime contra Deus, contra a natureza e também contra a sociedade. Tanto a Igreja como as autoridades civis somam forças nesse cenário de combate ao suicídio:

Nas duas esferas, a proibição do suicídio acompanha o recuo da liberdade humana: o homem perde o direito fundamental de dispor de sua própria pessoa, em proveito da Igreja que tem o controle total sobre a vida da pessoa e retira sua força do número de fiéis, e em proveito dos senhores, alguns dos quais são eclesiásticos, que precisam conservar e aumentar sua mão de obra, em um mundo subpovoado no qual a fome e as epidemias comprometem regularmente a valorização das propriedades. (MINOIS, 2018, p. 36).

Nesse momento, a Igreja Católica também sentiu a necessidade de explicar o suicídio por duas vias: loucura ou possessão demoníaca. A figura do demônio é até hoje, no imaginário comum e cristão, algo ligado a castigos e sofrimentos, é uma figura sobrenatural que assusta aqueles que são pecadores e a companhia dele está reservada aos sujeitos que pecam em sua morte. Os suicidas, claro, estão destinados a este lugar chamado inferno, em oposição ao reino dos céus. Por loucura ou possessão, a despeito:

No primeiro caso, por acreditar que não havia o que fazer, muitas vezes só restava absolver o infeliz, eximindo a sua família de culpa. No segundo caso, ao desprezar a penitência para fazer parar o seu desespero, o indivíduo estava desprezando o poder da Igreja, colocando em risco a autoridade eclesiástica, só podendo estar possuído pelo diabo. (SILVA, 2009, p. 18).

As penitências e as confissões para a libertação das almas, no segundo caso, eram a opção viável a esses indivíduos para uma reconciliação com Deus e o conseqüente perdão pelos seus pecados, no primeiro, por não ter “consciência” do que estava fazendo, sua alma se salvaria. No entanto, no geral, a atitude medieval perante o suicídio no século XIII já era completamente embargada de interdições morais sem benevolência. A Igreja Católica, como

representante da religião oficial do Estado, o poder civil e a população, que através dos dois últimos também formava sua percepção diante do suicida, já realocavam o ato à loucura e ao demônio. Essa interdição manifesta-se de modo geral nos rituais fúnebres com o corpo sendo arrastado até a forca ou queimado, dependendo do gênero, e sendo proibido de receber o ritual fúnebre católico. Só a partir do século XVII essa interdição passou a ser questionada.

O ritual que envolveu os corpos suicidas pelas sanções impostas pelo Estado e pela Igreja forma uma verdadeira cena de filme de terror. O medo, o desprezo e a repulsa pela morte por meio de suicídio, em muito se devem em contrapartida dos rituais misteriosos de origem imemorial, marcados pelo forte desprezo ao corpo do cadáver, os expondo de forma assustadora, impressionando os expectadores daquela morte e criando uma imagem de terror.

“Em algumas regiões da Alemanha, o cadáver, depois de ser arrastado pelos obstáculos, é pendurado, acorrentado e deixado apodrecer no local. Na maioria dos casos, o corpo fica em posição invertida sendo arrastado e pendurado de cabeça para baixo.” (MINOIS, 2018, p. 42). Percebe-se que a ideia de demônio é muito forte, pois o trato do corpo segue um ritual de algo muito parecido com práticas de exorcismo, ao mesmo tempo em que serve como elemento chave da dissuasão dos sujeitos que assistem ao ritual. Para a família que é obrigada a assistir a cena é algo funesto, vergonhoso e que desonra aos que ficam. Além disso, a família ainda passa pelo processo de disputa pela guarda dos bens do sujeito morto. O confisco dos bens torna-se prática comum nessas sociedades, em favorecimento do rei ou dos barões. O direito penal sofre clara influência do direito canônico nesse momento, e o confisco bens consolida-se pela Europa como parte das sanções para o assassinio de si.

Na Idade Média, o suicídio consumado era punido com a privação da sepultura eclesiástica e o confisco de bens, isto porque o Direito Canônico deu uma nova configuração ao Direito Penal, fazendo inserir nele um conteúdo moral expressivo, através do qual se reconhece a proeminência da proteção da vida. (MINOIS, 2018, p. 37).

Percebe-se, então, que não há uma separação das funções e papéis sociais das duas instituições, tendo em vista que o mundo das leis mescla diretrizes em conformidade às crenças da fé cristã. Somente do século XIX pra o XX, e até hoje no século XXI, o tipo de morte por suicídio sai do rol dos crimes, passando a serem punidos criminalmente apenas os sujeitos que participem ativamente de um suicídio auxiliando ou induzindo a prática. Hoje, no Brasil, por exemplo, essa configuração de crime no código penal dá-se a partir de 1940, pelo delito previsto no artigo 122 e que recebe nova redação dada pela Lei 13.968/2019:

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio ou a automutilação
Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça:
Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. (BRASIL, 2019, s.p.).

Na perspectiva da análise feita, a Igreja, na Idade Média Clássica, ordenou de forma fixa o estado das coisas, tendo em vista que o homem no medievo foi impregnado de conceitos estabelecidos pela religião cristã. Ele viveu para adequar-se a esse modo estabelecido, amando e temendo o seu Deus, como apontou Jacques Le Goff (1984), e é com essa autoridade que historicamente a Igreja Católica definiu o lugar do suicídio na sociedade, como sendo do intolerável, pecaminoso, imperdoável. A partir de então, o ato é envolto em uma esfera de tabu, impedindo-se discussões o quanto se pode em torno da morte de si.

Na prerrogativa de ser a Igreja a detentora de grande parte do poder religioso, político, econômico, cultural e, conseqüentemente, o poder mental durante a Idade Média sobre as sociedades ocidentais, os teólogos são responsáveis por formarem e fixarem um saber sobre o suicídio e assim o difundirem. Neste sentido, entende-se a ordem interna que constitui os saberes que se formam em torno da morte por suicídio e que permeiam até hoje as sociedades ocidentais que sofrem direta e indiretamente a influência do pensamento cristão.

Como enfatizou Michel Foucault (1979), o historiador aqui não pode passar ao largo da discussão em torno de como o poder do cristianismo afeta diretamente a vida das pessoas, não se deve ignorar esse poder de intervenção direta no campo comportamental dos sujeitos em sociedade realizado quando a Igreja regula, proíbe, diz o que é aceitável e o que é anormal e desviante, interferindo profundamente na realidade social e cultural do Ocidente.⁶ O poder, de acordo com Foucault (1979), produz efeitos de saber e verdade para além da repressão.

Assim, por mais que as sanções repressivas sob o corpo do sujeito que se suicida na cidade de Bernardino Batista não sejam nem de longe as que os indivíduos sofreram há tantos séculos atrás, eles ainda sofrem as sanções morais que a sociedade enuncia sobre esse tipo de morte. Esse enunciado configura-se como um discurso construído historicamente e perpassado pelo tempo, estando ainda hoje imbricado de sentidos nas homilias proferidas nas missas pelas almas desses sujeitos naquela urbe. A moral cristã vigora na atualidade não com o mesmo peso de outrora, mas é certo que seus interditos ultrapassam as gerações e continuam presentes.

⁶ Embora não apresente uma teoria do poder, Foucault (1979) analisou de que forma os sujeitos atuam sobre outros sujeitos, as relações de poder. Diferente do senso comum que quando pensa o poder tende a centralizá-lo em alguma coisa, seja instituição, estado, governo, Foucault pensa o poder como algo que se exerce, sendo ele dinâmico, em movimento, exercido em rede.

1.2 A Loucura como Recurso de Fuga das Sanções

A loucura tem usos históricos para finalidades diversas, essas, por conseguinte, também históricas, e para o suicídio a loucura emerge como discurso libertador das almas que até então eram condenadas pela instituição católica, pelo Estado e pela sociedade, ao inferno, à perda de bens e à vergonha em consequência do seu ato de pôr fim à própria existência. Do século XVI até meados do século XX, a loucura foi usada para configurar muitos dos casos de suicídio dentro das sociedades ocidentais, em prol de fuga das sanções morais que interditam esse tipo de morte. Levando em consideração o recorte temporal apontado acima ela é apresentada de duas formas enquanto configuração desses atos, que serão discutidos a seguir.

Desde o século XVI até fins do XVIII, a loucura que foi utilizada para explicar os atos dos suicidas é diversa daquela que se institucionaliza enquanto discurso a partir da configuração proposta pela medicina social do final do século XVIII pela Europa. A influência dessa medicina é exponencial no século XIX, enquanto sistema de normatização da sociedade em que a propagação de normas e preceitos é apresentada como ferramenta de ordenação. Essa influência pode ser vista na história do Brasil, pois durante o estabelecimento da família Imperial aqui buscou-se as ideias de ordem, do progresso e da civilidade.

Antes da modernidade, a loucura ainda não era uma preocupação da ordem medicante e tão pouco ocupava espaço nas produções de saber oriundas dos sujeitos médicos. O que o homem do medievo não conseguia compreender é como um sujeito em bom estado mental pode acabar com sua própria existência e, nesse sentido, para esses, o menor sinal de pensamentos que denotam a vontade de morte já configura como desequilíbrio mental e o indivíduo é alocado à categoria de louco. Essa loucura que varia entre a melancolia⁷ e os acessos de fúria nos indivíduos tidos como portadores de comportamentos estranhos e incomuns, são provas de desequilíbrio mental e que neste momento são aceitas pelos investigadores para assim livrarem os familiares e o corpo do sujeito da culpa imposta ao suicida. Minois (2018, p. 45) aponta que:

O menor sinal de comportamento estranho ou inabitual podia ser alegado como uma prova de perturbação mental, e, em muitos casos, os investigadores o aceitavam como tal. No registro criminal de Saint-Martine-

⁷ O termo tem origem na Grécia e no século V a.C. é classificada como doença física na qual o sujeito acometido portaria um excesso de bile negra que ofusca o cérebro e provoca pensamentos sombrios.

des-Champs, onde consta o relato de cinco suicídios, quatro são desculpados com a menção “furioso e fora de si”, “louco e fora de si”, “fantasioso e fora de si”.

As absolvições através da desculpa da loucura não são as únicas, elas são acompanhadas ainda pelas de acidente ou crime. Quando a morte apresenta suspeitas de sua natureza e se mostra passível de investigação, tanto no campo como na cidade, é preciso que a família do morto conte com uma ampla rede de apoio para fugir da condenação. Essa rede vai do apoio das outras famílias vizinhas para afirmar seja o quadro de loucura do sujeito, a natureza criminosa ou acidental da morte desse, e vai até mesmo a cumplicidade dos responsáveis pelo julgamento, os quais não recuam em absolver um grande número de suicídios, chegando até aos médicos-legistas que são corrompidos pelas famílias com muita facilidade para alteração da causa de morte, como apontou Hanawalt (1977 apud MINOIS, 2018).

Já no século XVII, não são poucos os juristas que demonstram discordâncias sobre a manutenção das sentenças às quais o suicida é submetido. Para esses o confisco de bens, por exemplo, só seria aceitável nos casos de sujeitos que se matam para evitar a punição por crimes cometidos e assim fugirem dos julgamentos.

As sanções com o corpo e sua execução também não são mais bem vistas como apontou Minois (2018) que, para tanto, exemplifica através da escrita do jurista Coquille, em 1665, o qual dá a entender que essas sanções só se mantinham por clara influência do poder da Igreja, que insistia em criminalizar o suicida ao negar-lhe sepultura e oração. Sobre o suicida ele escreve: “[...] creio eu que não se deva processá-los para condená-los por assassinato e confiscar seus bens [...]” o suicídio “[...] não faz parte do grande número de crimes investigados depois da morte para condenar a memória.” (COQUILLE, 1665, p. 35 apud MINOIS, 2018, p. 171). Não eram poucos os que compartilhavam da mesma ideia a respeito das punições tendo em vista a ligação direta desses suicídios com a melancolia, forma de loucura atestada pelas teorias médicas da época que, no século XVIII, influenciou bastante a justiça e seus tratados com relação aos indivíduos que tiram suas próprias vidas, será debatido a respeito desse segundo tipo de loucura que figura as mortes por suicídio no segundo capítulo deste texto.

1.3 O Século XVIII e o Suicídio em Pauta

É em um cenário de crescente abertura de discussão acerca da morte voluntária na Europa, e mais precisamente na Inglaterra, que a palavra suicídio nasce, como expressão para sintetizar a ideia geral de “se matar” e/ou “tirar a própria vida”. Nesse sentido, nos finais do século XVII o que se percebe é uma possibilidade de abertura para o debate em torno da temática do matar-se, a qual no século seguinte ganharia bem mais ênfase nas discussões filosóficas que se estenderiam pelo corrente século do Iluminismo.

No século das luzes o “ser ou não ser” ainda é o que melhor caracteriza a posição dos filósofos em relação ao suicídio, as respostas a essa indagação multiplicam-se nesse período e o começo de uma ruptura na esfera do entendimento sobre a morte auto infligida é percebido. O silêncio em torno desse tema não é mais viável, pelo menos no campo filosófico. “Jamais se falara e se escrevera tanto sobre a morte voluntária; multiplicam-se as tomadas de posição e escrevem-se tratados inteiros a respeito dela, a favor ou contra. Ela é um fenômeno social com nome próprio: suicídio.” (MINOIS, 2018, p. 261). A reflexão sobre os limites da liberdade humana de decisão em torno do valer ou não valer a pena manter a vida é o que melhor diferencia esse século dos anteriores, em relação ao ato de se dar a morte. Neste contexto é possível perceber as tensões discursivas, sociais e históricas, que cercam o suicídio com os apontamentos contrários as sanções impostas pela Igreja e pelo Estado sobre esses corpos e suas famílias, até mesmo pelos filósofos contrários ao ato de matar-se.

Voltaire (1961, p. 145 apud MINOIS, 2018, p. 306), a exemplo, cultua a curiosidade a respeito desse tipo de morte mesmo que não simpatize com ela, para ele: “É melhor sofrer que morrer, esse é o lema dos homens.” Em muitos casos, o filósofo atribui o ato a um estado de loucura, e, no entanto, não nega que em um considerável número de casos há uma “extraordinária firmeza de caráter” nesses indivíduos que cometem suicídio, rejeitando para eles o título de covardes pela sua prática. Liberdade é o que melhor configura a postura final de Voltaire (1961 apud MINOIS, 2018) a respeito da morte voluntária, embora seja, em particular, contra o ato. Para o filósofo a escolha seria intransferivelmente do sujeito humano para com ele mesmo, só ele poderia decidir se amava mais a morte do que a vida.

Voltaire (1961 apud MINOIS, 2018) criticou com dureza as posições da instituição católica, e não menos o poder civil, por suas sanções que penalizam os corpos dos suicidas com seus cadáveres sendo arrastados pelas ruas em um verdadeiro show de horrores, bem como pelo confisco de seus bens, pela justiça. Somando-se a isso ainda a rechaça a família do moribundo que também é penalizada levando em consideração todo o estigma que se impõe a morte voluntária e a vergonha por tal ato, atitudes totalmente recriminadas pelo filósofo. Voltaire (1961 apud MINOIS, 2018) não vê sentido em punir o filho pela perda do pai e nem

a esposa pela perda do marido, porque é isso que acontece quando a desonra ao corpo do sujeito é imposta pelo direito canônico e pelo direito secular, essas leis são denunciadas pelo filósofo como o mais alto nível de absurdo.

O filósofo ainda reforça a imagem do suicida como doente, conseqüentemente, não culpado por seus atos. Aponta como uma possível causa de um número considerável de suicídios: a ociosidade; ela seria um fator determinante para o aumento do número de casos e, para tanto, apontava saídas para o problema. Voltaire (1961 apud MINOIS, 2018) apostava no trabalho e no correto uso do tempo de cada sujeito como meio seguro de não ceder aos desejos de autodestruição. Os homens da cidade estavam mais susceptíveis a se dar a morte em detrimento dos camponeses que viviam nos campos e faziam do trabalho sua maior fonte de gasto de tempo. Para ele estar ocupado, envolvido com seu trabalho e procurando atividades para o seu desenvolvimento seria primordial para manter os pensamentos suicidas longe, “[...] o camponês não tem tempo de ser melancólico. São os ociosos que se matam. [...] a solução seria um pouco de exercício, a música, a caça, a comédia, uma mulher amável.” (VOLTAIRE, 1961, p. 103 apud MINOIS, 2018, p. 289-290).

As proposições e aberturas que Voltaire (1961 apud MINOIS, 2018) apresentou nutriram o debate em torno do ato e representam bem o movimento que aconteceu no século das luzes em torno da temática, pois nesse momento há uma clara abertura ao debate sobre essas mortes, bem como para com as várias formas de tratá-las em público. Todavia, é evidente, ainda, uma dificuldade em posicionar-se concretamente, o que é normal quando se considera o quanto essa sociedade estava imbricada de discursos formados e dispostos a retirar essa ideia do campo das ideias dos seus cidadãos, seja pelo status de pecado, delito ou, agora, loucura. Isso tudo movimenta o século XVIII com os filósofos posicionando-se e gerando um calorosas discussões.

Diderot (1977), por exemplo, contrário à morte por suicídio, a aborda em suas escritas sempre como casos de desespero, atitudes abomináveis, enigmáticas, e, em seus romances, a intenção é clara: provocar no público leitor uma aversão pelo ato. Superar o grande número de suicídios, para ele, passaria por uma reforma na sociedade, com o governo dando condições sociais, políticas e culturais, para o pleno desenvolvimento dos indivíduos, e assim haveria uma considerável redução no número de casos desse tipo de morte. Sua preocupação é nítida e não a vendo com bons olhos, rechaça os discursos dos seus amigos filósofos, que na época eram acusados de incentivarem esse tipo de morte, a exemplo de Montesquieu (1754 apud MINOIS, 2018), o qual afirma ser a maior ignorância dos homens o fato desses considerarem

com orgulho suas existências, fazendo com que acreditem que sua morte teria importância a ponto de alterar a ordem na natureza e também a divina.

Quando minha alma se separar de meu corpo, haverá menos ordem e menos harmonia no universo? Acreditais que essa nova combinação seja menos perfeita e menos dependente das leis gerais? Pensais que meu corpo, que se tornou uma espiga de trigo, um verme, um gramado, terá se transformado em uma obra da natureza menos digna dela? E que minha alma, livre de tudo que havia de terreno nela, terá se tornado menos sublime? (MONTESQUIEU, 1754, s.p. apud MINOIS, 2018, p. 284).

Além disso, Montesquieu acompanhou a opinião da maioria dos filósofos e juristas no que diz respeito às sanções da justiça. Segundo ele “[...] as leis europeias contra aqueles que se matam são terríveis: fazem que eles morram uma segunda vez: são arrastados indignamente pelas ruas, são caluniados, seus bens são confiscados.” (MONTESQUIEU, 1754, s.p. apud MINOIS, 2018, p. 284). Isso torna-se absurdo tendo em vista que, na sua opinião, o suicídio não prejudica nenhuma ordem social, natural ou divina. Se o indivíduo não encontra na sociedade subterfúgios para uma vida plena e suportável, e decide pela própria morte é de alçada de sua liberdade e fim.

Para Diderot (1977 apud MINOIS, 2018), esse posicionamento alimenta o desejo de morte e acaba dando margem aos indivíduos para não darem importância a sua existência e se sentirem livres a matarem-se. Diante disso, como já apontado acima, ele sugere que o governo deveria aparar todas as arestas na sociedade que perturbassem a existência desses sujeitos que veem a morte como saída. No seu entendimento as causas responsáveis pelo matar-se dentro da sociedade estariam ligadas diretamente “[...] a miséria, a injustiça, a tirania, a ignorância, a superstição, e a glorificação da morte e do além.” (DIDEROT, 1977, p. 286 apud MINOIS, 2018, p. 294).

No quadro geral do século XVIII, percebe-se que a discussão filosófica se apoia em aspectos mais humanos e valores divergentes dos da Igreja Católica e do Estado para pensar o ato de se dar a morte, ao invés de induções de seres além-terra, os homens recorreriam ao ato por causa dos sofrimentos físicos e mentais. A pauta dos estudiosos do tema girou em torno das liberdades individuais e se a atividade de se matar estaria inclusa nessas. Percebe-se, então, que o movimento de discussão aberto pelos filósofos no século das luzes vai muito em direção a uma tentativa de desculpabilizar a ideia de morte voluntária, tirá-la do campo da criminalidade, tendo em vista que ela se daria em decorrência da loucura, assim há um

movimento de protestar contra as sanções absurdas de punição ao cadáver e de punição dos que ficam, tendo em vista a perda de bens pelos filhos, viúvas e demais familiares.

A loucura, tida como fator principal dos suicídios durante a modernidade, também recebe destaque nesse momento no debate sobre as liberdades individuais dos sujeitos. A ela é historicamente dado o sentido de estado de desrazão, em contraposição ao que é o estado racional do humano. Foucault (1997) problematiza a gestação da loucura em desrazão, fora da normalidade e posteriormente alocada ao doente mental.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (FOUCAULT, 1997, p. 127).

A partir de então, quando se passa a entender os sujeitos enquanto dotados de razão ou não, leia-se “loucos”, reelabora-se a problemática em torno da morte por suicídio. A imagem do louco aderida aos sujeitos suicidas permite distinguir esses sujeitos entre responsáveis ou não responsáveis pelo matar-se. Para atribuir responsabilidade ou não a esses sujeitos pela morte, surge a necessidade de agentes que diagnostiquem, a partir de então, cada caso que apresentar dúvidas quanto ao quadro psicológico do suicida, como apontado no trecho acima. A figura do médico passou a ser necessária para atestar em cada caso se havia ou não loucura no quadro mental desses sujeitos, e um exame médico de caráter científico é adotado como prova de exatidão do diagnóstico.

Nesse movimento, o suicídio, a partir do século XIX, desloca-se a uma nova alçada, a do saber médico científico, vale salientar, masculino, que a partir de então passou a ordenar os conceitos, as referências, os diagnósticos e prognósticos, em torno do suicídio, visando encontrar sua verdade total e final (LOPES, 2008). Fora de suas perspectivas todos os discursos contrários foram recusados pelo saber médico e, a partir de então, qualquer saber, anterior ou posterior que estivesse fora do âmbito da medicina social, foi recusado pelos agentes da saúde.

1.4 A Medicina Social e a Interdição pelo Silêncio

Se o século XVIII foi marcado pelo debate constante em torno do suicídio por diferentes áreas do saber e com isso possibilitando reformulações em sanções, discursos e imagens, o século XIX, ao contrário, foi cenário de um monólogo com relação à produção de saber acerca do suicídio. A medicina social adquire o status de detentora do saber científico sobre os corpos biológicos dos sujeitos e, conseqüentemente, das doenças que o acometem.

Depois das inovações do século XVIII – de direcionar o debate para a liberdade individual, de tentar ver no suicídio uma afirmação da liberdade humana, de repudiar as sanções e as acusações apriorísticas, de publicar inúmeros tratados sobre o assunto, de lutar para aqueles que tentaram por fim a seus dias não fossem penalizados, de ser aberta a possibilidade de falar criticamente sobre a questão -, o século XIX impôs novas regras: o silêncio, as possibilidades restritas de fala, ou ainda, o princípio da interdição de quem podia, de fato, dizer algo sobre o suicídio. (LOPES, 2008. p. 69).

Então, se no século anterior a Igreja, a medicina, os setores políticos e jurídicos do Estado e, principalmente, os filósofos, puderam participar do debate em torno do tema, na época das proposições da medicina, todos aqueles discursos tornam-se inconvenientes e são tomados como proposições secundárias a respeito da morte voluntária. A medicina nesse momento ajudou a reestabelecer a vergonha em torno do suicídio e relacionar o ato a uma fragilidade mental.

O francês Philippe Pinel (1790), considerado por muitos o pai da psiquiatria, relacionou o ato de se dar a morte a um desagravo mental que induz os indivíduos a exagerarem demasiadamente os acontecimentos ruins da vida. Como cura para as tendências suicidas, o psiquiatra indicou como benéficos os choques um tanto violentos, sustos repressivos seriam a melhor maneira de tratar o suicida. Ao culpabilizar a melancolia, ligando a ela os casos de suicídio, a medicina desse século ofereceu a sociedade um tratamento moral baseado na punição, como aponta Minois (2018), passou-se a pensar o suicídio como uma perversão qualquer. Esse tratamento moral atingiu todas as camadas sociais e buscou, através do silêncio e da repressão, atingir o todo. A questão do ser ou não ser, que se estabeleceu no iluminismo como fonte de discussões, no século XIX, é chocante e inoportuna. Deve ser silenciada. Debate encerrado! Silêncio!

Fragilidade, covardia, loucura, perversão: o suicídio é tudo menos uma manifestação da liberdade humana, o que os mais audaciosos pensadores entre os séculos XVI e XVIII tinham procurado sugerir. Eles tiveram a ilusão de pensar que Lucrécia, Catão e Sêneca talvez fossem dignos de admiração. Delírios como esses não têm mais cabimento. O parêntese se

fechou; as ciências do século XX não questionaram essa postura. (MINOIS, 2018, p. 400).

A partir do século XIX, no Brasil, a medicina possibilitou a problematização do suicídio no campo científico, configurando a partir de então, até os dias de hoje, o ato de se dar a morte como partindo sempre de um sujeito fora de suas faculdades mentais, doente, irracional e desequilibrado. Essas imagens, carregadas de sentido histórico, estão conosco até hoje, ligadas aos distúrbios psíquicos. A criação das primeiras instituições médicas no Brasil, a partir de 1830, permitiu o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área, o que, por conseguinte, possibilitou espaço institucional e elementos teóricos para o início da tematização do suicídio no país (LOPES, 2008). No entanto, somente a partir do século XX mudanças teóricas nesse quadro foram notadas sob a influência do sociólogo francês Émile Durkheim (2014) e do psiquiatra Sigmund Freud (1976; 2014).

O sociólogo francês Émile Durkheim (2014) escreveu a obra *O suicídio - Estudo de Sociologia*, considerado um clássico da sociologia, uma espécie de pilar do campo sociológico, a obra apresenta o suicídio como uma questão social. Pensando não só o indivíduo, mas também a sociedade na qual ele está inserido, o sociólogo, investiga uma série de casos de suicídios na Europa e traça um panorama geral sobre as possíveis causas dessas mortes que, para ele, estão diretamente ligadas ao meio social ao qual pertence o sujeito. Ao analisar os casos de suicídio na Europa, ele demonstra que ano após ano as taxas de suicídio são constantes. Deste modo, considerar essa questão só pelo plano psicológico, ou seja, das motivações particulares, individuais, seria algo que não responderia ao fato desses índices serem constantes.

Vimos que tais particularidades individuais não podem explicar a taxa social de suicídios, pois ela varia em proporções consideráveis, ao passo que as diversas combinações de circunstâncias, que servem assim de antecedentes imediatos aos suicídios particulares, conservam mais ou menos a mesma frequência relativa. Portanto, elas não são as causas determinantes dos atos a que precedem. (DURKHEIM, 2014, p. 295).

Para o sociólogo, se só levarmos em consideração o indivíduo em separado do restante, em situações específicas, os índices deveriam apresentar variantes consideráveis nas taxas, deveriam ser inconstantes. Se esse tipo de morte apresenta uma constância, para ele, há aí um fator de ordem social influenciando nas taxas pela Europa, sendo assim, o suicídio só seria explicado de forma sociológica. Para Durkheim (2014), normalmente os casos de suicídio acontecem por uma maior ou menor interação com o meio social no qual o sujeito

está inserido. Dependendo da força de laços que ele estabelece com o meio social, isso protege ou não o sujeito de cometer o ato suicida. O autor analisa elementos como o estado civil desses indivíduos, sua integração social e sua posição religiosa. Diante das características dessas mortes ele classifica o suicídio em três tipos: o suicídio egoísta, o altruísta e o anômico.

O suicídio egoísta, segundo o autor, resulta de uma desintegração social. É fruto de uma fragilidade nos laços que mantem o indivíduo integrado com o meio social, pois não estando esses laços de maneira satisfatoriamente forte, podem acarretar no afastamento do indivíduo do meio ao qual pertence e assim o sujeito mata-se. O autor mostra que em ambientes onde esses laços são extremamente fortes comumente na religião, no âmbito doméstico e na política, por exemplo, quando se fragilizam, causam danos ao sujeito, chegando a matar-se. Durkheim (2014) ainda firma que o suicídio egoísta é o mais comum entre as mortes voluntárias.

O tipo de suicídio atualmente mais difundido e que mais contribui para aumentar o número anual de mortes voluntárias é o suicídio egoísta. O que o caracteriza é o estado de depressão e de apatia produzido por uma individualização exagerada. O indivíduo já não dá valor à vida, porque já não dá valor suficiente ao único intermediário que o liga ao real, isto é, à sociedade. (DURKHEIM, 2014, p. 354).

Já o suicídio altruísta é marcado pela individualização insuficiente dentro de uma determinada esfera, o que produz os mesmos efeitos que o da individualização exagerada. Os suicídios enquadrados nesse tipo altruísta por Durkheim (2014) são comuns em sociedades nas quais os indivíduos estão fortemente integrados e que, em decorrência dessa forte ligação, sentem-se no dever de se matar. O autor exemplifica com o caso das sociedades em que morrer por velhice é um fato desonroso, nelas observa-se uma alta taxa nos suicídios.

Estamos, pois, em presença de um tipo de suicídio que se distingue do anterior por características bem definidas. Enquanto esse se deve a um excesso de individuação, aquele tem como causa uma individuação demasiado rudimentar. Um decorre do fato de a sociedade, desagregada em determinados pontos ou até em seu conjunto, deixar o indivíduo lhe escapar; o outro, de fato de ela mantê-lo demasiado estritamente sob sua dependência. (DURKHEIM, 2014, p. 213).

O suicídio anômico difere dos dois tipos citados anteriormente. Para o sociólogo, esse resulta do fato do indivíduo não encontrar mais sentido para viver nem em si, nem exteriormente, e a sociedade não apresenta condições de mantê-lo vivo. O autor ilustra o tipo

de suicídio anômico com o exemplo das crises econômicas, e afirma que o fato de haver uma alta no número de mortes por suicídio em determinadas sociedades que atravessam uma crise econômica não se justifica, necessariamente, por todas as consequências negativas que uma tensão econômica traz para essa sociedade. Essa tensão decorreria do fato de ter havido uma ruptura, que de forma repentina desregula o controle que a sociedade tem sobre esses indivíduos, os quais se matam (DURKHEIM, 2014).

Durkheim (2014) constata isso ao observar que em sociedades que apresentaram crises econômicas foi possível perceber um aumento no número de mortes por suicídio, mas que mesmo após um controle na economia as taxas de suicídio tendiam a aumentar. Isso o leva a acreditar que essas mortes eram consequências do “desregramento” repentino, e que o meio social, não oferecendo subterfúgios, torna inevitável um aumento nos índices dessas mortes. O autor leva em conta que qualquer reestruturação que a sociedade vier a sofrer, seja maléfica ou benéfica, afetarà seus indivíduos, podendo levar um conjunto de indivíduos a cometer suicídio.

Se, portanto, as crises industriais ou financeiras aumentam os suicídios, não é porque empobrecem, já que crises de prosperidade produzem o mesmo resultado; é porque são crises, ou seja, perturbações da ordem coletiva. Toda ruptura de equilíbrio, mesmo que resulte em uma abundância maior e em um aumento da vitalidade geral, compele a morte voluntária. Sempre que graves reestruturações se produzem no corpo social, quer se devam a um repentino movimento de crescimento, quer a um cataclismo inesperado, o homem se mata mais facilmente. (DURKHEIM, 2014, p. 240).

As contribuições do sociólogo ao campo de discussão a respeito do suicídio foram e são, ainda hoje, muito importantes e necessárias, mas cabe aqui apontar que diante dos números de suicídios que existem a cada ano no mundo inteiro, não são passíveis de explicações apenas por via de três caminhos. Levar apenas o fator social e percorrer apenas uma tríade de condições para explicar por que o indivíduo se mata é ignorar que cada indivíduo é dotado de subjetividades.

No campo da psicanálise, Sigmund Freud (1976) apontou o suicídio como um problema do ego. O ato de se dar a morte seria uma inversão da agressividade contra o ego. O sujeito, regido por normas sociais que o impedem moralmente de matar ou agredir uma outra pessoa, objeto de sua ira, ataca a si próprio matando-se. Em um segundo momento, Freud ainda apresenta uma teoria relacionada a pulsão de morte nos indivíduos que se matam sendo esta pulsão sobressalente a pulsão de vida (FREUD, 2014).

Pensando na perspectiva histórica em torno do suicídio, nota-se que muitos dos preconceitos, medos, angústias, vergonhas e rechaços, em torno do ato, que até os dias de hoje estão presentes nas sociedades ocidentais, carregam fortemente uma influência do que se concebeu a partir da Europa em imagens e referenciais do que é moralmente aceito ou não no comportamento do indivíduo em sociedade. Essa influência, claro, parte principalmente da Igreja Católica Apostólica Romana, detentora de todo o poder econômico, político, social e até mental, na Europa Medieval. É a Igreja que se manteve, e se mantém, presente nas sociedades ocidentais até os dias atuais configurando comportamentos e discursos no meio social, através da religião cristã, e que ainda mantém uma postura bastante conservadora, fechada, com relação a discussão sobre a morte por suicídio, embora apresente uma maior flexibilidade com relação a prática de orações e celebração de missas por esses mortos.

Se, no entanto, a Igreja em um cenário mais liberal perde de certa forma a força na interdição do suicídio, muito em detrimento da abertura proposta pelos filósofos do século XIX, a medicina social passa a ser quem propõe o silêncio. Discute-se, no segundo capítulo, como o discurso da medicina, principalmente no Brasil, estabeleceu um lugar de silêncio e o status de tabu para o ato de se dar a morte, o que até hoje se mantém fortemente presente no senso comum a respeito do ato.

Sobre o corpo, interdição, silêncio!

2 DO PECADO A DOENÇA - O SUICÍDIO E O DISCURSO MÉDICO

“**Não existe nada mais misterioso do que o suicídio...** Quando pretendo explicar as razões de um suicídio qualquer, tenho sempre a impressão de estar cometendo um sacrilégio. Pois só o suicida poderia tê-las conhecido e teria condições de compreendê-las. Eu não digo: de torna-las compreensíveis; na maioria das vezes elas são variadas e inextricáveis, e fora do alcance de um terceiro.”

[Henry de Montherland – O décimo terceiro César]

Do Renascimento ao Iluminismo, o suicídio inegavelmente esteve como pauta discursiva no Ocidente. Durante esses três séculos o ato de se dar a morte é, a duras penas, considerado fato social. E mesmo nunca saindo da esfera trágica da situação, foi possível ao menos tentar compreender sem *a priori* condenar o sujeito que se suicida a um mero “desgraçado”, passível de humilhação pública com perda de seus bens. Essa perda de bens que acaba condenando, conseqüentemente, a família do moribundo também. Se, no entanto, o diálogo abriu-se na busca de respostas ao “ser ou não ser”, no século XIX o debate é encerrado.

O silenciamento agora é o que melhor define o comportamento que é esperado da sociedade: “ser ou não ser” é uma questão inconveniente, inoportuna e chocante, desta feita cultivar o silêncio e direcionar o poder de fala sobre essas mortes a uma esfera específica, no caso a medicina, é o que melhor se poderia fazer nesse momento, na tentativa de refrear essas mortes. Sendo assim, será refletido historicamente o ordenamento do suicídio ao campo do mental, sua patologização, já desde o século XIX, e como essas configurações chegam ao Brasil e, por conseguinte, à cidade de Bernardino Batista, no interior do Alto Sertão paraibano.

O presente capítulo tem por objetivo compreender quais fatores históricos possibilitaram que a ciência médica se firmasse como agente configurador do suicídio na sociedade brasileira, bem como em Bernardino Batista-PB. Para isso, foram analisados trabalhos historiográficos e teses médicas, apresentadas por esses que marcam o momento de afirmação das ciências médicas no país e constroem, a partir dessas teses, discursos sobre o suicídio, relacionando-o diretamente ao campo mental.

A partir dessas teses buscou-se entender e apresentar que tipo de medicina foi implantada no Brasil ao longo do século XIX, pela perspectiva do poder. Medicina essa que permitiu a apreensão do suicídio como patologia ligada ao mental, passível de cura e observância do sujeito médico dotado de saber e, portanto, de poder, sobre esses corpos e

sobre a sociedade em geral. Ao final do capítulo, apresenta-se como essa medicina atua hoje no país com relação ao suicídio e quais ferramentas de prevenção do ato ela tem usado.

2.1 A Medicina Social

O século XIX foi marcado pelo surgimento do que se nomeou de medicina social, uma ciência médica que tem como papel principal, interferir e medicalizar a sociedade brasileira, principalmente por meio do estabelecimento de estratégias de prevenção que resultem na saúde da população. Como apontam Roberto Machado et al. (1978), em *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*, essa medicina esteve fortemente ligada ao poder do Estado e atuou como braço direito científico deste, sendo também uma ferramenta de grande influência sobre a sociedade.

O médico, sujeito dotado de saber, procura a partir de então, os males que assolam a população diretamente no comportamento social e se localiza-o nesse âmbito, cabe a ele exercer o controle sobre essas doenças, interferir e medicar o que se configura como perigoso. A sociedade é agora o espaço onde o médico controla e detém o conhecimento de informações sobre a saúde dos indivíduos que ali estão inseridos. Esses sujeitos, médicos, partem de uma determinada esfera de produção de conhecimento e assim reconhecimento enquanto sujeitos dotados de saber (MACHADO; et al., 1978).

No Brasil, com a chegada da corte de Portugal no país, em 1808, torna-se possível o desenvolvimento de escolas de medicina. A Escola de Cirurgia da Bahia, que hoje é a FAMEB - Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, foi a primeira instituição criada e logo em seguida a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro, que hoje é conhecida como Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a UFRJ. Com essas escolas o número de médicos aumentou, pela possibilidade de formação, e esses passaram a tomar conta das demandas que a nova configuração da sociedade brasileira apresentava.

2.2 A Organização e Regulamentação da Profissão Médica

A chegada da corte portuguesa no Brasil provocou mudanças profundas na cidade do Rio de Janeiro. Essa cidade não estava preparada para receber o contingente de europeus –

estimado em 15 mil – pertencentes à nobreza. Uma reforma nas instituições, bem como nos hábitos e costumes da cidade fez-se necessário para que fosse proporcionado a esses sujeitos, recém chegados ao país, um estado de bem-estar pautado no desenvolvimento urbano e social do lugar que os receberam . É nesse sentido que a partir de 1808, as instituições médicas sofrem essa intervenção. Fábio Henrique Lopes (2008), em seu trabalho *Suicídio e saber médico*, analisou o processo de organização da formação acadêmica que possibilitou o que se chamou de medicina oficial, essa fortemente ligada ao estado.

Para adequar as cidades e as suas instituições às novas exigências históricas, várias medidas foram tomadas. Entre elas, destaco a criação, em caráter emergencial, de duas escolas de cirurgia, uma delas na Bahia e outra no Rio de Janeiro. O objetivo central dessas instituições era o de suprir a premente falta de médicos e, em especial, fazer com que esses profissionais zelassem pela saúde da elite portuguesa e dos estrangeiros em missão comercial. (LOPES, 2008, p. 48).

No ano de 1808, D. João preocupava-se em criar as instituições de medicina, que a partir de então foram encarregadas de regulamentar a formação dos sujeitos responsáveis pela cura, socorro e assistência médica da população. A partir daí as instituições baiana e carioca, como citado acima, passam a conceder diplomas aos alunos que cursarem as disciplinas obrigatórias de forma regular. Lopes (2008) apontou que, embora as duas instituições tenham sido criadas quase que concomitantemente, elas apresentavam diferenças em suas propostas e produções médico-científicas e sofreram grande influência das academias de medicina europeias.

A do Rio de Janeiro possuía infraestrutura superior a baiana, e era dotada de privilégios por estar localizada na capital do Império. A influência da medicina francesa nesse centro carioca era visível, principalmente pela importação da bibliografia médica francesa, já que a portuguesa era quase que inexistente. A baiana, focada mais precisamente no campo experimental ligado às patologias, recebeu forte influência alemã e italiana (LOPES, 2008). Um dos nomes mais influentes dessa escola baiana é o médico eugenista Raimundo Nina Rodrigues, que propôs a implantação de uma medicina legal no Brasil, defendendo uma fusão, nas palavras de Lopes (2008): do saber médico e do jurídico.

A partir de 1832, uma reforma no ensino médico foi instaurada e novas disciplinas, abordando outras matérias, foram incorporadas ao estudo do saber médico. A partir daquele momento o aluno apresentaria uma tese dedicada a um determinado tema ao final dos estudos e assim receberia a titulação de doutor em medicina. É entre essas várias teses apresentadas

por esses alunos ao final do curso que a produção de saber sobre o ato de se dar a morte aparece porque algumas dessas teses são dedicadas ao suicídio⁸.

No século XIX, pode-se ainda acrescentar a importância da criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, por um grupo de médicos que realizavam discussões com foco sobre a saúde e sobre as doenças humanas. Um dos principais objetivos da entidade era viabilizar o crescimento das diversas áreas às quais a medicina se dedicava, bem como efetivar a participação dos médicos junto ao Império nas questões que diziam respeito às políticas públicas de saúde e a higiene geral da cidade carioca. Seu intuito era claro: tornar a sociedade carioca em uma esfera ordenada e disciplinada. Assim a medicina focada na sociedade se institui a partir de então e precisava a todo custo manter a saúde pública em bom estado.

Lopes (2008) apontou que, a partir de 1835, mudanças na sociedade fizeram a Regência transformar essa associação médica, que até então era de esfera privada, em uma instituição reconhecida pelo Estado, de ali em diante ela se transformaria na Academia Imperial de Medicina (AIM). Ligada ao aparelho estatal, ela serviu de ferramenta para a ordenação de uma sociedade brasileira que enfrentava um período conturbado e que precisava de estabilidade para uma arrumação política. A influência da AIM, no entanto, não durou tanto tempo. Uma série de críticas e disputas no campo da medicina instaurou-se e essas, em sua maioria, vindas da classe médica. Nesses contornos, tem-se uma medicina de tipo social formando-se não sem lutas por poder no seu seio (MACHADO; et al., 1978).

Com ou sem disputas, a medicina social estabeleceu-se e passou a atuar no corpo social para além do corpo individual. Um novo saber sobre o indivíduo foi levado em conta: o moral, além do físico passa a ser analisada a sociedade na qual o sujeito está inserido. Percebe-se que, além da doença, a saúde agora é o principal fator. Para tanto, a prevenção para a manutenção dessa saúde é deveras importante. Além de curar é importante impedir que o corpo fique doente. Desta forma é, mais do que nunca, necessário focar nos estudos sobre as causas das doenças para que o médico possa instruir a população a não entrar em contato com possíveis transmissores de doenças.

Desse modo, o saber médico passa a deter a prerrogativa de organizar a sociedade de acordo com as suas normas na tentativa de afastar da mesma os perigos e, principalmente,

⁸ Embora não seja a intenção do trabalho discutir gênero e medicina, é impossível não notar, pelas teses médicas, que no século XIX com o início de uma produção do saber científico acerca do suicídio no Brasil, esse saber foi produzido exclusivamente pelas mãos de médicos, homens, um saber portanto, masculino tendo em vista um contexto histórico social marcado pelo patriarcado e com lugares de ascensão econômica e intelectual marcados por sujeitos masculinos, cabendo às mulheres um lugar de atuação tradicionalmente no lar e não na produção de saber científico.

afastar os sujeitos que representam esses perigos. O foco é marginalizar o que representa o perigo à manutenção da saúde, para tratar e controlar o restante da população:

A partir desse momento, passou a ser necessário garantir a saúde. Homens, mulheres, brancos, negros, casados, solteiros, prostitutas, loucos, suicidas, jovens, idosos e alcoólatras, entre tantos outros sujeitos, tornaram-se objetos de um tipo de medicina a que se deu a tarefa e a responsabilidade de impedir o aparecimento das doenças e controlar sua manifestação. Foi exatamente esse tipo de medicina que permitiu a produção discursiva acerca do suicídio. (LOPES, 2008, p. 56).

Os sujeitos que agora eram formados por uma escola nacional de medicina eram, vale salientar, os únicos que detinham o direito de conduzir esses trabalhos de higienização da sociedade. A esse grupo diplomado nas ciências médicas, cabia o papel de promover o desenvolvimento do país rumo a uma civilização formatada e normalizada com rumo certo a tão sonhada modernidade acima de tudo com sua população saudável e produtiva. A intervenção na vida pública e privada na sociedade brasileira, assim, fez-se necessária para uma atuação eficaz das instituições médicas.

Conforme Machado et al. (1978), entende-se a medicina social nesse momento como um projeto político muito bem delimitado por interesses mútuos. Tanto a medicina como o Estado se beneficiam dessa relação. A medicina não concorre pelo poder com o Estado necessariamente, mas sim, insere-se neste e intervém na sociedade. Ela precisa dele para a efetivação de seu projeto intervencionista de prevenção de doenças e, por conseguinte, para o Estado, ela é um instrumento que detém capacidades reais de controle dessas doenças ao assumir uma pedagogia de prevenção. A prevenção é, desde então, a pedagogia que a medicina e as áreas afins mais usam, até hoje, como estratégia para o controle de doenças na sociedade brasileira de diversas formas. O suicídio, visto pela óptica da saúde e da doença, também é alvo das tentativas de controle pelo estatuto da prevenção.

2.3 Loucura e Suicídio

Como apontado no primeiro capítulo, a loucura já era usada para justificar as mortes por suicídio desde o século XVI, como fuga das sanções impostas ao ato. Entretanto, a loucura atribuída a esses casos no Renascimento é diferente da que se configura no século XIX com a medicina social. Historicamente transformada em desrazão com já apontado, a

loucura, alocada ao campo das doenças mentais, transforma-se em responsável pelos suicídios. Neste momento a medicina social associa e justifica os casos de mortes auto infligidas na e pela loucura.

O movimento que se desdobrou nos séculos passados de chamar uma autoridade médica para analisar os casos em que a família buscava uma justificativa para o ato suicida e assim fugir das sanções impostas pela Igreja – no que se refere à negação de orações, sepultura e rituais cristãos –, bem como pelo próprio Estado – que condenava o corpo e a família com a tomada de seus bens –, tornou-se, no século XIX a regra do jogo nesse tipo de situação. Nesse período o médico legista era chamado para atestar a morte como ato de responsabilidade ou não do suicida, com a ajuda dos depoimentos de familiares e vizinhos (MINOIS, 2018). A partir do novo século, caberia ao médico, e somente a ele, alegar a responsabilidade ou não do sujeito em tirar sua própria vida, dizer se esse seria ou não louco sob um estatuto de cientificismo. No caso de loucura, justificava-se o ato como de não responsabilidade do moribundo por não estar em uso de plenas faculdades mentais, entretanto, para isso, era preciso que pelo olhar do médico fosse dado o diagnóstico.

Foi, portanto, a experiência médica científica social e masculina do século XIX que passou a ordenar os conceitos, as referências, os diagnósticos e prognósticos em torno do suicídio, visando encontrar sua verdade total e final. Para que fosse legitimado, o saber médico recusou todos os discursos que não se enquadravam em tais perspectivas e orientações. Paulatinamente, como fruto de um minucioso processo, o saber médico rechaçou todo e qualquer saber sobre o suicídio que não fosse produzido no âmbito da medicina social, própria do século XIX. (LOPES, 2008, p. 67).

E é assim que o discurso sobre o suicídio na sociedade brasileira é rareado a partir desse século. O lugar de fala, agora, cabe somente a quem de fato tem autoridade científica. Investigar, procurar causas e identificar origens, só seriam cabíveis aos sujeitos da ciência médica, portanto, o médico. Era, somente dele que poderia partir os saberes e verdades sobre o suicídio. Note-se que se é o médico o responsável pelo saber sobre a loucura e, mais precisamente, sobre o suicídio, como objeto de estudo deste trabalho, significa que a apreensão do ato ou tentativa dele já foi feita como doença a partir de então. O suicídio é, portanto, patologia. Doença passível de intervenção e cura por parte da medicina, e assim sendo, desde meados do século XIX, a busca por prevenção é uma alternativa e é justamente o que é observado na sociedade brasileira, uma busca clara de prevenção por parte dos grupos

humanitários ligados à saúde pública para evitar o aumento dos casos de morte voluntária, como apontou Peter Gay (2001).

O médico define, assim, nesse novo século, um saber sobre o suicídio. O que se sabe e pode ser dito a respeito dessas mortes é produzido pelos sujeitos médicos científicos, portanto, autorizados. Essa produção e controle, como nos apontou Foucault (2014) em *A Ordem do Discurso*, é parte importante da transformação do que é verdadeiro ou não, do que é permitido ou não falar, aos sujeitos que são ou não detentores do poder de fala. Detentora de poderes, a medicina social em voga no Brasil nesse período é a responsável pelo controle de doenças. Cabe aos médicos impedir a proliferação de doenças e para tanto, investigar na população torna-se a via possível. É na população que a medicina vai procurar os focos de doenças. A sociedade é, para a instituição médica, o lugar de maior susceptibilidade do indivíduo, pois é nela que os desregramentos são observados. É nela onde estão os lugares que, porventura, são palcos de excessos e desordens abertos ao público⁹.

Focada na saúde, a medicina social tentou então, nesse caso, focar na vida em oposição a busca da morte. Focando na valorização da vida, ela propõe em seu discurso, uma vida fortemente regrada e disciplinada. Nas palavras de Foucault (2014, p. 36) “[...] atuando sobre uma massa confusa, desordenada e desordeira, fez nascer uma multiplicidade ordenada no seio da qual emerge o indivíduo como alvo do poder”. O esquadramento disciplinar dos corpos, nesse sentido, seria capaz de manter os sujeitos longe dos perigos que por alguma razão impediam a manutenção de sua saúde.

Em sua tese, Lopes (2008) analisou as estratégias de domínio, controle e intervenção, que a medicina social estabeleceu no Brasil no século XIX, a partir desse estudo foi possível perceber como o suicídio foi abordado por alguns discursos médicos aqui no país. O historiador identificou o sujeito médico enquanto detentor de saberes sobre o corpo dos homens e que, por um status científico, pode definir, julgar e avaliar o comportamento dos sujeitos em sociedade. É ele que norteia a população sobre o que é bom, ruim, normal, saudável ou não, sendo assim: “[...] os cientistas da medicina – homens, esclarecidos, cultos e talvez por isso, considerados “superiores” – cunham sentidos, possibilitaram verdades e divulgaram, em terras brasileiras, uma maneira específica de pensar o suicídio: por meio da esfera patológica.” (LOPES, 2008, p. 73).

A tematização do suicídio nas teses médicas apresentadas por Lopes (2008) revela um panorama de como os médicos nortearam a procura de perigos e de origens patológicas para o

⁹ Bares, bordeis, casas de jogos, lugares periféricos no geral, são alguns dos ambientes vistos como espaços de desordem e excessos que causariam doenças de várias naturezas nos indivíduos que frequentam esses ambientes.

ato voluntário de se dar a morte. Na perspectiva de procurar patologias a serem medicadas, o suicídio, como alteração do juízo, um distúrbio das faculdades mentais responsável pelas escolhas e decisões do ser humano, seria passível de cura se analisados os aspectos biológicos e, por vezes, sociais que poderiam causar nos indivíduos uma predisposição ao ato. Alguns médicos como Munis Barreto (1841), por exemplo, associam um desregulamento de alguns órgãos no corpo dos indivíduos, como estômago, fígado e rins, que como principais órgãos do corpo humano, na sua perspectiva, seriam capazes de, ao apresentarem alterações em seus conjuntos de formação, atingirem o cérebro e as faculdades mentais desses sujeitos e, assim, os homens de letras, objetos de suas análises, estariam predispostos a atos que normalmente não realizariam em um estado de normalidade biológica desses órgãos, o principal desses atos seria o de tirar a própria vida.

O médico Freitas Albuquerque (1858) também analisou o suicídio sob a perspectiva da doença mental, e a esta chamou de “monomania suicida”. De acordo com suas proposições, a monomania acometia os indivíduos por uma ideia fixa, um delírio que atingia a inteligência deles. Apresentou duas variantes do tipo: uma raciocinante e outra instintiva. A primeira demonstrava que o sujeito era louco e convicto no seu desejo de morte e o médico não teria dificuldade em o diagnosticar. Na segunda, no entanto, não era possível observar alterações do mental, as ideias fixas da monomania, inclusive em estados “normais”, eram altamente repudiadas pelo mesmo sujeito que acometido pela crise monomaniaca era capaz de roubar e até de se suicidar. A diferenciação das duas daria-se na forma em que as mortes se caracterizavam, na primeira, a morte era escolhida de forma pensada, organizada, com meios “caprichosos”, chegada a durar um bom tempo pois era arquitetada de forma raciocinante, já a segunda configurava-se como o próprio nome a sugere, de forma instintiva, direta, sem pensar muito nos meios, só almejando o deixar de existir em si rapidamente (ALBUQUERQUE, 1858).

Para a identificação desses sujeitos o médico indicou que, ao apreciar a fisionomia, considerada como “espelho d’alma” – em suas próprias palavras – o médico dotado de conhecimentos que o diferem dos outros indivíduos da sociedade, era capaz de identificar o “que” indefinido por ele (ALBUQUERQUE, 1858). O médico não definiu especificamente o que seria esse “que” que estaria presente no olhar dos sujeitos acometidos pela monomania, mas deixa claro que o sujeito médico, dotado de um saber específico seria capaz de observar essa característica no suicida, “[...] os tristes, os eufóricos, os audaciosos, os medrosos, entre tantos outros, independentemente da monomania que os invadisse, apresentariam o mesmo sinal, que deveria ser percebido pelo olhar experiente e sábio do médico.”

(ALBUQUERQUE, 1858, p. 24). Suas causas variam entre predisponentes que estão relacionadas a hereditariedade, a profissões escolhidas, a idade, natureza, caráter e outros e ainda de caráter determinantes, estas últimas sendo também divididas entre físicas e morais.

Uma tese, apresentada por Lopes (2008), foi a do médico Antônio Viana (1842) que analisou as mulheres a partir do mental, relacionando seus comportamentos aos papéis demarcados a elas em sociedade, como o casamento. Para o médico o casamento constitui-se como uma importante arma na manutenção da saúde mental das mulheres, principalmente as mais jovens, donzelas, que estariam expostas a solidão sem um marido e que poderiam não ser dotadas de estados facultativos “normais”. A paixão, os desejos e o amor, são abordados pelo médico como constantes ímpetus que poderiam levar essas jovens a uma melancolia que, conseqüentemente, se voltaria como desejo de morte.

Uma diferenciação entre um suicídio causado por sujeitos em pleno uso das suas faculdades mentais e outros cometidos por loucura começa a aparecer mais precisamente em meados do século XIX e o próprio alienista Albuquerque (1858) já o fez como apresentado acima. Diferente deste, o médico psiquiatra Nicoláo Joaquim Moreira (1867), apresentou suas proposições com uma opinião cheia de intervenções em torno dessas mortes. Para ele, os dois tipos de suicídio: “o filho da loucura” e o “refletido” seriam “antinaturais” e transgrediam fortemente a lei da natureza, a lei de Deus e as leis da sociedade na qual o indivíduo estava inserido. Para este, o suicida era um transgressor que imputava desordem ao meio social. Quando filho da loucura, a medicina social facilmente o localizaria no meio e o trataria. No entanto, o suicídio refletido exigiria do médico um olhar mais atento pela natureza de difícil observação, em detrimento da falta de anomalias mentais e assim ele apontou um possível caminho de observação:

As causas, porém, do suicídio refletido são mais conhecidas e podemos mesmo dizer que são tantas quantos os moveis das paixões humanas; a má educação, a ausência de princípios religiosos, os costumes, as crenças, a leitura de livros licenciosos, a pobreza, o amor contrariado, os embaraços financeiros, o orgulho, a vaidade, enfim todas essas paixões que suscitadas pelo próprio homem e nutridas em seu próprio seio tornam-se depois um veneno que inoculado em seu coração, corroe sua existência. (MOREIRA, 1867, p. 7).

Neste sentido, as paixões, se despertadas no coração dos sujeitos, representariam os perigos a sua integridade. Lopes (2008) indica que é nesse sentido em que os grandes centros populacionais serão apreendidos pela medicina social, enquanto espaços de má conduta e má

influência na vida dos indivíduos. Esses espaços eram um problema ao ideal de normatização, de ordenamento e de progresso e desenvolvimento de uma sociedade disciplinar, por desencadearem nos sujeitos um grau de liberdade e libertinagem que fugia aos padrões de normatividade.

Sem necessariamente generalizar, Lopes (2008) apontou que as proposições médicas, em sua grande parte, dotadas de historicidade apresentam uma ideia de causas para o suicídio ligadas, e quase que exclusivamente dependentes, às predisposições individuais, intrinsecamente ligadas ao mental, ao sujeito, como tendência própria do século XIX. O seu olhar voltou-se para sua própria área, a de conceber o ato como patológico. Com clara influência da medicina francesa, a medicina brasileira também não conseguiu conceber o ato voluntário de se dar a morte como estando fora do mental, o suicida é sempre dotado de loucura, de doença mental.

A respeito da influência das teses médicas francesas dentro das escolas de medicina, Lopes (2008) apontou principalmente a do trabalho do psiquiatra francês Esquirol¹⁰, que em seu estudo indicava prováveis causas pelas quais os indivíduos matavam-se, dentre elas as paixões, as dores físicas, a monomania, a nostalgia, o tédio de viver e o ódio a vida. Esquirol (1989 apud LOPES, 2008) chamou atenção para o comportamento do suicida que deveria ser observado pelos médicos. O psiquiatra sinalizou que a observância deveria estar nas mudanças comportamentais que fujam do habitual, o sujeito alegre se entristece ou vice e versa, ou tem disposição e depois apresenta indisposição. No entanto, ele também diz que os sujeitos que não apresentam mudanças comportamentais e nem apresentam outro tipo de sinal também devem ser observados pelo médico, sendo assim, todos estariam sob a supervisão do olhar médico. Desse modo, observa-se uma aproximação entre as práticas médicas brasileiras das francesas.

Para o psiquiatra francês, pensar o suicídio como parte das doenças mentais fazia mais sentido, tendo em vista a incidência de casos entre pessoas que mesmo subjugadas às mesmas condições sociais, uns se matavam e outros decidiam por continuar a viver. Outro ponto seriam os casos de suicídio de indivíduos detinham condições financeiras confortáveis, felicidade e desfrutavam de prazeres e mesmo assim acabavam pondo fim a sua existência. Nesse sentido, voltar o olhar para o patológico seria a opção mais viável (ESQUIROL, 1989 apud LOPES, 2008).

¹⁰ Jean-Étienne Dominique Esquirol, em sua tese *Des maladies mentales*, de 1989.

Mesmo que em seu trabalho, a tentativa de abordar o suicídio como multifatorial tenha sido uma pretensão, o fato é que alocar o suicídio ao campo mental é quase uma via de regra e, para Lopes (2008, p. 95), o psiquiatra aponta seu olhar para essa mesma questão: “[...] a necessidade de pensar o suicídio a partir de suas relações com o universo do mental, com teorias, conceitos, diagnósticos, causas, tratamento, representações, inquietudes e medo próprios, ou melhor, transformados em “próprios” das doenças e distúrbios mentais.”

Assim sendo, se a medicina social, tão presente no século XIX, pensa o suicídio como patologia, partindo do indivíduo, portanto, o pensa no sentido de cura, de ação de cura para a doença no corpo dos sujeitos. Esse corpo precisa ser encontrado, observado e medicalizado, pois, fora desse “olhar” médico poderia tornar-se objeto de desordem e desequilíbrio em uma sociedade que buscava a todo custo a normatização dos comportamentos e principalmente a saúde dos cidadãos para a manutenção da produtividade.

Iranilson Oliveira (2003) relatou em um de seus artigos que o discurso médico no Brasil foi um dos dispositivos de poder na disciplinarização do corpo e mente do cidadão brasileiro. Para ele, o saber médico a serviço do Estado foi uma importante “arma”, no sentido de formatar os corpos dos cidadãos e assim tornar-lhes “bons cidadãos” para o trabalho. O corpo e a mente, portanto, o físico e o intelecto dos homens, a partir do século XIX e mais precisamente no início do XX, nos primeiros passos da República no Brasil, foram os focos principais da medicina social na tentativa de construção de um homem higienizado.

A limpeza do corpo do homem na sociedade brasileira era primordial para mantê-lo afastado dos males ao seu redor, que poderiam interferir em sua saúde física. Para isso o projeto eugenista, cunhado por Francis Galton, a partir de 1883, pela Europa e logo depois reverberando no Brasil, apresentou forte influência dentro das escolas de medicina. A eugenia contribuiu fortemente para a construção de projetos político-nacionalistas, e no Brasil não foi diferente. O objetivo nesse momento era claro: a formação de sujeitos ordenados, submissos e que estivessem em conformidade, para darem conta das novas exigências econômicas, políticas e sociais do Brasil.

A medicina social instituiu, por exemplo, o casamento como uma ferramenta higiênica. Para o médico é no casamento entre o homem e a mulher, tido como “normal”, que os dois satisfazem suas necessidades naturais, perpetuam sua espécie e proporcionam bem-estar e felicidade aos filhos que são gerados a partir dessa união. Como apontou Maria Angêla (1997), a concepção médica e burguesa vigente no período era a de que um lar familiar estruturado, com uma forte educação presente na vida dos filhos e uma boa esposa que cumprisse os papéis que cabiam a ela, fornecia o conceito ideal de família e era um tesouro

para quem conseguia assim construir a sua família. Era esse o lar ideal que agiria como uma prática profilática na proteção dos sujeitos que o compõem, assim estariam imunes as doenças que assolam o meio social, principalmente as doenças da mente.

O casamento nesse sentido, ajudaria o homem e a mulher a não acabarem com sua vida, tendo em vista os papéis que a cada um cabe dentro dessa instituição. O homem chefe de família, ocupado em prover ao lar o seu sustento, estaria assim menos propenso ao suicídio, pois sabia que sua família dependeria dele, e além disso ele estaria ocupado demais para pensar em dar fim a sua vida. A mulher, dona de casa e reprodutora, precisava manter-se viva para desempenhar seu papel de mãe e esposa, cuidar dos filhos e servir ao marido. Ela é responsável pela criação dos filhos (RAGO, 1985). A respeito das mulheres:

A maternidade era vista como a verdadeira essência da mulher, inscrita em sua própria natureza. Somente através da maternidade a mulher poderia curar-se e redimir-se dos desvios que, concebidos ao mesmo tempo como causa e efeito da doença, lançavam-na, muitas vezes, nos lodos do pecado. Mas para a mulher que não quisesse ou não pudesse realizá-la – aos olhos do médico, um ser físico, moral ou psiquicamente incapaz – não haveria salvação e ela acabaria, cedo ou tarde, afogada nas águas turvas da insanidade. (ENGEL, 2007, p. 338).

Nesse sentido, a maternidade é, segundo a historiadora Magali Engel (2007), dentro da perspectiva médica, umas das formas mais eficazes de impedir o aparecimento das doenças mentais em mulheres e principalmente de impedir elas de cometerem suicídio. Essa perspectiva reforça os papéis sociais atribuídos à mulher, nos quais o casamento e a maternidade precisavam ser uma realidade.

2.4 Literatura e Imprensa: Perigos de Contágio

É pela óptica da medicina social, instituída a partir do século XIX, que a literatura e a imprensa, por exemplo, passam a ser observados como possíveis instrumentos de contágio que deveriam ser analisados e orientados para não abordarem o suicídio e, se assim o fizesse, fariam de forma a promover um discurso de intenção preservativa como se constitui até hoje quando vemos os encaminhamentos dados ao tema pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde no Brasil.

A literatura, por exemplo, é uma das principais preocupações desses médicos que apontam nas leituras uma espécie de “agente de contágio” (LOPES; et al., 1998). Esse agente

seria responsável por influenciar diretamente no comportamento dos sujeitos em sociedade, os quais estariam propensos a se desfazerem de suas vidas facilmente em decorrência de uma leitura feita em determinados momentos da vida, em que suas mentes se encontrassem “frágeis”, e assim estariam mais susceptíveis que qualquer outro indivíduo que não estivesse sucumbindo aos prazeres literários. Acontece que na literatura, principalmente a romântica, o suicida é visto em sua maioria como alguém em pleno uso de suas faculdades mentais, nunca o desequilibrado, não corroborando assim com o discurso do médico, com o discurso científico que deveria predominar, segundo o qual o sujeito que se mata é doente e, se o faz em seu uso da razão, é culpado.

De fato, a crítica dos médicos brasileiros tinha sentido, pois a literatura romântica, tanto nacional como a estrangeira, divulgava casos, histórias, vida e morte de homens e mulheres que se suicidavam pelos mais variados meios e causas. Por esse motivo, por divulgar um ato considerado condenável se praticado com o pleno uso da razão e por não respeitar as verdades científicas sobre o suicídio, esses literatos deveriam ser responsabilizados como indutores de morte não natural. (LOPES, 2007, p. 171).

A forte tendência individualista, o eu como o centro de tudo, a valorização das emoções e o amplo recurso à imaginação formam a constituição do Romantismo. Um movimento literário que surgiu na Europa no final do século XVII e que, além da literatura, impactou ainda as artes de forma geral, a filosofia e o próprio pensamento político de seu tempo. No século XIX, o espírito romântico foi responsável pelo desenvolvimento de teorias filosóficas e obras artísticas bastante subjetivas. O drama humano, as emoções vivenciadas pelas pessoas, os amores trágicos e ideais utópicos eram pontos importantes para o trabalho dos autores românticos. É nesse sentido que o saber médico rechaça a literatura romântica, porque ela imprime um desregramento no comportamento dos personagens literários que não condiz com o programa social que o saber médico recomenda ser implantado na sociedade.

Uma das mais importantes obras românticas apontadas por todos os estudiosos do suicídio, no Brasil e no mundo, é a do alemão Johann Wolfgang Von Goethe (2001)¹¹, *Os sofrimentos do jovem Werther*. A obra consagrou-se no cenário literário do seu país de origem, bem como de todos os países nos quais a obra foi traduzida. O livro conta a história de um jovem artista sensível que, em uma troca de cartas com seu amigo íntimo Wilhelm, confessa que se apaixonou por uma jovem moça que já está comprometida com um outro

¹¹ O alemão consagrou-se no meio literário europeu e é considerado como uma das maiores figuras da literatura de seu país e do continente, com escrita expressiva na corrente Romântica.

rapaz, estando assim impedida de envolver-se emocionalmente com Werther e corresponder sua grande paixão. O jovem, de alma sensível, romântico, envolto em um triângulo amoroso no qual não consegue imaginar-se sem o amor de sua querida Charlotte, bela jovem, sensível, respeitável e dedicada a família que está comprometida, com o noivo e honrado Albert. Werther então, nas palavras do personagem, decide pôr fim a sua vida. Sua existência não vale a pena se não pode ter o amor de sua querida Charlotte e assim o desenrolar da trama literária dá-se com o suicídio de Werther.

Ó Pai, que eu não conheço, Pai que outrora enchia toda a minha alma e agora me vira o rosto, chame-me para junto de Você, não mais fique mudo aos meus apelos, porque seu silêncio não poderá conter esta alma que tem sede da Sua presença! Um homem, um pai, não pode irritar-se porque seu filho, reaparecendo subitamente, o abraça e diz: “Eis-me de volta, meu pai! Não fique zangado por eu ter interrompido uma viagem que, por sua vontade, devia durar mais algum tempo! O mundo é o mesmo em toda parte, isto é, sofrimento e trabalho, depois recompensa e prazer; mas, que me importa isso? Só estou bem perto de você, e é junto do senhor que eu quero sofrer e ser feliz...” E Você, misericordioso Pai celeste, não atenderia ao seu filho? (GOETHE, 2001, p. 90).

Estudiosos do autor e da obra apontam que a consagração da obra acompanhou, no entanto, uma imagem que se vinculou e que se deu muito em detrimento da chamada “Moda à la Werther”, uma espécie de febre Wertheriana que consistiu em uma série de mortes de jovens que se suicidavam pela Alemanha e pela Europa, em condições muito parecidas com a que se deu a morte do jovem protagonista do livro. Segundo esses estudiosos, os jovens matavam-se após a leitura da obra e reverenciavam de alguma forma essa ligação, seja por uma peça de roupa na vestimenta na hora do ato, seja pelo mesmo tipo de forma de se dar a morte ou mesmo por estar com o livro próximo ao corpo na hora em que esses corpos eram encontrados (OLIVEIRA, 2007).

Essas mortes se dariam por imitação direta do sujeito que protagonizou a história contada pelo escritor. O fenômeno da imitação é uma questão apontada, por exemplo, por Durkheim (2014) com relação ao suicídio, o sociólogo aponta que o número de casos por imitação é muito pequeno pra ser levado em conta. Na prática, nenhum estudo apontou de fato que a febre wertheriana tenha apresentado diferenças consideráveis nas estatísticas de mortes de jovens por meio de suicídio e mesmo assim nada impediu a medicina social, principalmente no Brasil, de adotar uma postura de enfrentamento a essa literatura, considerada nociva a normatização da sociedade brasileira.

Para Lopes (2008), a literatura, em especial a literatura romântica, foi problematizada pela medicina social no Brasil como perigo à vida. E é nesse sentido que ela busca, em seu discurso, efetivar a proibição de traduções dessa obra em solo brasileiro, pois essa seria nociva a vida dos jovens. O médico busca, mais do que tudo, uma prevenção que permanece até hoje na forma de silenciamentos “necessários” pela ideia das instituições médicas do país. A imprensa, por exemplo, adotou esse silêncio em detrimento da acusação de ser, assim como a literatura, um agente de contágio pelas descrições de casos de suicídio em suas páginas. O silêncio, no entanto, hoje dá lugar a uma nova abordagem no trato de notícias com o suicídio envolvido, como prevenção. Esse trabalho se dá junto a contrapartida da Organização Mundial de Saúde (OMS) a nível mundial, o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Psiquiatria, a nível nacional.

A OMS, a partir de 2000 passou a considerar o suicídio como problema de saúde pública, devido ao grande aumento no número de casos de mortes auto infligidas. Um ano antes, no entanto, a OMS já lançava uma série de manuais destinados a grupos sociais e profissionais específicos que atuam de alguma forma na prevenção do suicídio. O *Suicide Prevention Program* (SUPRE), como foi chamado pela OMS, traz consigo o manual de prevenção do suicídio direcionado a profissionais de Imprensa¹². O papel da imprensa de informar as pessoas em sociedade é visto pela OMS como uma importante ferramenta de prevenção, no sentido de que, ao levar de forma correta e seguindo alguns preceitos preconizados por ela, as notícias que envolvem mortes por suicídio não causariam um efeito parecido com o de Werther, ou seja, não causariam uma imitação. O número de pessoas que aquela notícia atingiria de forma a causar uma “imitação” ou sentirem-se encorajadas a também se matarem, se já há uma ideação suicida, seria bem menor. A imprensa, tem assim papel fundamental nesse sentido, por representar uma esfera que interferiria consideravelmente na vida dos sujeitos em sociedade, na perspectiva do documento:

A mídia desempenha um papel significativo na sociedade atual, ao proporcionar uma ampla gama de informações, através dos mais variados recursos. Influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas, econômicas e sociais. Devido a esta grande influência, os meios de comunicação podem também ter um papel ativo na prevenção do suicídio. (OMS, 2000, p. 3).

¹² O documento é bem simples e pequeno, uma leitura leve, mas com conteúdo abrangente. São dez páginas com conteúdos que norteariam o trabalho dos jornalistas no momento de exposição de casos que envolvem suicídio.

A ideia é transformar a imprensa em uma ferramenta de prevenção porque, do contrário, ela pode tornar-se um vetor de contágio ao noticiar de forma espetacularizada os suicídios. Nesse sentido, o manual aponta para uma forma de abordagem “certa” dessas notícias, para não influenciarem aqueles que apresentam ideação suicida, mas não têm certeza de que irão praticar o ato. Para a OMS, o sujeito com ideação suicida, ao saber que em um outro lugar no mundo alguém também pensa e consome o ato, entende que não está sozinho e assim cria coragem para também consumir o ato.

O suicídio de artistas também deveria ser cuidadosamente apresentado ao público, pelo perigo de desencadear um processo de imitação a partir do conhecimento do fato. Mortes como a de Robin Williams (1951 - 2014), Marilyn Monroe (1926 - 1962), Chester Bennington (1976 - 2017) e vários outros artistas, são observados como possíveis “transmissores” de encorajamento para aqueles que já apresentam uma ideação suicida. O sensacionalismo dessas mortes por suicídio é um ponto importante nesse manual, e deve ser evitado a todo custo, junto a isso se soma a preocupação de trazer junto a informação uma nota de informe que aponte um caminho a quem está lendo, para no caso de apresentar ideação suicida ter um lugar para pedir ajuda. De lá pra cá, o documento sofreu mudanças nos seus apontamentos, no entanto, em síntese, a ideia continua a mesma. Focar na imprensa como importante agente de prevenção dessas mortes.

O Ministério da Saúde no Brasil, junto a Associação Brasileira de Psiquiatria, também tem um manual próprio (ABP, 2009) que segue basicamente as mesmas diretrizes que o da OMS. O objetivo é, em geral, nortear o jornalista sobre como escrever, em que parte do jornal colocar essas notícias, as palavras que podem ou não ser usadas no corpo do texto e isso tudo no sentido de prevenção¹³.

A ABP atua hoje no Brasil em parceria com o Centro de Valorização à Vida (CVV). O CVV é uma associação filantrópica, sem fins lucrativos, que atua no país desde sua fundação na cidade de São Paulo, em 1962 e passou a ganhar notoriedade pelo seu trabalho de apoio a vida a partir de 1973. O trabalho do CVV é no sentido preventivo ao suicídio por meio do apoio emocional as pessoas que precisam ser ouvidas em momentos de ideação suicida e sofrimento. Todo o contato é feito de forma sigilosa e anônima. A entidade faz parte de uma rede chamada “*Befrienders Worldwide*”, que atua no mundo inteiro com grupos muito parecidos com o CVV aqui no Brasil. Junto ao Ministério da Saúde, o Centro de Valorização

¹³ No terceiro capítulo são apresentadas as considerações do documento direcionado aos profissionais da mídia relacionando essas a um caso na cidade batistense, que foi noticiado em reportagem.

à Vida estendeu o seu trabalho a todo o país através de uma linha telefônica fixa disponível a todos.

A linha 188 passou a funcionar no país inteiro a partir de 2018. Os contatos com o CVV são feitos pelos telefones 188, 24 horas por dia, e a ligação é sem custo, eles também atendem pessoalmente e contavam em 2019 com mais de 120 postos de atendimento. O atendimento também pode ser feito pelo site¹⁴, por chat e também via e-mail. Segundo informações disponibilizadas pelo site oficial do CVV, nesses canais são realizados mais de 2 milhões de atendimentos anuais, por aproximadamente 3.400 voluntários, localizados em 24 estados mais o Distrito Federal.

Como pesquisadora do tema e interessada na iniciativa da associação tentei contato algumas vezes por alguns canais de comunicação do centro e em nenhuma delas obtive atendimento, as linhas sempre pareciam congestionadas e sem retorno. Nos últimos tempos não tentei novamente atendimento. Também me inscrevi para o treinamento realizado com os voluntários que se disponibilizam a prestar esse atendimento às pessoas, no entanto era preciso fazer viagens para fora do meu estado atual, para o treinamento em uma das sedes, assim acabei desistindo. Hoje o treinamento pode ser feito também de forma on-line o que facilita em muito a disposição do voluntariado, mas não me dispus mais a tentar por enquanto.

A partir de 2014, o CVV junto à Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina, comandam a campanha de prevenção ao suicídio conhecida como “Setembro Amarelo”¹⁵. O mês de setembro acompanha, no dia 10, o “dia mundial de prevenção ao suicídio” instituído pela Organização Mundial de Saúde. A campanha busca promover conversas e debates que auxiliem na transformação do tabu, que é o suicídio, em algo menos assustador e menos cheio de estigmas sociais, para isso a cor amarela é escolhida para encapar a campanha. Durante o mês de setembro é possível ver em monumentos de grande visibilidade no país, como o Cristo redentor, na cidade do Rio de Janeiro, o Congresso Nacional, estádios de futebol e tantos outros estabelecimentos pelo Brasil, a cor amarela tendo destaque e chamando atenção para o foco preventivo da campanha.

Em Bernardino Batista, a campanha do setembro amarelo ganhou espaço a partir de 2017 e até hoje se percebe uma movimentação dos setores ligados à saúde e à assistência social do município, articulando-se para a apresentação da campanha aos munícipes. Até então, mesmo com uma incidência presente de mortes por meio de suicídio, o debate na cidade era quase nulo, ousou dizer que o debate era nulo.

¹⁴ Disponível em: www.cvv.org.br.

¹⁵ Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>.

Nas escolas e na Igreja Católica nunca ouvi falar em nenhum momento qualquer menção que seja aos fatos ocorridos na cidade de uma forma aberta e sem medos. Até mesmo em casa, ao saber de notícias de pessoas que cometiam o suicídio, lembro perfeitamente de minha mãe/avó pedindo para não se referir ao nome propriamente dito “se matou” ou “suicídio”, pois no imaginário dela isso acabava “chamando” para dentro de casa uma espécie de energia que deixaria todos ali susceptíveis a também cometer o ato. Estaria deixando aberta a casa ao demônio entrar e “atentar” também contra quem estava ali. A forte ideia do suicídio ligado a esfera do maligno, imposta pela Igreja Católica, é aqui fortemente percebida pela influência direta do cristianismo em nossas vidas. A cidade é tradicionalmente católica e em sua grande maioria cristã, com outras denominações religiosas atuando no município. Segundo Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas)¹⁶ mais de 80% da população batistense considera-se católica, a outra parte se denomina como evangélicos e ninguém como espírita. Citei apenas as três porque o Instituto apenas dá informações sobre as mesmas (IBGE, 2010).

Atualmente o trabalho de setores ligados à administração Municipal, com foco na saúde e “bem-estar” da população, principalmente da Assistência social em conjunto com a Secretaria Municipal, focam os grupos formados pela assistência, como o de idosos, mulheres e crianças com o serviço de fortalecimento de vínculos. Para uma sensibilização do público em geral do município, essas campanhas são feitas nas ruas com a participação do povo. Nesse ano de 2020, por exemplo, por não estar trabalhando de forma direta com esses grupos e com a população em geral, essa sensibilização deu-se apenas com uma parte da equipe em um ponto da cidade, devido a Pandemia do novo Coronavírus (COVID 19), como pode ser visto no site¹⁷ do município no qual são exibidas imagens dessas mobilizações pela urbe batistense, assim como nos sites da região

Nesse ponto, percebe-se que nos séculos passados o suicídio foi elevado à categoria de crime e pecado por interesses da Igreja e soberanos terrenos o que, como será discutido adiante no terceiro capítulo, também influenciou diretamente em muito do que se profere sobre o ato de se dar a morte no município de Bernardino. Foi só a partir do século XIX que uma mudança nesse paradigma pode ser notada e que, até hoje, configura no Brasil e chega a Bernardino Batista, interior do Nordeste, conferindo outros contornos a partir dos discursos da medicina social, ligada a um poder político de gerência da vida e da morte nessas sociedades. Por exemplo, é a sujeitos ligados a saúde que cabe a abordagem do tema. Pelo que é

¹⁶ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/bernardino-batista/panorama>.

¹⁷ Disponível em: <https://www.bernardinobatista.pb.gov.br/>.

observado na cidade, essas campanhas de prevenção ao suicídio são encabeçadas pelos profissionais de saúde, como psicólogos da Assistência Social e Médicos das Unidades Básicas de Saúde do município, o que pode ser percebido através dos dados disponibilizados em uma reportagem do Diário do Sertão¹⁸, imprensa da cidade de Cajazeiras-PB, que divulga esses eventos da região (DIÁRIO, 2020).

A cidade, como também o país e várias sociedades ocidentais, atribuem o ato, quase em sua totalidade de estatísticas¹⁹, ao patológico, a algum desvio mental. Essa perspectiva, no entanto, presente desde o século XIX e estabelecida pelo discurso do médico é problemática para a efetivação da preservação dos sujeitos e suas vidas. A medicina social usou artifícios para a preservação dessas vidas que, como pode ser visto atualmente, não foram as mais eficientes. Ao estabelecer o que é normal e o que não é normal, para a efetivação de uma sociedade normalizadora, como no caso no Brasil, com sujeitos sendo norteados em prol de boas condutas e boas identidades, o rareamento do discurso sobre o ato voluntário de morrer para silenciá-lo e não correr o perigo de torná-lo natural, bem como proibição de leituras e novas diretrizes de trabalho da Imprensa para evitar contágios, por exemplo, não foram suficientes para que a população do Brasil tivesse seu número de suicídio reduzidos. Segundo dados do Ministério da Saúde, no país cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida por ano e o número é mais alarmante ainda quando essas estatísticas mostram que por ano, em média, 01 milhão de pessoas cometem suicídio no mundo todo.

Essa tipificação quase que geral do suicídio ao patológico foi, ou é, suficiente para a elaboração de estratégias de prevenção realmente eficazes? Ao patologizar, tornar do indivíduo o suicídio, pode-se perceber que a medicina psiquiátrica não permite na maioria das vezes uma reflexão aberta a respeito das condições de subsistência desses sujeitos em sociedade que decidem pôr fim a vida. Acredita-se que sem essa reflexão de condições gerais desses indivíduos o caminho para a preservação da vida esteja longe dos olhos da sociedade. Precisamos perceber, diante dessas mortes, quais elementos sobre as formas viver elas nos trazem.

¹⁸ Disponível em: <https://www.diariodosertao.com.br/noticias/cidades/438548/bernardino-batista-promove-evento-em-alusao-ao-setembro-amarelo.html>.

¹⁹ Dados da Associação Brasileira de Psiquiatria estimam que 96,8% dos casos de suicídio estão relacionados a transtornos mentais.

3 A PRÁTICA DO SUICÍDIO NA URBE BATISTENSE

Este capítulo foi o mais difícil de escrever ao longo de toda a pesquisa, devido a relação direta com o objeto estudado, o espaço geográfico e o tempo histórico abordado. Em *A Escrita da História*, Michael de Certeau (2011) ao escrever sobre a “operação historiográfica” trata de “lugares de produção”. Ao usar esse termo, Michel de Certeau (2011) expressou a ideia de que o historiador ao escrever parte de um lugar, de uma inscrição em sociedade, de uma instituição, seja universitária, uma comunidade ou uma época, e tudo isso influencia de múltiplas maneiras o trabalho historiográfico.

No trabalho aqui presente, fica clara minha relação com o espaço e com o objeto estudado. Desenvolvo este trabalho a partir de minha posição nessa sociedade e a partir de questões que são muito caras para mim, enquanto estudante de história, como pessoa e como batistense²⁰. Assim como as leituras empreendidas ao longo do curso de História na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), os caminhos acadêmicos trilhados pelos grupos de pesquisas, em especial o GEPHC (Grupo de Estudos e Pesquisas em História e Cultura da UFCG) e as discussões neste espaço universitário também interferem e influenciam fortemente a escrita historiográfica e demarcam meu lugar de historiadora²¹.

Como comentado acima, parto da cidade de Bernardino Batista-PB e confesso não terem sido poucas as vezes em que precisei ler um atestado de óbito, ler uma mensagem em um convite de missa, ler uma reportagem com a notícia de um suicídio, ouvir alguns relatos de pessoas com relação parental próxima a algum caso dos que abordarei aqui, e isso me causar muito choro, muito mesmo até me recompor e conseguir pegar novamente no material ou voltar a ouvir a pessoa²². Escrever a respeito das práticas suicidas na cidade de Bernardino Batista é reviver um passado não muito distante, do qual fiz parte, é falar sobre mortes que presenciei enquanto moradora daquela cidade e até mesmo enquanto familiar desses sujeitos. São vivências do cotidiano que influenciam as decisões tomadas e que me constituem como pessoa e profissional na área de História. Espero neste trabalho poder deixar refletido todo respeito e empatia que tenho por cada pessoa que compunha o número de casos que citarei na pesquisa e usarei como dado no trabalho a partir da documentação consultada. A intenção não é abrir feridas, escamotear dores e buscar respostas de porquê cada um desses indivíduos buscou a morte, de forma a causar incômodos a família, leitor ou qualquer outra pessoa. Meu

²⁰ Gentílico de quem é natural da cidade de Bernardino Batista.

²¹ Em o *Tempo e Narrativa* de Paul Ricoeur (2010), as reflexões do historiador foram muito importantes para entender esses aspectos.

²² Essas conversas que tive com familiares que perderam pessoas por suicídio não entrarão aqui no texto, porque as mesmas não se sentiram à vontade para serem gravadas.

mais profundo respeito a essas pessoas que partiram desta vida e a seus familiares que de alguma forma precisaram lidar com as dores advindas dessas mortes. A partir disso apresento, a você leitor, a cidade de Bernardino Batista-PB.

3.1 Apresentando a Urbe Batistense

Figura 1: Imagem aérea da cidade de Bernardino Batista-PB, 2020



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2020.²³

A identificação da cidade de Bernardino Batista-PB parece ser a tarefa mais fácil neste trabalho, no entanto, os laços emocionais que mantenho com a cidade, talvez dificultem na maneira de descrição do espaço. A pequena cidade de Bernardino Batista é muito mais conhecida pelo seu antigo nome “Serra do Padre”, e está localizada na microrregião de Cajazeiras, no interior do Estado da Paraíba, fazendo divisa com os estados do Ceará e Rio Grande do Norte. Sua população, em 2012, foi estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 3.153 habitantes, distribuídos em 51 km² de extensão territorial. A cidade é pequena e isso influenciou muito no fato dela ser organizada fisicamente. Mesmo localizada em uma região quente e marcada pela seca devido ao número reduzido de chuvas²⁴,

²³ Minha intenção não é trabalhar o uso de imagens no trabalho, mas colocarei algumas porque acho importantes para nortear a leitura de melhor forma.

²⁴ A respeito das dificuldades enfrentadas pela região pela falta de água devido à escassez de chuvas na região de Cajazeiras, ver: Barros et al. (2013).

a cidade apresenta um clima agradavelmente frio e ventilado por estar localizada em cima de uma serra, a 700m de altitude, acima do nível do mar.

A cidade é conhecida como Serra do Padre pela história de sua formação²⁵, que aponta José Dantas Rothéa como um Padre que chegou à região com estudantes seminaristas e escravos e fixaram residência ali naquele espaço por volta do ano de 1915. Essa história da cidade é difundida como a de formação do município, no entanto, sempre a achei problemática pelo fato de nunca haver nenhum registro disponível em nenhum lugar que possa embasar a narrativa. Além de Serra do Padre, a cidade também pode ser citada como a terra do Caju, pelo plantio e cultivo da fruta na região, o que por um tempo foi uma das suas principais atividades econômicas, e ainda como terra dos primos casados²⁶.

No centro da cidade está o Cartório de Registro Civil, na rua Francisco Egídio dos Santos, e foi de lá um dos primeiros arquivos que serviriam de fontes para este trabalho. Entre as atribuições do cartório estão as atividades com interdições e tutelas, nascimentos, óbitos e notas. Já em sala de aula, e pelos textos de discussão sobre fontes históricas, percebi a importância dos arquivos presentes nos cartórios, sendo esses os que enfrentam sérios problemas com relação a sua conservação (BACELAR, 2005). De início essa realidade já se apresentou, pois na primeira vez em que fui ao referido arquivo não consegui muita coisa, pois devido a uma recente mudança de espaço físico, todos os arquivos estavam demasiadamente bagunçados. Percebi naquele dia que o estado de conservação de muitos documentos ali não estava bom, além do que, com a mudança de um espaço físico para outro, houve perda de documentos. Muitos deles ficaram estragados devido a forma de manuseio e transporte, como me informou a registradora do cartório.

Ofereci-me para voltar no outro dia e ajudar a funcionária na organização. Passei uma tarde a ajudando a separar e organizar muitos deles. Conversei com a funcionária sobre a importância da conservação daqueles documentos e de uma possível ajuda para a digitalização de uma parte, pelo menos os que estavam mais danificados. Essa ajuda, confesso, ainda não consegui retornar para realizar, mas consegui alguns registros de declaração de óbitos que apresentarei neste capítulo para discutir alguns casos de suicídio.

O cartório está na cidade desde a sua criação em maio de 1994, mesmo ano em que o município deixou de ser distrito de Triunfo-PB e foi emancipado como cidade. Na pasta de controle que encontrei a maioria dos arquivos de óbitos ainda estava a identificação como

²⁵ A história de formação da cidade foi encontrada no site da Prefeitura Municipal de Bernardino Batista. Disponível em: <https://www.bernardinobatista.pb.gov.br/portal/a-cidade/historia>. Acesso em: 27 nov. 2020.

²⁶ A cidade foi destaque em um telejornal de rede nacional depois de uma matéria que apresentava o município com um grande número de casamentos formados por primos de primeiro grau (G1, 2010).

Distrito de Bernardino Batista, e endereçado como em Triunfo. Pela datação da pasta, nela constariam todos os registros de óbitos de 02 de maio de 1994 até 20 de dezembro de 2013. No entanto, identifiquei apenas 3 atestados de óbitos por *causa mortis* suicídio nessa mesma pasta, sendo de 2014 e ainda outros dos anos seguintes de mortes de causas diversas. Observei que houve uma mudança com relação a funcionária responsável pelo cartório. A que estava lá quando das minhas visitas estava a pouco tempo, pelo falecimento da antiga responsável. É o nome da antiga oficial que consta na pasta que citei como responsável pelas correspondências com a 9ª região de saúde.

Selecionei, de 11 arquivos encontrados em bom estado de conservação, 5 para apresentar neste trabalho. A responsável permitiu que eu tirasse cópia desses arquivos ali mesmo, na copiadora do cartório. Muitos desses registros, embora estejam em bom estado de conservação, apresentam um número reduzido de informações, o que dificulta a análise dos casos. Até mesmo a *causa mortis* de alguns deles está sem ser preenchida e outros ainda estão sem uma identificação do médico legista que declarou.

Um dos documentos de declaração de óbito que aqui apresento consegui junto ao arquivo Secretaria Municipal de Saúde, com a ajuda de uma agente comunitária responsável pela microárea em que um caso está localizado, com a permissão da coordenadora que também me permitiu acesso ao local, mas não consegui encontrar nada que me fosse útil naquele momento. A secretaria está localizada no centro da cidade, na mesma rua do cartório de registro civil. É na secretaria de saúde que está a maior concentração de controle de informações sobre saúde e, conseqüente, doença e morte do município. É de lá que as informações *mortis*, por exemplo, são alimentadas no SIM (Sistema de Informação Mortis) do Ministério da Saúde, o qual mapeia o número e causas de mortes em cada município do Brasil.

Essas informações são colhidas por um membro da equipe de atenção básica de cada unidade hospitalar, os agentes comunitários de saúde. Esses agentes atuam diretamente nas casas da população acompanhando todas as pessoas residentes na sua microárea. Essa extensão territorial que a UBS atende é dividida geograficamente em microáreas para facilitar o mapeamento e controle por cada agente comunitária. Recentemente o município distribuiu entre os agentes comunitários do município *tablets* para facilitar o trabalho na hora de registrar informações em cada habitação, pois até 2 anos atrás as informações eram colhidas em uma ficha de papel. Essas informações são colhidas durante as visitas domiciliares.

Na rotina do ACS, a atividade preponderante é a VD, que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas. Nas VD, os agentes cadastram os membros da família (condição para o acesso às unidades), realizam orientações diversas, informam sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações. As VD são a principal expressão da presença do ACS no território. (MOROSINI, 2018, p. 17).

Dentro da atenção básica, entende-se o agente comunitário de saúde como uma das principais ferramentas de manutenção e controle de informações das populações. Esse controle se estende ao comportamental pela atuação no papel do agente de saúde. É este profissional que está nas visitas observando se, por exemplo, um diabético está tomando sua medicação ou um hipertenso está controlando sua pressão arterial com medicamento na dosagem correta. As visitas domiciliares oferecem a este profissional um olhar geral sobre as condições de vida das famílias em cada unidade habitacional.

Foi uma profissional que conseguiu identificar um dos registros de óbitos que consegui na secretaria de saúde, pois o indivíduo estava morando na sua microárea de atuação. Em uma conversa rápida percebi o número de informações que ela conseguia fornecer a respeito do quadro de saúde e também social, das condições de vida daquela pessoa do atestado de óbito, lembro bem dela saber quantas pessoas na sua área faziam usos de psicotrópicos. Percebi que, mesmo em uma conversa informal sobre o tema, o assunto foi direcionado ao uso de medicamentos para problemas mentais, o suicídio de uma forma até mesmo que sutil é relacionado ao mental.

3.2 Os Atestados de Óbitos

Apesar de dispor de certo número de documentos em mãos, os atestados de óbitos aqui analisados são documentos e, para a realização do trabalho historiográfico, é necessário transformá-los em fontes históricas. O historiador, para fazer história, precisa inventar suas fontes (LARA, 2008). Inventar, não no sentido de criar, mas sim de interrogar o texto do documento ao ponto de fazê-lo capaz de fornecer informações que ajudem a nortear o pesquisador a respeito das ações humanas no tempo (BLOCH, 2001). Vale ressaltar que a seleção dos documentos para posterior transformação destes em fonte históricas, não faz do texto do documento um dependente do historiador para se tornar importante no processo de conhecimento de algum fato histórico.

Nesse sentido, trabalhou-se a partir dos Registros Cíveis de óbitos, tomados como fonte histórica, consultados no arquivo do Cartório de Registro Civil da cidade de Bernardino Batista, para apresentar uma discussão a respeito dos casos de suicídio no município. Esses registros se mostraram como possibilidades de análises pela quantidade e qualidade de informações que puderam oferecer. É nesse registro que está a declaração de óbito, dada pelo médico. É o sujeito médico, dotado de um poder pelo saber medicinal, que atualmente materializa a morte através da declaração de óbito. Só a partir dessa declaração, a morte pode ser legalmente documentada em cartório civil e o morto deixa efetivamente de existir em sociedade.

O atestado de óbito é um documento que basicamente tem duas principais funções: fornecer dados estatísticos de mortalidade e uma função higiênico-sanitária, pois é parte do documento (declaração de óbito) que permite a inumação, cremação ou qualquer outro destino que se queira dar ao cadáver. O atestado é um documento que afirma a veracidade de um fato, sendo uma parte da declaração de óbito, que ao ser registrada em cartório será denominada de certidão de óbito; portanto documento revestido de formalidades legais. (FILHO, 1999, s.p.).

O conselho Federal de Medicina afirma que a declaração e o atestado de óbito devem, obrigatoriamente, ser preenchidos pelo médico. Como competência exclusiva do sujeito médico, assim a delegação dessa atividade a qualquer outra pessoa é inadmissível (CFM, 2005). A única exceção são as localidades onde não existem médicos, nelas são designadas duas pessoas para que confirmem e atestem o óbito. Embora essas duas pessoas possam atestar a morte, sua causa provável, no entanto, não será possível, pois só o médico, dotado do saber médico científico, poderá fazê-lo.

O registro civil de óbito, assim como o registro de nascimento, é importante lembrar, não tiveram sua implementação no Brasil sem antes enfrentar embates. A divisão entre Estado e Igreja foi marcada por disputas de poder, e uma delas era a disputa pelo poder dessas informações sobre os cidadãos (COSTA, 2017). No século XIX, o império, através do Decreto n.º 798 de 18 de junho de 1851 buscava a laicização de registros de nascimentos, óbitos e também de matrimônio (SENRA, 2006). Esses, até então, estiveram sob tutela da Igreja Católica, detentora de forte poder. O estabelecimento desses registros corria na intenção de suspender censos extremamente demorados e pouco confiáveis. Somando a isso também iriam servir para produzir estatísticas oficiais sobre o número de pessoas que aportavam no país ao ano, como aponta Senra (2006).

O registro civil só foi colocado em prática no país pelo Decreto nº. 9.886 de 7 de março de 1888, “[...] e é ele que será legado à República, e por ela implantado.” (SENRA, 2006, p. 90). Apesar da Lei ser implantada em 1888, os meses que se seguiram foram extremamente conturbados pelo embate com a Igreja Católica que antes era a responsável exclusiva pela coleta desses dados. Perder essa responsabilidade é perder poder, controle sob esses registros civis.

Com relação aos atestados de óbitos, serviram principalmente como identificação do morto. Com os enterros coletivos eram poucas as referências ao indivíduo falecido. A partir de então, “[...] nenhum enterramento se fará sem certidão do Escrivão de Paz do Distrito, em que se tiver dado o falecimento.” com exceção apenas de “[...] ter sido causa da morte moléstia contagiosa, a juízo do médico, o enterramento poder-se-á fazer com autorização do Inspetor do quarteirão, abrindo-se assento no dia imediato, e mencionando-se nele a dita autorização.” (SENRA, 2006, p. 91). Nesse atestado deverá ser registrado pelo agente cartorial as informações que dizem respeito a:

- 1) o dia, hora, mês e ano de falecimento; 2) o lugar de residência do morto;
 - 3) Nome, sobrenome, apelidos, sexo, idade, estado, profissão, naturalidade e residência;
 - 4) situação conjugal e o nome do cônjuge;
 - 5) declaração se era filho legítimo, natural ou exposto;
 - 6) Nomes, sobrenomes, profissão, naturalidade e residência dos pais;
 - 7) se possui testamento;
 - 8) Se deixa filhos, quantos e os nomes;
 - 9) Causa da morte;
 - 10) Local de enterro.
- Caso não houvesse qualquer informação referente ao falecido, o registro deveria conter a estatura, cor, sinais aparentes, idade presumida, vestuário e qualquer outra indicação que possibilitasse o futuro reconhecimento. (SENRA, 2006, p. 93-94)

São notadas mudanças com relação aos dados coletados nesses atestados de óbitos desde a sua implantação aqui no Brasil até os dias de hoje, principalmente com relação a gratuidade do processo de obtenção do atestado. Se no início de sua implementação os custos poderiam chegar a em média 500 réis como afirma Ana Rios (1990), hoje a solicitação da primeira via do documento é gratuita, se for feita no cartório civil do distrito onde ocorreu a morte, assim como acontece com as certidões de nascimento e casamento. Esses registros, embora sejam documentos importantes, sempre sofreram com relação às inconsistências nos dados informados. O Conselho Federal de Medicina (CFM) chama atenção para a própria conduta médica no registro desses dados. De acordo com o conselho não é nada incomum a Vigilância Sanitária encontrar pelo país inteiro declarações com erros graves nesses documentos.

Documento em branco, mas já com assinatura do médico, situação encontrada nas delegações indevidas; atestado fornecido a pessoa que não morreu, quando o médico é induzido a erro; erros relativos a causa de morte ou definida de forma vazia ou genérica ou contendo coma causa uma complicação. Outra situação possível é o erro em relação à identificação do cadáver. (FILHO, 1999, s.p.).

Com relação as mortes por suicídio no município, a conduta normalmente vista é a de depois de identificada a morte por alguém, a polícia ser chamada. A polícia nesse caso, entra como frente do Poder Judiciário, que também age nesses casos. O suicídio não é um crime passível de julgamento, mesmo que a presença da polícia nas cenas seja comum. Nesses casos não há abertura de processos, pois configura-se como uma violência que parte de um sujeito para com ele mesmo, não oferecendo dano a outrem. Por outro lado, dar suporte, induzir ou instigar alguém a cometer suicídio são sim, passíveis de pena²⁷ e a polícia investiga a princípio se houve ou não alguma atividade desse tipo.

Em busca de arquivos junto ao destacamento de polícia no município, fui recebida pelo policial responsável que informou que como trabalhava a um bom tempo na cidade já tinha visto alguns casos de morte desse tipo. De acordo com ele a conduta da polícia consiste em afastar o número de pessoas que comumente se aproximam para ver a cena por curiosidade e isolar ao máximo o local para, nas palavras dele, “a cena feia” não ficar à vista das pessoas e ninguém ter acesso até o Instituto Médico Legal (IML) chegar.

O oficial informou que na descrição da ocorrência, quando da retomada ao destacamento policial, ele descrevia geralmente a cena com informações importantes que eram levadas para a delegacia responsável pelo destacamento da cidade. Perguntei se me permitiria ver essas anotações no caderno de registro de ocorrências ao que disse que deixaria com prazer, mas que nesses destacamentos a prática de queimar o material registrado das ocorrências no decorrer do ano era muito comum e que no livro que ele tinha não havia nada que pudesse me ajudar. Fui informada que, no entanto, uma cópia era encaminhada a delegacia e que ele poderia me ajudar a ter acesso ao arquivo. A delegacia responsável pelo destacamento da cidade fica no município de São João do Rio do Peixe-PB, na rua Padre Joaquim Cirilo Sá, 156. Na delegacia, tive acesso ao livro de tombo²⁸, datado de janeiro de 1997, e todas as ocorrências são registradas nele com informações preliminares dos inquéritos. Não tive acesso a outro material desta delegacia.

²⁷ A esse respeito o Art. 122 informa que “Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça. Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.” (BRASIL, 2019, s.p.).

²⁸ Fiz uma fotografia da página, encontra-se em Apêndice.

O livro apresentava menção a apenas um caso de suicídio no município e a respeito dele observei uma atitude interessante. A página que trazia informações sobre a morte da jovem em questão estava nitidamente rasurada pelo uso de corretivo. O corretivo foi usado para apagar o que antes tinha sido escrito ali. Com o material em mãos, a olho nu, é possível perceber que havia sido descrito o tipo de morte como “suicídio”. Abaixo do rasurado com corretivo foi escrito “fato atípico” no campo artigo, campo este que notifica o tipo de ação implicada no artigo. O fato chamou atenção justamente pelo entendimento que a respeito de mortes por suicídio haver um tabu muito forte. A preocupação de quem apagou o que antes havia sido escrito dá-se pelo estigma que esse tipo de morte carrega? O “fato atípico” chama ainda mais atenção.

Segundo o dicionário de língua portuguesa, atípico é algo que se afasta do normal, do característico; anômalo, incomum, raro. Caracterizar o suicídio como fora do normal, como analisado no segundo capítulo, revela a influência da medicina social vigente desde século XIX no país. O grande esforço de uma disciplinarização e normatização da sociedade empreendido pelos sujeitos da medicina tinha por objetivo a “[...] criação de um sujeito apto a submeter-se às exigências econômicas, sociais e políticas da sociedade.” (LOPES, 2008, p. 97). O sujeito suicida, nesse caso, foge à normalidade por não querer mais viver em sociedade e não se dispor as suas exigências.

O documento informa o inquérito como de número 07/2007 com a data do fato em 07 de setembro de 2007. Está remetido no cartório de distribuição na data de 13/09/2007 expedido pela polícia e recebido pela auxiliar judiciário. No campo vítima da fonte está escrito “Jéssica Alves Martins” e tem como testemunha “Joaquim Estrela Batista”. Apenas essas informações são apreendidas do material.

No cartório encontrei o registro de óbito da jovem do inquérito em questão de número 168. Na declaração de óbitos pude obter algumas informações que não foram possíveis no primeiro documento. No entanto, em relação aos outros atestados de óbitos, contém poucas informações. Uma coisa que chama atenção é o espaço de tempo que há da data da morte (07/09/2020) para a data do atestado da morte (20/09/2020), no espaço reservado a informações médicas, onde deveria ser colocado sobre o atendimento do falecido está que não foi atendida a falecida.

Isso confirma em muito um padrão que foi possível notar nos atestados de óbitos nos quais a vítima é encaminhada ao IML e o médico legista registra essas informações. O detalhamento das condições da morte dos sujeitos é muito maior quando da ida ao IML. Neste caso de Jéssica o mais provável é que o atestado tenha sido feito pela médica da atenção

básica do município e bem depois do ocorrido o que explica o não atendimento a falecida. Um outro aspecto do documento é a forma de registro das informações, pois algumas informações foram redigidas usando um computador, apenas a parte que compete às informações sobre o médico legista que está registrado com o uso de caneta juntamente com as causas da morte. Nas condições e causas da morte foi tipificado como “asfixia por enforcamento”²⁹ e não apresenta a configuração do CID -10 (Código Internacional de Doenças-10).³⁰

Diante das informações do documento, o ato aconteceu no mesmo endereço residencial da suicida, a Rua Vicente Egídio dos Santos, no centro da cidade de Bernardino Batista. Seu estado civil solteira e era estudante. Pela data de nascimento que consta na certidão de óbito (23/09/1991) a idade da jovem era de apenas 15 anos de idade. O caso é um dos primeiros acontecimentos mais emblemáticos da cidade por alguns fatores. O suicídio dela aconteceu durante as comemorações da festa de emancipação política do município. Que ocorrem do dia 05/09 ao dia 08/09, a cidade é marcada por um série de eventos que festejam, inclusive, a festa da padroeira do município. A cidade em festa recebe um grande número de visitantes para os festejos político, social e religioso. O suicídio foi cometido logo após a saída dela da celebração de uma missa e um casamento de sua prima. A cena foi vista por muita gente que estava no centro da cidade e, movidos pela curiosidade, dirigiram-se ao espaço da casa onde ocorreu o fato para observar. O choque que a morte causou foi tamanho que as festividades que se seguiam, do dia 07 e 08, deram lugar a um funeral enorme com várias manifestações de pesar pela morte da jovem.

O fator da idade também é parte do choque que a cidade sentiu, anterior a isso, os casos de suicídio conhecidos na cidade eram geralmente de pessoas mais velhas e haviam ocorrido a muito tempo. Na data da morte a suicida tinha 15 anos de idade. O número de suicídio entre jovens no Brasil, embora não seja o maior com relação as categorias de idade, pois perdem para os idosos, vem crescendo consideravelmente (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Para o período de uso do CID-10 no Brasil, entre 1996 até o ano de 2015, os dados do Sistema de Informações de Mortalidades (SIM) mostraram que nestes 20 anos, o número chegou a 172.051 casos de suicídios. Dentre estes, foram registrados 52.388 casos de jovens entre 15 e 29 anos de idade (30,5%). Os óbitos por suicídio para esse período têm importância

²⁹ O suicídio não tem uma classificação CID-10 propriamente definida pois pode ocorrer em vários quadros clínicos diferentes. O enforcamento, por exemplo, é classificado no CID-10 X 70, como lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.

³⁰ O Código Internacional de Doenças – 10 (CID-10) foi estabelecido em 1993 pela OMS e as estatísticas sob esta codificação são disponíveis no Brasil para as séries do SIM (Sistema de Informações de Mortalidades) a partir da sua primeira grande atualização de 1996.

para o conjunto das mortes por causas externas. Para o período de 1996 até 2015, foram registrados no Brasil 2.656.876 óbitos por causas externas, referente a todas as idades, dentre os quais os suicídios equivalem a 6,5%. Se observados apenas os óbitos por causas externas para 15-29 anos, os suicídios representam 5,2% para essa faixa etária. Em termos de mortalidade geral, as lesões autoprovocadas intencionalmente representam 0,8% para todas as idades e 3,6% para a faixa de 15 a 29 anos (WHO, 2020).

É através desses registros civis de óbitos que esses dados são mapeados e registrados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, como informações de caráter epidemiológico. E é através desses dados que ações de prevenção são desenvolvidas pelos departamentos responsáveis. Nos casos dos municípios, retorna-se a uma figura já mencionada, a do agente de saúde. Esses registros são apreendidos pelo agente comunitário de saúde na casa dos familiares do indivíduo falecido, ou do responsável pelo documento, e são encaminhados até a Secretaria Municipal de Saúde. Lá essas informações são registradas no SIM e são apresentadas em estatísticas no portal do Ministério da Saúde.

O segundo atestado de óbito analisado é o de Maria Romana da Silva de número 242, sendo a data do ocorrido 27/02/2014. Sua declaração de óbito foi redigida por um perito oficial médico, constatado devido a presença de um carimbo no documento. O documento, diferente do anterior, está todo redigido a mão com caneta e o número de informações que este traz é muito maior do que o anterior. O óbito está datando de 27/02/2014. Na identificação consta o nome dos pais, idade (62 anos), data de nascimento (28/06/1951), sexo feminino, cor parda e com situação conjugal como solteira. O nível de escolaridade está ignorado e a ocupação habitual é a de aposentada. Com relação ao endereço residencial, a fonte aponta para a Rua Manoel Egídio dos Santos, n 16, centro da cidade batistense. A ocorrência do fato deu-se no mesmo endereço que a pessoa residia. As condições e causas do óbito, segundo o documento, deram-se por “insuficiência respiratória aguda”, “asfixia mecânica” e “enforcamento”, o CID-10 nesse atestado também não foi apresentado, embora o mesmo afirme que o corpo passou por um necrópsia.

Um ponto do atestado de óbito que faz referência a morte por suicídio é o do campo “causas externas”. Nele a descrição é a de que o médico deveria responder as questões daquele espaço se as mortes se deram em prováveis circunstâncias de morte não natural. Essas informações são de caráter epidemiológico. Neste campo, os tipos de morte por acidente, suicídio e homicídio são mostrados como alternativa de marcação. O aspecto de antinatural do suicídio está presente mesmo que esteja na natureza. A fonte de informação apontada pelo médico foi de ocorrência policial, pois registra o fato no campo especificado com o número

da ocorrência policial 004/2014. Essas informações são repassadas pelos policiais ao médico legista quando da remoção do corpo do local em que a morte se deu. São justamente essas informações que ficam como cópias no destacamento, mas que, infelizmente, são destruídas rotineiramente.

Como discutido no primeiro capítulo deste trabalho, a Igreja católica mantém uma posição com relação ao ato do suicídio e rechaça até os dias atuais esse tipo de morte. Com relação a esta morte por suicídio de Maria, aponta-se aqui a sua forte relação com a Igreja Católica, demarcada pelas suas vivências na Igreja e aqui apresentadas por seu convite de missa de 30 dias de falecimento. Como católica, cresci vendo os convites de missa que chegavam em casa e sempre achei a maioria deles muito expressivos dentro da cultura cristã católica pelo menos dessa região. No entanto, como desde os primeiros séculos de formação do cristianismo, a Igreja rechaça o indivíduo que se mata com a aplicação de várias sanções, como a negação da sepultura em cemitérios cristãos, a negativa de realizar orações e celebrações de missas pela alma do suicida, passei a perceber os convites como uma perspectiva de mudança de postura. O convite de missa é algo muito característico do católico em sentido dos rituais após a morte de um ente. Ele marca uma reunião pela celebração da alma naqueles que partiram.

Figura 2: Convite de missa de 30 dias da morte de Maria Romana da Silva.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2020.

Ao suicida é atribuído a não salvação por parte de Deus pelo discurso da Igreja Católica e esse discurso religioso perpassou desde a Idade Média até os dias atuais, com a ideia de que a vida é sagrada, dada por Deus e, portanto, só podendo ser suprimida por

vontade deste (MINOIS, 2018). Há nesse discurso a forte desesperança do morto por suicídio de atingir uma vida pós morte na presença do Deus cristão. O convite de Maria (figura 2), no entanto, demarca uma ruptura, ao menos em parte com essa desesperança. Note que a data de morte, a mesma que consta em seu atestado de óbito, é acompanhada de uma mensagem que aponta para “esperança”.

Em um outro convite, de uma vítima de suicídio da cidade também, é possível ver uma mensagem. Essas mensagens são comuns nesses convites e geralmente trazem uma síntese das vivências do falecido, com uma certa exaltação do sujeito em vida. Marcam ainda mensagens de saudades dos que ficaram e lidam com a dor da perda.

Terezinha. Mulher simples, solidária, acolhedora e corajosa. Centralizou a vida no trabalho doméstico, na doação ao esposo e filhos, na amizade com todos e por último no sofrimento da doença que lhe tirou a alegria de viver. A inquietação e a ansiedade fizeram com que ela desistisse da vida, deixando em nós a mais profunda dor, uma tristeza que faz calar a voz, emudecer nosso coração, afligir a nossa alma com tão intensa angústia. A força que nos sustenta é saber que “O amor do Senhor Deus não se acaba, e a sua bondade não tem fim. Esse amor e essa bondade são novos todas as manhãs, e como é grande a fidelidade do senhor! O senhor é bom para todos os que confiam nele. O melhor é ter esperança e aguardar em silêncio a ajuda do senhor.” Lamentações 3: 22-26. Esposo e filhos.³¹

Figura 3: Convite Missa de 30 dias da morte de Terezinha Emília do Nascimento.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2020.

³¹ Nota de convite Missa de Terezinha Emília do Nascimento (figura 3).

A celebração da missa, as orações e a sepultura, são hoje questões que, de certa forma, não encontram proibições dentro da instituição católica como no passado, mesmo que o estigma em torno desse tipo de morte pelos cristãos fiéis ainda esteja fortemente presente.

O terceiro Registro de óbito analisado, diz respeito justamente a Terezinha Emília do Nascimento de número 252. Sua declaração de óbito também apresenta pouca informação e provavelmente tenha sido dada pelo médico da unidade básica de saúde pela identificação do carimbo no documento. A data do óbito é de 22/08/2014 e o registro foi redigido pelo médico no mesmo dia do ocorrido. Segundo a fonte, a falecida nasceu em 15/07/1938 e na data de falecimento tinha a idade de 76 anos. Sexo feminino, cor preta e ao que consta era casada. Sua profissão está marcada como agricultora e aposentada. Sua residência está localizada na Zona rural no Sítio Ponta da Serra, S/N em Bernardino Batista. O local de ocorrência do óbito está endereçado com o mesmo de sua residência. A causa da morte está descrita como “asfixia” “enforcamento” e “depressão” devida ou como consequência do ato. A fonte de informação da ocorrência foi a própria família. Este é o único atestado de óbito que apresenta o CID-10 de cada causa que o médico apontou. Estão eles H 090, X 70 e F 329. O fator depressão também é a única vez que é mencionado dentre atestados de óbitos analisados.

De acordo com informações da Organização Pan-Americana de Saúde³² a depressão é um transtorno mental que pode variar de níveis leves até os mais graves quadros. A doença interfere diretamente da vida dos sujeitos incapacitando-os de realizar atividades diárias como comer, dormir, trabalhar, estudar, entre muitos outros. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020, s.p.) aponta que a depressão é um transtorno comum em todo o mundo e “[...] estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ela.” O transtorno difere das inconstâncias muito comuns no nível de humor de um indivíduo, que por algum motivo apresenta por um tempo, certa indisposição até as atividades diárias.

Os quadros depressivos quando são de longa duração e com níveis de intensidade mais graves causam inúmeros transtornos na vida do indivíduo e o afastam do convívio social. Ainda de acordo com a OMS (2020, s.p.) “[...] na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio” quando os quadros são mais graves. “Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos” (OMS, 2020, s.p.).

Para a psicanalista Maria Rita Kehl (2015) o aumento da depressão está intimamente ligado a um sintoma social, uma vez que existem sintomas ou estruturas clínicas que, dada a

³² Disponível em: <https://www.paho.org/en>. Acesso em: 22 nov. 2020.

sua posição de discordância frente à normatividade social, denunciam as contradições de uma época. Em *O Tempo e o Cão* a autora afirma que em cada período histórico temos diferentes sinalizadores de mal-estar, esses são próprios da vida naquela cultura, naquele espaço e tempo. A melancolia, desde o período medieval até a modernidade teria sido esse sinalizador, já a depressão é o que configura o mal no tempo presente.

Depressão é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos junto à versão imaginária do Outro. O sofrimento decorrente de tais perdas de lugar, no âmbito da vida pública (ou, pelo menos, coletiva), atinge todas as certezas imaginárias que sustentam o sentimento de ser. (KEHL, 2015, p. 49).

Para relacionar a depressão com o seu meio social, a autora aborda aspectos discursivos na nossa atual conjuntura de sociedade. A necessidade de produtividade no uso do tempo, as urgências relacionadas a ele, a valorização excessiva de bens de consumo, o desligamento das gerações antepassadas, entre outros, são apresentados como aspectos do nosso tempo que contribuem em quadros depressivos em nossa sociedade (KEHL, 2015)³³. Ao analisar esses aspectos, como, por exemplo, a relação dos sujeitos com o tempo e a necessidade de ação produtiva deste, a autora relaciona a urgência do tempo com uma experiência pobre de qualidade. O sujeito na pressa da ação não confere sentido a ela, não agrega valor a esse tempo utilizado nas atividades. Kehl (2015) ainda que não condene o uso de antidepressivos, por entender que muitos sujeitos nem ao menos sairiam da cama sem eles, critica o uso indiscriminado desses. Para ela, os sujeitos tentam suprir suas crises – comuns na vida de qualquer pessoa – com o uso indiscriminado de medicamentos para suprir a necessidade de um mercado capitalista de ser constantemente produtivo, ser eficiente.

Essa produtividade também foi problematizada em relação ao campo econômico e trabalhista na obra *Sociedade do cansaço*, do filósofo sul coreano Byung-Chul Han (2015). O escritor aponta o século XXI como o século das patologias neurais. Depressão, hiperatividade, síndrome de Burnout³⁴, e muitas outras doenças do campo psíquico seriam consequências do modo com o qual o homem se relaciona com o meio econômico, bem como suas relações com o trabalho. O homem contemporâneo substitui toda e qualquer diferença e rejeita a todo custo a alteridade para não precisar lidar com embates e contradições. Isso tudo em detrimento das

³³ Recomendo ao menos a leitura da introdução da Obra *O tempo e o Cão* (KEHL, 2015) para entender inúmeros aspectos do cenário social e sua relação com as questões psíquicas. A leitura, embora não muito fácil, é engrandecedora em termos gerais.

³⁴ A condição foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020, s.p.) como uma síndrome ocupacional "[...] resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso."

exigências de uma economia marcadamente neoliberal, na qual o sujeito precisa explorar a si e ao outro na cadeia de mercado. O consumo excessivo, os avanços tecnológicos e ainda o uso das redes sociais de forma indiscriminada transformaram nossas relações sociais e afetivas em sociedade. Essa transformação resulta, segundo o filósofo, em frequentes doenças psíquicas no ambiente de trabalho.

Para Han (2015) não somos mais a sociedade da disciplina³⁵, mas sim do desempenho. Os sujeitos precisam dar de conta de múltiplas tarefas ao mesmo tempo na lógica desse mercado. A atenção nunca está focada em uma única tarefa, mas sim em várias e, um exemplo disso, é o uso dos aparelhos tecnológicos que dividem ainda mais a atenção dos sujeitos sob o pretexto de facilitar a vida. Esses são ferramentas importantes nesse modo operacional de produzir mais e mais coisas, pois permitem aos sujeitos estarem conectados de várias formas. Para Han (2015, p.13), essa perda de atenção, no entanto, coloca o sujeito como “[...] um selvagem que retrocede ao dividir sua atenção em várias coisas [...]” ao mesmo tempo. Nessa configuração de sociedade produtiva, o descanso, precioso para o processo criativo, segundo o autor, não tem espaço. A produtividade, tão cara ao sistema capitalista, acaba sendo fator contribuinte no desenvolvimento de doenças psíquicas como a depressão, uma das patologias mais ligadas ao suicídio no mundo pela medicina psiquiátrica.

Os dois últimos atestados de óbitos aqui analisados são de falecidos do sexo masculino. Em se tratando da categoria de gênero e suicídio, observo que, com relação ao número de incidência de casos do sexo masculino, este é muito maior que o do sexo feminino. De acordo com os dados do portal do Ministério da Saúde a taxa de suicídio entre homens no Brasil pode chegar a ser três ou quatro vezes maior que das mulheres, dependendo da região e de outros fatores. Um estudo realizado pela UFCG na área de medicina, utilizou dados epidemiológicos de 15 municípios que compõem a 9ª Região Geoadministrativa da Paraíba, na qual Bernardino Batista está inserida, para identificar a incidência de suicídios nesses municípios do Alto Sertão Paraibano (ARAÚJO TERCEIRO, 2016). Os estudantes compararam ainda os dados dessa região em relação aos dados da capital do Estado, João Pessoa, e os dados do Estado da Paraíba com os da região Nordeste, bem como a nível nacional e perceberam que a incidência maior de casos acontece no sexo masculino.

Tem-se, nesse comportamento, uma predominância de ocorrências no gênero masculino em todas as esferas estudadas. Isso corrobora o paradigma já estabelecido de que os homens apresentam maior incidência nesse evento.

³⁵ Conceito elaborado por Michel Foucault para explicar a configuração da sociedade europeia no período de ascensão do capitalismo e gradativa queda do poder monárquico. (HAN, 2015).

Em razão disso, é imprescindível relacionar a ocorrência do suicídio a fatores culturais, comportamentais e psicossociais. Merece destaque a percepção da violência sob a ótica de ambos os gêneros, pois é sabido que, em nossa sociedade, o gênero masculino encontra-se em elevado grau de exposição e normalização da violência quando comparado ao gênero feminino. O que ocorre em razão de determinados processos de socialização que tem o potencial de envolver o homem em episódios de violência, tornando-a algo habitual em sua vida e tornando-o um agente da violência. (ARAÚJO TERCEIRO, 2016, p. 31-32).

Os dados de informações sobre mortalidade de Bernardino Batista, no entanto, apontam para uma contramão dessa tendência. As mulheres matam-se em maior número no município. Desde 1999 até 2015, o levantamento elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde mostram que houveram ao menos 7 mortes de mulheres e 2 de homens nesse espaço de tempo, uma diferença considerável. Como já apresentado, a base do SIM consolida as certidões de registro de óbitos emitidas no Brasil no local da ocorrência do evento.

O quarto Registro Civil de óbito apreendido no arquivo do cartório foi o de Carlos Martins da Costa de número 253. De acordo com o campo de identificação do documento o suicídio deu-se na data de 16/08/2014, às 18:30hrs. Seu nascimento data de 19/06/1969 e no ato de morte contava com 46 anos de idade. Estado civil solteiro, do sexo masculino e cor parda, de acordo com a fonte. A agricultura está informada como ocupação habitual. Seu endereço residencial está localizado também na zona rural, na Comunidade de Baixio dos Galdinos. O local do ocorrido também está identificado com o mesmo endereço de sua residência³⁶. A morte foi identificada apenas como “asfixia por enforcamento” com um dia de diferença do ocorrido para o registro da autópsia no IML na cidade de Patos-PB, em 17/08/2014.

A última certidão de óbito aqui analisada é de José Edson da Sousa, de número 264. De acordo com o registro José Edson era solteiro, do sexo masculino e cor parda. Na data do óbito, em 04/01/2017, ele contava com a idade de 42 anos. Seu endereço residencial está também na zona rural de Bernardino Batista, no Sítio Ponta da Serra. Assim como nos outros casos, a morte de José Edson também se deu no seu domicílio, de acordo com as informações que constam na certidão de hóspede. A causa da morte está identificada apenas como “enforcamento”. Nesse há no registro que o enterro se deu no cemitério Nossa Senhora dos

³⁶ Embora o atestado localize a morte como tendo ocorrido em sua residência, na verdade ela ocorreu na casa de um parente, na mesma comunidade.

Milagres da cidade batistense e consta ainda que o falecido deixa filhos e bens, o que não foi observado nos outros registros.

A respeito do caso de José Edson destaca-se o fato de ele ter sido o único caso da cidade que chegou a ser noticiado pela imprensa local. A cidade não tem um jornal, portal de notícias ou quaisquer veículos de informações que noticiem esse tipo de ocorrido. Essas notícias são geralmente apresentadas a população por meio de sites e *blogs* de jornalistas da região de Uiraúna ou Cajazeiras-PB. Mesmo sendo corriqueira a presença desse tipo de morte nesses portais de notícias, os suicídios da cidade batistense não chegam a ser notícia fora da cidade. Embora seja fácil encontrar nesses portais eletrônicos notícias a respeito de casos de morte por suicídio, a grande imprensa no país tem uma maneira muito sutil de apresentar esses casos quando acontecem, por exemplo, com alguém do meio artístico. Geralmente essas notícias são dadas sem muitos pormenores da situação e são apresentadas de forma bastante rápida.

A respeito das notícias de suicídio na imprensa Dapieve (1963) indica que realmente há uma tendência da grande imprensa em ocultar ou em partes delegar um lugar de menos destaque nas páginas jornalísticas a esse tipo de morte. Diferente do que é feito com as notícias de morte por assassinato ou por mortes consideradas naturais que recebem destaque e são contadas de forma detalhada, o suicídio vai em contramão disso. Essa ocultação, nas palavras no jornalista, tem certa razão de existir pois a família e amigos do indivíduo que tira sua própria vida já estão envoltos em sentimentos de culpa e vergonha demais e é preciso buscar uma forma de amenizar a situação. O fator contágio também é apontado pelo jornalista:

Em torno da notícia de uma morte voluntária nas sociedades ocidentais, entretanto, costuma haver um silêncio que expressa algo mais difuso, mas não menos eloquente, derivado das crenças conjugadas de que o suicídio pode ser, de certa forma, contagioso, transmitidos a suicidas em potencial, tratados de forma análoga à dos “portadores sadios” de uma doença; e de que os meios de comunicação de massa podem ser, pela própria natureza de sua função social, os vetores deste tão temível contágio, verbalizado ou não nas redações dos jornais. (DAPIEVE, 1963, p. 14).

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) lançou um Manual de prevenção de suicídio dirigido a profissionais da mídia. O documento alerta justamente para o impacto que a cobertura de notícias de suicídio pode causar em pessoas com ideações suicidas. Uma das primeiras associações conhecidas entre os meios de comunicação de massa e o suicídio vem da novela *Os Sofrimentos do Jovem Werther*, publicada em 1774, conforme

discutido anteriormente sobre o momento quando a medicina aponta o perigo da literatura como influenciadora de comportamentos dos jovens. O *efeito werther* foi como ficou conhecido o “contágio” que a leitura do livro teria causado, levando jovens a cometerem suicídio, inspirados no personagem Werther.

De acordo com o documento “[...] existe evidência suficiente para sugerir que algumas formas de noticiário e coberturas televisivas de suicídios associam-se a um excesso de suicídios estatisticamente significativo[...]” aponta ainda que “[...] o impacto parece ser maior entre os jovens.” (OMS, 2000, p. 3).

Para evitar tais “contágios” como aconteceu com a obra literária, a imprensa deverá seguir um protocolo de como noticiar casos específicos de suicídio. Para demonstrar essas normas estabelecidas pelo documento da Organização Mundial de Saúde, apresenta-se para análise a notícia da morte de José Edson.

Figura 4: Reportagem do site Uiraúna.net.



The image shows a screenshot of a news article from the website Uiraúna.net. The article is dated 4 de abril de 2017 and is titled "Homem comete suicídio por meio de enforcamento na zona rural de Bernardino Batista". The article text describes a suicide by hanging in Bernardino Batista, involving a 42-year-old man named José Edson de Sousa. It mentions that a military police unit was dispatched to the scene at 14:00 hours, and a victim was found in a field near his residence. The article also notes that the area was isolated, and forensic and medical teams were involved. A photograph of a man, likely the victim, is included in the article. The website's header includes the logo "UN UIRAÚNA .NET" and various social media icons. The footer of the article mentions "Blog do Angelo Lima" and includes social media sharing options.

Fonte: Uiraúna.net, 2017.

Homem Comete Suicídio por meio de Enforcamento na Zona Rural de Bernardino Batista.

Por volta das das 14:00 horas desta quinta-feira (05) uma guarnição da Polícia Militar da cidade de Bernardino Batista foi acionada para se deslocar até o sítio Ponta da Serra, onde segundo informações, um homem identificado como José Edson de Sousa de 42 anos natural de Triunfo PB, teria cometido suicídio por meio de enforcamento.

De imediato a guarnição se deslocou ao local do fato onde foi constatado a veracidade da informação. Relatos que a vítima adentrou um matagal nas imediações de sua residência onde cometeu tal ato. Uma equipe do SAMU esteve no local onde foi constatado que a vítima já estava morta a bastante tempo pela rigidez cadavérica.

Diante dos fatos a área foi isolada bem como Peritos de IPC da cidade de Cajazeiras e o delegado plantonista foram acionados para adotar os procedimentos que requer o caso.

Segundo informações que foram repassadas para a PM a vítima estava depressiva devido a separação com a esposa. Após o trabalho da perícia o corpo foi encaminhado ao Núcleo de Medicina e Odontologia Legal para serem feitos os exames cadavéricos.³⁷

Para a análise da reportagem que traz a notícia do suicídio de José Edson³⁸ chama-se atenção para alguns aspectos que devem ser levados em consideração. O manual para profissionais da mídia aponta para as informações que devem e não devem ser levadas em conta na hora de apresentar esse tipo de morte. Com relação a formas mais corretas no sentido de evitar contágio ele aponta o que fazer como:

- Trabalhar em conjunto com autoridades de saúde na apresentação dos fatos.
- Referir-se ao suicídio como suicídio “consumado”, não como suicídio “bem sucedido”.
- Apresentar somente dados relevantes, em páginas internas de veículos impressos.
- Destacar as alternativas ao suicídio.
- Fornecer informações sobre números de telefones e endereços de grupos de apoio e serviços onde se possa obter ajuda.
- Mostrar indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida. (OMS, 2000, p. 9).

A respeito do que não fazer ele norteia:

- Não publicar fotografias do falecido ou cartas suicidas.
- Não informar detalhes específicos do método utilizado.
- Não fornecer explicações simplistas.
- Não glorificar o suicídio ou fazer sensacionalismo sobre o caso.
- Não usar estereótipos religiosos ou culturais.
- Não atribuir culpas. (OMS, 2000, p. 9).

A notícia da morte de José Edson é, em certo sentido, um *checklist* de tudo o que a OMS aconselha a não fazer: na matéria há uma foto que o identifica logo ao centro da reportagem; o método utilizado no ato da morte é apresentado logo na manchete; há um detalhamento inclusive do local onde a vítima teria cometido o ato; A reportagem ainda especifica a ação do sujeito de “entrar na mata para consumir o ato”; as condições do corpo do suicida são descritas sem o menor cuidado, deixando clara a pretensão de sensacionalismo em torno no caso.

³⁷ Transcrição do texto da reportagem na figura 4.

³⁸ Disponível em: <http://uirauna.net/homem-comete-suicidio-por-meio-de-enformamento-na-zona-rural-de-bernardino-batista/>. Acesso em: 26/11/2020.

Embora possa não ter sido essa a intenção, a reportagem ao informar, a partir de fontes terceiras que “a vítima estava depressiva devido a separação com a esposa” justifica o suicídio. Percebe-se que a relação com a doença mental é feita, e sua consequente causa é apresentada. Ao mesmo tempo que isso pode soar como uma justificativa para o ato, é ainda uma forma de estabelecer responsáveis pela morte do sujeito. Destaca-se ainda a falta de menção a informações sobre números de telefones como o do Centro de Valorização à Vida ou endereços de grupos de apoio, seja na cidade ou fora dela, que ofereçam serviços onde se possa obter ajuda. A reportagem não faz nenhuma menção da problemática do suicídio e o crescente número de casos no país³⁹.

Diante do material apresentado neste capítulo, foi possível estabelecer alguns padrões com relação à morte por suicídio na sociedade batistense. Um dos principais, e comum a todas as mortes apresentadas aqui, é o meio pelo qual os indivíduos se dão a morte na cidade. O enforcamento aparece em todas as declarações de óbitos apresentadas seguindo ainda o padrão de local escolhido por esses sujeitos. O endereço residencial é identificado em todas as fontes como sendo os mesmos em que o suicídio foi cometido, se não na própria casa, muito próxima a ela. A maioria dos casos analisados identificam o falecido como solteiros e apenas uma era casada.

De acordo com as fontes, o número de mortes autoprovocada de mulheres é maior que a dos homens fugindo a regra do que aponta a OMS de que os homens se matam mais do que a mulher em todas as sociedades. Nesta amostra de casos também foi possível perceber a prevalência do suicídio em diferentes faixas etárias. Ao todo foram analisadas: uma jovem, dois adultos e duas idosas. Foi possível ainda perceber que, de acordo com as datas de morte informadas nas fontes, no ano de 2014 pelo menos 3 casos de morte por suicídio foram registradas no decorrer do ano e duas inclusive, no mesmo mês.

³⁹ O caso ainda foi reportado por um outro site com basicamente as mesmas informações e usando a mesma foto de identificação do sujeito. Disponível em: <http://www.reporterpb.com.br/noticia/sertao/2017/01/06/homem-tira-a-propria-vida-por-meio-de-enforcamento-nesta-quinta-no-sertao-da-paraiba/57609.html>. Acesso em: 26 nov. 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a mais remota antiguidade até os dias de hoje, homens e mulheres dispõem de suas existências ao optarem pela morte por meio de suicídio. Longe de ser vista com indiferença nas sociedades ocidentais, esse tipo de morte sempre chamou atenção quando ocorre. Na maioria das vezes a reprovação social é o que melhor denota o sentimento extraído dessas ocorrências, pelas questões que foram levantadas neste trabalho. Podemos perceber que tirar a própria vida é considerado uma ofensa a Deus, que concedeu a vida aos homens, sendo que só a ele é permitido tirá-la na visão cristã. Essa reprovação dá-se ainda pela transgressão que o ato configura, que foi alocado pelo saber médico à esfera das doenças mentais passíveis de medicalização, a partir de século XIX, e que até hoje marca o discurso médico na busca pela prevenção dessas mortes no Brasil.

Ao evidenciar a historicidade dos discursos tanto da medicina social como da Igreja Católica, que foram responsáveis por criar “verdades” sobre o fenômeno do suicídio, identificou-se que as referências, pelas quais é entendida a morte voluntária, não são naturais. Os enunciados que são proferidos sobre o suicídio são constructos culturais e sociais, pelos quais concebemos e nos relacionamos com esse tipo de morte. Os discursos a respeito do ato instituído pela Igreja Católica, desde o século V pelo Ocidente, bem como o saber médico, produzido a partir de instituições de formação como as Escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, codificaram comportamentos diante do morrer por suicídio. Esses discursos iniciais ainda hoje são responsáveis pela compreensão que em nossos dias gerencia o entendimento a respeito do ato voluntário de se dar a morte.

O discurso religioso, embora tenha aberto mão de muitas das sanções impostas ao corpo dos que se matam, ainda condena fortemente a prática por parte de seus fiéis. Na cidade batistense, segundo dados do IBGE (2010), a população é majoritariamente cristã e cerca de 82% desses se autodeclaram católicos. Nesse sentido a morte por suicídio na urbe batistense é experienciada a partir de referenciais cristãos que explicam os enunciados moralizantes que decorrem a partir da efetivação desses casos e causam tanto horror, mesmo sendo prática comum nos anos que se sucederam a análise da presente pesquisa.

A partir deste estudo, buscou-se ainda perceber de que maneira a medicina social, a partir do século XIX, buscou regulamentar a sociedade a partir de normas e preceitos no momento em que a saúde passou a ser um problema social. O suicídio, então, fugindo às regras da normatização do que se espera dos sujeitos em sociedade, torna-se passível de regulamentação médica. Essa regulamentação dá-se a partir do momento da produção de

saber científico nas teses médicas que buscaram definir o suicídio como atos antinaturais, fora da racionalidade humana e desnecessários ao bom funcionamento de uma sociedade que se quer ordenada e medicalizada para o desenvolvimento do país. Ao patologizar o suicídio ele torna-se passível de medicalização. Para medicalizar o sujeito com ideação suicida, bem como efetivar um trabalho de prevenção do ato de uma maneira geral na sociedade, a medicina instituiu, através do discurso, maneiras de bem viver. O cuidado com os hábitos, costumes, paixões, com as ideias e até mesmo com as leituras realizadas, eram formas de prevenir os indivíduos que, por estarem em sociedade, estavam diretamente susceptíveis e vulneráveis ao meio no qual estavam inseridos.

O discurso preventivo até hoje marca as ações das ciências médicas no Brasil e no mundo, em decorrência da alta taxa de suicídios que acontecem o ano inteiro. Cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos no mundo e a estimativa, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, é de que esse número cresça e chegue a 1 milhão. Essas medidas preventivas foram observadas na prática dentro do município batistense, através de campanhas realizadas pelas Secretarias de Saúde e de Assistência Social, a partir de 2016, quando o Ministério da Saúde estabeleceu aqui no país a campanha do “Setembro Amarelo”.

O caráter dos “efeitos de contágio” enfocados nas estratégias de prevenção do suicídio pelos trabalhos médicos desde o século XIX, e que se preocupou com a literatura romântica como agente de contágio por legitimar um ato tão condenável, continua como estratégia de prevenção da medicina até os dias atuais.

O Organização Mundial de Saúde (OMS) continua criticando de forma aberta a divulgação na grande mídia de casos de suicídios, principalmente de casos que envolvem artistas famosos, o que poderia ser vistos como encorajador para aqueles que apresentam ideação suicida. Sua principal crítica gira em torno da forma com que a mídia em geral informa sobre essas mortes, e é nesse sentido que ela desenvolve o Manual destinado a esses profissionais da mídia (OMS, 2000). Esse manual foi problematizado na pesquisa, percebeu-se, através da análise de uma ocorrência de suicídio reportada por um *blog* de notícias da região, que, ao menos nos portais digitais, esse tipo de notícia é cheia de referências que em nada contribuem para a prevenção dessas mortes, segundo a OMS (2000). Pelo texto da reportagem analisada foi possível perceber que quase nada do que recomenda a OMS é seguido pelo escritor como norte na hora de registrar os casos de suicidas.

Percebeu-se que, embora as ciências humanas, o saber médico, as artes, a filosofia e várias outras áreas, tenham o tematizado ao longo do tempo, o suicídio continua causando espanto e horror a cada novo caso que ocorre na nossa vivência. A notícia sempre vem com

um peso muito forte sobre os que a recebem. A decisão de tirar a própria vida continua como um mistério que assombra os vivos que o experienciam e ainda o veem como um tabu rodeado de silêncios que acompanham o medo e espanto na situação.

Embora tenha tentado neste trabalho, ao menos em partes, chegar o mais perto possível das condições históricas pelas quais foram possíveis construir sentidos a respeito da morte por suicídio na cidade de Bernardino Batista, entendo que, de várias outras formas, seja possível conceber a temática naquele espaço. Sendo assim, desejo que este trabalho possa abrir possibilidades a partir de sua leitura para estimular outras pessoas a debruçar-se sobre o tema. Desejo que o silêncio em torno do suicídio seja definitivamente negado, para que respostas sejam buscadas em prol da transformação dos meios pelos quais concebemos o ato e estejamos abertos ao diálogo e a mudanças estruturais na sociedade que permitam um real bem-estar de todos em sociedade.

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA. **A Bíblia Sagrada**. Tradução de João Ferreira Almeida 1996.

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Ministério da Saúde. **Comportamento Suicida: Conhecer para prevenir**. 2009. Disponível em: http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

ALBUQUERQUE, Francisco Julio de Freitas. **Monomania**: tratamento de moléstias mentaes. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

ARAÚJO TERCEIRO, Hélio Batista de. **Análise da incidência de suicídios em municípios do Alto Sertão Paraibano**. 2016. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2016.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Ediouro Publicações, 2003.

ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. Francisco Alves, 1990.

BACELLAR, Carlos. **Uso e mau uso dos arquivos**. Fontes históricas. São Paulo: Contexto, p. 23-79, 2005.

BARROS, JD de S.; *et al.* Percepção dos agricultores de Cajazeiras na Paraíba, quanto ao uso da água de chuva para fins potáveis. **Holos**, v. 2, p. 50-65, 2013.

BLOCH, Marc. **Apologia da história ou o ofício de historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. Tradução: André Telles.

BRASIL. **Lei nº 13.968, de 26 de dezembro de 2019**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique. Brasília, 26 de dezembro de 2019.

CARVALHO JUNIOR, Macário Lopes de. **Os concílios de Elvira e Arles na configuração do Cristianismo Tardo**. Antigo Manaus - Amazonas. 2010. 200 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2010.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. Forense Universitária, 2011.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.779/2005**. Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.

COSTA, Carlos Eduardo C. **O Registro Civil Como Fonte Histórica: Contribuições E Desafios Dos Registros Civis Nos Estudos Do Pós-Abolição**, Rio De Janeiro (1889-1940). Revista Veredas da História, 2017.

D'INCAO, Maria Ângela. **Mulher e família burguesa**. História das mulheres no Brasil, v. 9, p. 223-240, 1997.

DAPIEVE, Arthur. **Morreu na contramão**: o suicídio como notícia. Zahar, 2007.

SENRA, N. C. **História das Estatísticas Brasileiras**. Rio de Janeiro: IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2006.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: Estudo de Sociologia. Tradução Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: EDIPRO, 2014.

ENGEL, Magali. *In*: LOPES, Fábio Henrique. Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. **Educar em Revista**, n. 29, p. 241-257, 2007.

FILHO, Carlos Ehlke Braga. **Atestado de Óbito** - Quem é o responsável pelo preenchimento? 29 de nov. de 1999. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=20148:atestado-de-obito-quem-e-o-responsavel-pelo-preenchimento. Acesso em: 20 nov. 2020.

FOUCAULT, Michael. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. Loyola: São Paulo. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979.

FREUD, Sigmund. **Contribuições para uma discussão acerca do suicídio**. Breves Escritos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 11, 1976.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. Editora Cosac Naify, 2014.

G1. **“Cidade dos primos” teme ver novos filhos nascer com alguma deficiência**. 27 dez. 2010. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2010/12/cidade-dos-primos-teme-ver-novos-filhos-nascer-com-alguma-deficiencia.html>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GAY, Peter. **Guerras do prazer**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2001.

GOETHE, Johann Wolfgang. **Os sofrimentos do jovem Werther**. L & PM EDITORES., 2001.

HAN, Byung Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Cidades: Bernardino Batista**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/bernardino-batista/panorama>. Acesso em: 10 nov. 2020.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. Boitempo Editorial, 2015.

LARA, Sílvia Hunold. Os documentos textuais e as fontes do conhecimento histórico. **Anos 90**, v. 15, n. 28, p. 17-39, 2008.

LE GOFF, Jacques; *et al.* Memória e história. **Enciclopédia Einaudi**, v. 1, p. 260-293, 1984.

LOPES, Fábio Henrique. Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. **Educar em Revista**, n. 29, p. 241-257, 2007.

LOPES, Fábio Henrique. **Suicídio & saber médico**: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX. Ateliê, 2008.

LOPES, Fabio Henrique; *et al.* **O suicídio sem fronteiras**: entre a razão e a desordem mental. 1998.

MACHADO, Roberto; *et al.* **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. 1978.

MINOIS, Georges. **História do suicídio**: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

MOREIRA, Nicoláo Joaquim. **Considerações gerais sobre o suicídio**. Discurso pronunciado perante Sua Majestade o Imperador e Sua Alteza o Senhor Conde d'Eu, sessão solene da Academia Imperial de Medicina, em 30 de junho de 1867.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 261-274, 2018.

MUNIZ, José de Assis Alves Branco. **Considerações sobre as principaes enfermidades dos homens de letras, e meios geraes de hygiæna, que lhes dizem respeito**: these que foi apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e sustentada em 13 de dezembro de 1841: afim de obter o grão de doutor em medicina. 1841. Tese de Doutorado. Typographia Franceza.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. **"Fora da higiene não há salvação"**: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. *Mneme-Revista de Humanidades*, v. 4, n. 07, 2003.

OLIVEIRA, Paulo Cesar Cavalcante de. **Notas veladas**: do silenciamento à cobertura sensacionalista do suicídio pela imprensa fluminense. 2017. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação - Habilitação em Jornalismo) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **[Site Oficial]**. Disponível em: <https://www.who.int/portuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção Do Suicídio**: um Manual para Profissionais da Mídia. Genebra, 2000. Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

PINEL, P. **Abrege des Transactions Philosophiques de la Societe Royale de Londres**. Physiologie et Physique Animale. Paris. 1790.

PREFEITURA de Bernardino Batista. **[Site Oficial]**. Disponível em: <https://www.bernardinobatista.pb.gov.br/> Acesso em: 12 nov. 2020.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, 2018.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativa**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

RIOS, A. L. **Família e Transição**. Famílias negras em Paraíba do Sul, 1872-1920. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990.

SCOTT, Ana Sílvia Volpi; Fleck, Eliane C. Deckmann (org.). **A corte no Brasil: população e sociedade no Brasil e em Portugal no início do século XIX**. São Leopoldo: Oikos/Unisinos, 2008.

SHAKEASPEARE, William. **A tragédia de Hamlet**. Tradução Péricles Eugênio da Silva Ramos. Coleção Teatro Vivo. São Paulo: Abril, 1976.

SILVA, Maria do Carmo Mendonça. **Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2009.

SOUSA, Luzia de. Bernardino Batista promove evento em alusão ao “setembro amarelo”. *In: Diário do Sertão*. Disponível em: <https://www.diariodosertao.com.br/noticias/cidades/438548/bernardino-batista-promove-evento-em-alusao-ao-setembro-amarelo.html>. Acesso em: 12 nov. 2020.

SOUZA, Vanderlei Sebastião. **A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930**. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n. 1, p. 93-110, 2016.

VOVELLE, Michel. **La mort et l'Occident de 1300 à nos jours**. Editions Gallimard, 1983. World Health Organization (WHO). ICD-11: Classifying disease to map how we live and die. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 21 nov. 2020.

ANEXO A – Declarações de Óbitos dos Casos de Suicídio na Cidade de Bernardino Batista

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

18574524-5

I Identificação

1 Tipo de óbito: Fetal Não Fetal
 2 Data do óbito: 22.03.2014 Hora: _____ Cartão SUS: _____
 3 Nome do falecido: _____ Naturalidade: _____
 4 Nome do Pai: _____ 5 Nome da Mãe: _____

II Residência

6 Data de nascimento: _____ 7 Idade: _____ Anos completos: _____ Meses de 1 ano: _____ Dias: _____ Horas: _____ Minutos: _____
 8 Sexo: M - Masc. F - Fem. I - Ignorado
 9 Situação conjugal: Casado Solteiro Viúvo Separado judicialmente Separado de fato União estável Ignorado
 10 Escolaridade (última série concluída): Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série) Médio (antigo 2º grau) Superior incompleto Superior completo
 11 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): _____ Código CBO 2002: _____

III Ocorrência

12 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____
 13 Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de residência: _____ Complemento: _____ CEP: 58922-000 UF: _____
 14 Local de ocorrência do óbito: Hospital Domicílio Outros Ignorado Estabelecimento Outros estabelec. saúde Via pública
 15 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código CNES: _____
 16 Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ Complemento: _____ CEP: _____ UF: _____

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

17 Mãe (viva): _____ 18 Escolaridade (última série concluída): _____
 19 Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série) Médio (antigo 2º grau) Superior incompleto Superior completo
 20 Número de filhos vivos: _____ 21 Nº de semanas de gestação: _____ 22 Tipo de gravidez: Única Dupla Tripla e mais Ignorada
 23 Tipo de parto: Vaginal Cesáreo Ignorado
 24 Morte em relação ao parto: Antes Durante Depois Ignorado
 25 Perto ao nascer: Sim Não Ignorado
 26 Número da Declaração de Nascimento: _____

V Condições e causas do óbito

OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

27 A morte ocorreu: Na gravidez No aborto De 43 dias a 1 ano após o parto Não parto Até 42 dias após o parto Não ocorreu nestes períodos
 28 Assistência médica: Sim Não Ignorado
 29 Diagnóstico confirmado por: Necropsia? Sim Não Ignorado
 30 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Sim Não Ignorado

CAUSAS DA MORTE

PARTE I
 Começa ou estado mortal que causou diretamente a morte.
 31 Devido ou como consequência de: _____ CID: 11088
 32 Devido ou como consequência de: _____ CID: X90
 33 Devido ou como consequência de: _____ CID: F33

PARTE II
 Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na categoria acima.

VI Médico

34 Nome do Médico: _____ CRM: _____
 35 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.): _____ 36 Data do atestado: _____
 37 Assinatura: _____ 38 Assinatura: _____
 39 Óbito atestado por Médico: Sim Não Ignorado
 40 Assessoria: Assistente Substituto IM SVD
 41 Município: _____ UF: _____
 42 Assinatura: _____ Médico: _____ CRM: PB 9142

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

43 Tipo: Acidente Suicídio Remédios Outras Ignorado
 44 Acidente do trabalho: Sim Não Ignorado
 45 Fonte de informação: Sistema de Ocorrência Hospital Família Outros Ignorado
 46 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____

47 A ocorrência foi em via pública, anotar o endereço: _____ Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____

48 Cartório: _____ Código: _____ 49 Registro: _____ 50 Data: 22.03.2014

51 Município: _____ Código: _____



Ministério da Saúde

Declaração de Óbito

21149132-2

2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

I Identificação

1) Tipo de óbito Fetal Não Fetal
 2) Data do óbito: 27/02/2014 Hora: Cartão SUS: Naturalidade: Linsópolis

3) Nome do Falecido: MARIA LUIZIANA M. VILAS
 4) Nome da Mãe: LUIZ COSTA MARTINS ROSANA ZANUZZI

5) Data de nascimento: 28/06/1951 Idade: 62 Anos completos Meses de 1 ano: Horas: Minutos: Ignorado: Sexo: M - Masc. F - Fem. Ignorado. Raça/Cor: Branca Preta Amarela Indígena. Situação conjugal: Separado judicialmente União estável Vivo Ignorado.

6) Escolaridade (última série concluída): Sem escolaridade Médio (antigo 2º grau) Ignorado Fundamental I (1ª a 4ª Série) Superior incompleto Fundamental II (5ª a 8ª Série) Superior completo. Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): APOSENTADA. Código CBO 2002:

II Residência

7) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): RUA WANDERLEI FERREIRO DOS ANTOES 361 =
 8) Bairro/Distrito: CENTRO Código: Município de ocorrência: BERNARDINO BATISTA Código: UF: PE

III Ocorrência

9) Local de ocorrência do óbito: Hospital Domicílio Outras Ignorado. Estabelecimento: Código CHES:
 10) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.): RUA WANDERLEI FERREIRO DOS ANTOES 361 =
 11) Bairro/Distrito: CENTRO Código: Município de ocorrência: BERNARDINO BATISTA Código: UF: PE

IV Fetal ou menor que 1 ano - INFORMAÇÕES SOBRE MÃE

12) Idade (anos): Nível: Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série) Médio (antigo 2º grau) Superior incompleto Superior completo. Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): Código CBO 2002:
 13) Número de filhos vivos: Partos fatais/abortos: Nº de semanas de gestação: Tipo de gravidez: Única Dupla Tripla e mais Ignorado. Tipo de parto: Vaginal Cesáreo. Morte em relação ao parto: Antes Durante Depois Ignorado. Peso ao nascer: Número da Declaração de Nascimento Vivo: Gênero: Masculino Feminino Ignorado.

V Condições e causas do óbito

14) A morte ocorreu: Na gravidez No abortamento De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado Não ocorreu nestes períodos. 15) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?: Sim Não Ignorado. 16) Necropsia?: Sim Não Ignorado.

17) CAUSAS DA MORTE: ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA. PARTE I: Começa ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a) INSUFICIÊNCIA CARDÍACA Aguda. Devolvido como consequência de: b) ASHIXIA MECÂNICA. Devolvido como consequência de: c) ENTORPECIMENTO. Devolvido ou como consequência de: d)
 PARTE II: Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.

VI Médico

18) Nome do Médico: MARIA WANDERLEI FERREIRO CRM: 5032. 19) Assinatura: [Assinatura]. 20) Município e UF do SVO ou RM: Linsópolis/PE. 21) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.): 32433634. 22) Data do atestado: 27/02/2014. 23) Assinatura: [Assinatura].

VII Causas externas

19) Prováveis circunstâncias de morte NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico): Tipo: Acidente Homicídio Outras. Suicídio. Sim Não. Fonte de informação: Ocorrência Pública Nº: Hospital Família Outras. Descrição sumária do evento: Obito medicado. Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência: Via pública Estabelecimento com Endereço de residência Outras Outro espaço Ignorado.

20) Endereço do local do acidente ou violência: Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): RUA WANDERLEI FERREIRO DOS ANTOES 361 =. Número: 361. Bairro: CENTRO. Município: BERNARDINO BATISTA. UF: PE.

VIII Cartório

21) Cartório: Cartório do Registro Civil. Código: 10.973. 22) Registro: 2423310912011. 23) Data: 27/02/2014. 24) Município: Bernardino Batista. UF: PE.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO

Declaração de Óbito Nº 09666523

I Cartório

1 Cartório Registro Data

REGISTRO CIVIL Código 0121713 11/16/8 1008/2010/17

II Identificação

2 Município UF Camério

BERNARDINO BATISTA T,B NOSSA SENHORA DOS MILAGRES

3 Tipo de Óbito Óbito Hora

4 Não Não 07/09/2007 22:00

5 Cartão SUS Naturalidade

6 Não Não PARATIBA

7 Nome do falecido

8 Nome do pai Nome da mãe

9 JESSICA ALVES MARTINS 10 FRANCISCO BATISTA ALVES 11 BROCELDES COSTA MARTINS ALVES

12 Data de Nascimento Idade

13 23/09/87 14 15

15 Sexo Raça/cor

16 M - Masc. F - Fem. 17 Branco Preto Amarelo

18 Indígena

19 Estado civil Escolaridade (Em anos de estudos concluídos)

20 Solteiro Casado Vivo Separado judicialmente Divorçado Ignorado

21 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 e mais 6 - Ignorado

22 Ocupação habitual e ramo de atividade (Se esporádico, indicar a ocupação habitual anterior)

23 ESTUDANTE Código

III Residência

24 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código Número Complemento CEP

25 Rua Vicente Egidio dos Santos 26 CASA 27 58822000

28 Bairro/Distrito Código Município de residência Código UF

29 BERNARDINO BATISTA 30 T,B

IV Local de ocorrência

31 Local de ocorrência do óbito Estabelecimento

32 Hospital Outros estabelecimento Domicílio Via pública Outros Ignorado

33 RESIDÊNCIA Código

34 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento CEP

35 Bairro/Distrito Código Município de ocorrência Código UF

V Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano

36 Idade Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)

37 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Número de filhos vivos

38 Nenhum De 1 a 3 De 4 a 7 De 8 a 11 12 e mais Ignorado

39 Menos de 22 De 22 a 27 De 28 a 31 De 32 a 36 De 37 a 41 42 e mais Ignorado

40 Tipo de Gravidez Tipo de parto Morte em relação ao parto

41 Útero Extra-uterino Vaginal Cesáreo Ignorado

42 1 - Antes 2 - Durante 3 - Depois 4 - Ignorado

43 Peso ao nascer Num. de Declar. de Nascidos Vivos

VI Complicações e causas

44 OBITOS EM MULHERES A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? A morte ocorreu durante o puerpério?

45 Sim Não Ignorado Sim, até 42 dias Sim, de 43 dias a 1 ano Não Ignorado

46 ASSISTÊNCIA MÉDICA Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

47 Sim Não Ignorado

48 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: Exame complementar? Cirurgia? Necropsia?

49 Sim Não Ignorado Sim Não Ignorado Sim Não Ignorado

50 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

51 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

52 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

53 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

54 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

55 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

56 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

57 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

58 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

59 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

60 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

61 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

62 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

63 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

64 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

65 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

66 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

67 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

68 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

69 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

70 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

71 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

72 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

73 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

74 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

75 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

76 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

77 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

78 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

79 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

80 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

81 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

82 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

83 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

84 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

85 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

86 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

87 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

88 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

89 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

90 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

91 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

92 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

93 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

94 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

95 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

96 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

97 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

98 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

99 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

100 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

VII Médico

91 Nome do médico CRM O médico que assinou esteve no falecido?

92 JESSICA ALVES MARTINS 93 1 Sim 2 Substituto 3 ML 4 BVO 5 Outros

94 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) Data do atestado Assinatura

95 35343169 96 20/09/2007 97 [Assinatura]

VIII Outras informações

98 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter exclusivamente epidemiológico)

99 Tipo Acidente de trabalho Fonte da informação

100 1 - Acidente Suicídio Homicídio 1 - Sim 2 - Não 1 - Estabelecimento 2 - Hospital 3 - Família

101 4 - Outros 5 - Ignorado 6 - Ignorado 7 - Ignorado

102 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

21163785-8

I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito 17.08.2014 18:30		3 Hora		4 Cartão SUS		5 Naturalidade Triunfo - Maranhão / UF (separadamente informar País)							
	6 Nome do falecido Coutinho Martins da Costa				7 Nome da Mãe Mário Francisco da Paes				8 Nome do Pai Gervásio Costa Martins							
II Residência	9 Data de nascimento 19.06.1968		10 Idade 46 anos		11 Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		12 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> P. Fam. <input type="checkbox"/> I. Ignorado		13 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmen. <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorado							
	14 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		15 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Agricultor		16 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Sítio Baixas de Galdino		17 Número		18 Complemento		19 CEP					
III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		21 Estabelecimento		22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Sítio Baixas de Galdino		23 Número		24 Complemento		25 CEP					
	26 Bairro/Distrito		27 Código		28 Município de ocorrência Bernardina Batista		29 Código		30 UF PA		31 UF					
IV Fetal ou menor que 1 ano	32 Idade (anos)		33 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		34 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		35 Código CBO 2002		36 Número de filhos vivos		37 Nº de semanas de gestação					
	38 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		39 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado		40 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		41 Peso ao nascer		42 Número de Declaração de Nascimento Vivo		43 Nome					
V Condições e causas do óbito	44 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> No gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		45 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação		46 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		47 Diagnóstico confirmado por Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		48 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		49 CID					
	50 CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		51 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) <u>Óbito por empurramento</u> Devido ou como consequência de: b) _____ c) _____ d) _____													
VI Médico	52 Nome do Médico Dra. Suelism Paes		53 CRM 2184		54 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assessor <input checked="" type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outro		55 Município e UF do SVO ou IML Paes PA		56 UF		57 UF					
	58 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 34233634		59 Data do atestado 17.08.2014		60 Assinatura Suel		61 Descrição sumária do evento intencional de homicídio por empurramento		62 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorado		63 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado					
VII Causas externas	64 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros		65 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		66 Fonte de informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº. <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado		67 Endereço do LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		68 Número		69 Bairro		70 Município		71 UF	
	72 Cartório Cartório do Registro Civil		73 Código 01713		74 Registro 253		75 Data		76 Município		77 UF		78 UF		79 UF	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
José Edson de Sousa

MATRÍCULA:
0696900155 2017 4 00001 067 0000264 43

SEXO masculino	COR PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE solteiro, 42 anos
NACIONALIDADE/UF Triunfo-PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº: 033.513.664-85	
ELEITOR SIM - Nº 039727960736, Zona: 37 - PB		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Francisco Antonio de Sousa e Marlina Beatriz de Sousa, Reside na(o) Sítio Ponta da Serra, no município de Bernardino Batista-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO quatro de janeiro de dois mil e dezessete		DIA MÊS ANO 04 01 2017
LOCAL DO FALECIMENTO Sítio Ponta da Serra Zona Rural no município de Bernardino Batista-PB		
CAUSA DA MORTE Enforcamento		
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Ricardo Cesar de Carvalho - CRM: 1979		LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério Nossa Senhora dos Milagres no município de Bernardino Batista-PB
DECLARANTE Maria Jucara de Sousa Silva, brasileira, casada, com 39 anos de idade, Agricultora, residente e domiciliada: Rua Projetada, Bernardino Batista-PB, natural de Triunfo-PB		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Registro lavado em 11/01/2017, no Livro C-00001, Nº 264, folha 67-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 244970777. Deixou filho e Bens.		
NOME DO OFÍCIO Certório Bernardino Batista		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. Bernardino Batista-PB, 11 de Janeiro de 2017 <i>Ana Paula Abrantes</i> Ana Paula Abrantes Oficial do Registro Civil Selo Digital: ABJ58200-35B1 Consulte a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br
OFICIAL REGISTRADOR Ana Paula Abrantes		
MUNICÍPIO/UF Bernardino Batista-PB		
ENDEREÇO RUA FRANCISCO EGÍDIO DOS SANTOS Bernardino Batista-PB - CEP 58922000 Fone: 063998407067 E-mail: gloriafha@bol.com.br		
FARPEN		



VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

