

Entrevista realizada com Neury Botega¹

Entrevistador: Por favor, fale um pouco sobre sua formação e sua atuação como suicidologista.

Botega: Eu sou um psiquiatra que trabalha em um hospital geral. Um hospital geral universitário, aqui no hospital das clínicas da UNICAMP. E há muito tempo eu me dedico a atender pedidos de Inter consultas. O que é isso? O que são esses pedidos? São pessoas que são internadas em áreas não psiquiátricas e que precisam de uma avaliação e de um tratamento psiquiátrico. Ou porque elas estão mal diante da doença que as acometeram; ou porque estão deprimidas; ou porque já tinham um transtorno mental. Então, de tempo em tempo, nós atendemos essas pessoas que estão internadas e que também precisam de uma avaliação e tratamento na área de saúde mental. O que aconteceu então desde o início da minha carreira aqui? Muitos casos de tentativa de suicídio. Muitos casos. Porque o nosso hospital é um hospital de referência regional que também tem uma unidade, um serviço chamado *Centro de Controle de Intoxicações*. Todos os casos da região de Campinas, das cidades, vêm para cá. Pelo fato de ser também um pronto socorro que tem várias especialidades de plantão, a gente também acaba atendendo além desses casos de intoxicação, casos também com ferimento por arma de fogo, ferimentos com arma branca. Tudo isso faz com que muitos casos de tentativa de suicídio cheguem aqui.

Entrevistador: Quando você fala em “arma branca”, ao que se refere?

Botega: Faça. Então, a gente acabou tendo uma experiência muito grande. De conversar e acompanhar essas pessoas. O que acontece muitas vezes, é quando a pessoa se recobra, ela nem sempre mantém e, confirma o desejo de tirar a vida. Então, essa era uma surpresa que a gente tinha. Mas também havia casos em que as pessoas se recobrando e se arrependiam de continuarem vivas. Em muitas situações, a gente pensava que aquela pessoa com quem a gente estava conversando, de alguma maneira tinha tido a sorte de não morrer porque chegou a um hospital, e OK, ela estava arrependida. A gente ia ver o que fazer com aquela situação, ou então casos que a pessoa ficava muito mal por não desejar a morte. Bom, além de atender essas pessoas agudamente, enquanto elas estavam internadas na enfermaria, nós também propúnhamos retornos ambulatoriais para que elas fizessem um seguimento. Para nossa surpresa na época, quando a gente estava começando o trabalho, elas não voltavam para as consultas ambulatoriais. E nós montamos um ambulatório, em serviço especificamente para atender essas pessoas. Bom, isso fez com que a gente começasse a se aprofundar no estudo desses casos. E a gente foi reparando que muitas vezes a tentativa de suicídio é uma conduta de catarse, de descarga. Pode não haver exatamente uma ideia de que eu preciso de ajuda, alguma coisa precisa mudar em minha vida, então a gente reparou que muitas vezes essas pessoas, elas tentavam virar uma página, ou então, elas negavam tudo aquilo que tinha acontecido e diziam: “Não, eu não quero mais saber”; “quero esquecer o que aconteceu”; “quero tocar a minha vida para a frente”. Aí, quando nós fomos estudando, nos interessando pelo tema, vimos que essa é uma realidade muito frequente. E, chegando já mais nos dias de hoje, percebemos que uma das estratégias para lidar com a prevenção do suicídio é registrar adequadamente e acompanhar pessoas que tentaram o suicídio, porque o subgrupo de pessoas que tentam o suicídio, visto como um conjunto, tem um risco muito maior de morrer por suicídio. O que parece ser óbvio, mas nem sempre a gente se lembra disso em estratégias de prevenção, então não quer dizer que uma pessoa que tentou o suicídio, tentará de novo, não é um vaticínio, não é uma lei. Mas eu repito, vistas em conjunto, o risco dessas pessoas morrerem por suicídio é cem vezes maior do que o risco da população geral.

¹ Entrevista realizada no Instituto de Psiquiatria da UNICAMP em 18/03/2013 por José Perim Pellegrino, Joaquim dos Santos Filho, Gabriel de Andrade Girardello, Jéssica Ribeiro Solano.

Entrevistador: *Qual seria a melhor estratégia de prevenção?*

Botega: Nesse caso, quer dizer, essa é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde: Fazer um bom atendimento, levar em consideração os aspectos e os estressores psicossociais. E quando a gente dá alta para essa pessoa, do hospital geral, a gente já dá a alta com um encaminhamento para um profissional de saúde mental, com um vínculo já estabelecido com essa pessoa que tentou o suicídio. Porque não adianta nada ela ficar dez dias na UTI, mais dez dias na enfermaria. “Alta, fora de perigo!”. E ninguém levou em conta que ela estava deprimida ou que tinha cronicamente problemas pessoais, problemas conjugais ou levar em conta que ela se embriaga de tempo em tempo e a última tentativa de suicídio foi a vigência de uma embriaguez. Então, essa é uma das estratégias, não nossas, mas da OMS, Organização Mundial da Saúde, que encara esse problema como um problema mundial. Hoje é um dos tópicos prioritários da Organização Mundial da Saúde, é a prevenção do comportamento suicida.

Entrevistador: *Uma vez consumado o suicídio, o impacto da pessoa que se mata atinge profundamente as pessoas que estavam ao seu redor. E como prever, ou melhor, prevenir para que esse impacto não volte a causar nas pessoas que estão ao seu redor também, levar ao suicídio?*

Botega: Na realidade, qualquer acontecimento de vida que nos coloca em posição de impotência, de desespero e de horror faz com que a gente fique muito abalado emocionalmente, qualquer evento. Tanto que está se dando cada vez mais atenção a esses quadros chamados de estresse pós-traumático. Então, quando a gente perde uma pessoa próxima por suicídio, é impossível a gente ficar do mesmo jeito que a gente estava antes da notícia. A maneira como a gente lida com isso dependerá muito da personalidade, dos recursos pessoais que tem, da minha rede de amigos, se eu posso compartilhar ou não meus sentimentos. Depende de muitos fatores. Agora, com certeza o impacto é grande. Primeiro causando uma ambivalência de sentimentos, ao mesmo tempo que eu me penalizo que alguém se matou, eu posso sentir raiva de alguém que se matou. Porque me incomodou, porque me agrediu, porque me faz sentir impotente, porque eu posso sentir que não ajudei. Mas, também o suicídio de uma pessoa próxima pode me fazer pensar que a escolha dela não foi tão ruim assim, que talvez mais pessoas tivessem que se matar. Talvez eu tivesse que me matar. Eu posso começar a sentir que aquela pessoa, afinal, encontrou uma boa saída para os problemas dela. “Por que não? Por que eu não posso fazer o mesmo?”. E se meu vínculo com essa pessoa fosse um vínculo intenso, como um vínculo de irmão, irmã, de filho, de companheiro amoroso, esses sentimentos podem ser muito mais fortes. No sentido de me identificar com a pessoa e pensar afinal de contas que não seria errado eu também me matar. Isso acontece muito em famílias.

Entrevistador: *Então, partindo desse pressuposto, a atenção voltada de modo especial sobre o familiar deve ser maior?*

Botega: É, na realidade isso é o correto a ser feito. Em serviços mais organizados há esse atendimento de prevenção também do suicídio, atendendo também pessoas sob o impacto do suicídio. Chamou-se até de posvenção, tanto a pessoa que tentou o suicídio, como também os familiares, os colegas. Se alguém muito querido na sala de vocês, na escola se matar, vai ter um impacto. Se a escola se preparar bem, se a escola estiver preparada, provavelmente vão oferecer para vocês um espaço para vocês elaborarem isso. Nós tivemos há uns dois anos atrás aqui na UNICAMP, um residente que morreu num acidente na estrada, num acidente automobilístico. Com ele no carro estavam colegas residentes e no outro carro atrás também, a outra parte.

Todos participaram daquele momento. Ele morreu no asfalto. Todos médicos, todos vendo o colega morrer. Vocês imaginam o impacto que foi. Nós tivemos que fazer esses trabalhos de grupos, oferecer atendimento com os colegas.

Entrevistador: *Esse termo que você usou, posvenção, é um termo novo, não é?*

Botega: Olha, é relativamente novo. Se você for olhando na literatura, ele já existe há algum tempo. É que ele está sendo mais usado agora, né? Talvez, antes se usasse mais, e até hoje se usa “grupo de sobreviventes”, que é uma tradução ruim do inglês. Em inglês eles falam em *survivors group*, em português fica parecendo quando a gente fala grupo dos sobreviventes, parece que a gente está trabalhando com as pessoas que tentaram o suicídio e que sobreviveram. Mas em inglês, significa isso, grupo com aquelas pessoas que foram impactadas pela morte de alguém próximo. Então, posvenção deve ser um tema bem mais novo com certeza do que prevenção, mas não saberia dizer para você há quantos anos isso é usado. Eu tenho visto recentemente.

Entrevistador: *Ficou uma dúvida, que você comentou que logo no começo, os pacientes que recebiam alta tinham a disponibilidade do ambulatório para voltar e não voltavam. Hoje em dia, isso é diferente? Os pacientes procuram mais?*

Botega: O que nós viemos fazendo, principalmente aqui na UNICAMP, foi um trabalho de registro de casos de tentativa de suicídio e acompanhamento por telefone durante um tempo, mantendo um vínculo com a pessoa e ajudando essa pessoa a fazer uma narrativa do que aconteceu, uma narrativa significativa. Não pegar aquilo, querer amassar e jogar no lixo. “Não, não foi comigo”. Então, os nossos residentes e o próprio pessoal do Pronto Socorro sabem desse nosso interesse. A gente vem trabalhando há muito tempo com isso. Hoje, aqui na UNICAMP, é muito natural eles chamarem o psiquiatra para atender alguém que tentou o suicídio e isso até foi motivo de um grande estudo da OMS, feito em diversos países. Eu participei da organização desse protocolo de pesquisa na nova sede da OMS. E no Brasil, a sede brasileira de estudo foi aqui na UNICAMP. A gente acabou um pouco também tendo esse *know-how* de registro de casos, fazer uma série de telefonemas nos próximos três, quatro meses. E o que são esses telefonemas? São um incentivo à pessoa para procurar ajuda e não necessariamente aqui, mas se a pessoa mora perto de Unidade Básica de Saúde (UBS), onde tem um profissional de psicologia, onde tem eventualmente um psiquiatra, a gente incentiva essa pessoa. A experiência muito legal, que acabou sendo descrita num livro sobre “*Telefonemas na Crise*”. Essa experiência que a gente teve que ficar telefonando para as pessoas incentivando-as a procurar o tratamento. Aqui na UNICAMP isso funciona. Depois que esse trabalho foi publicado, várias prefeituras entraram em contato com a gente. Nós fizemos um treinamento em vários locais, principalmente no Rio Grande do Sul. O Rio Grande do Sul é o estado brasileiro que em média tem índices de suicídio que são o dobro da média nacional. Especialmente o Rio Grande do Sul tem um interesse muito grande em fazer esses programas de prevenção. Fomos várias vezes para lá treinando. Então hoje há vários locais que já dão uma atenção especial as tentativas de suicídio. É uma estratégia. O assunto é relativamente novo aqui no Brasil, relativamente novo. Não se falava muito de prevenção de suicídio no passado, posvenção então é totalmente novo. Se você usar o termo poucas pessoas acho que vão saber o que significa.

Entrevistador: *Nesse telefonema, só vocês entravam em contato com os pacientes, eles não tinham uma linha de acesso para ligar caso precisasse?*

Botega: Não, não tem isso, é um esquema interessante que existem em muitos

locais. São números que você pode ligar fácil, agora no CVV você está tendo isso. No Brasil inteiro que é 141, e a gente dava esses números para os pacientes. O que nós temos aqui é um serviço pronto socorro 24 horas por dia com psiquiatra. A gente falava para as pessoas se você não estiver bem, se você precisar, pode vir ao nosso pronto socorro, sempre tem alguém da nossa equipe. Mas, não tinha essa linha, linha direta, *hotline* como se fala em inglês, não tem. Mas muitas regiões, muitas cidades, muitos estados, eles se organizam assim, eles fazem uma linha que você liga gratuitamente de qualquer telefone para dizer: “olha estou precisando de ajuda, não estou bem”. Isso tem muitos nos Estados Unidos e na Austrália. Na Inglaterra tem os Samaritanos que deram origem, até inspiraram o CVV no Brasil. Então isso tem, mas nós não temos no Brasil, fora os samaritanos, o que é legal. Realmente só a gente fazia o contato.

Entrevistador: *Que tipo de atividades ou manejos você considera importantes após suicídio?*

Botega: Olha, pós suicídio é muito importante, sempre que possível reunir os familiares e conversar sobre o ocorrido, o que não é simples e fácil de acontecer por diversas razões. As pessoas dão diversos motivos para não comparecerem a uma consulta marcada, e a gente subentende que quando alguém morre por suicídio o luto é mais difícil de ser elaborado pela ambivalência de sentimentos. Então, normalmente quando alguém se mata, a gente marca um horário, pede para os familiares virem, não só os familiares, a equipe que estava atendendo. Quando há um suicídio nosso, sempre é um impacto muito grande na equipe de saúde. Geralmente a gente marca um horário, dois ou três para conversar com as pessoas, para as pessoas fazerem um desabafo, poderem se entender. Mas isso nem sempre ocorre, a gente tem de ser bem honesto disto, porque, não é todo mundo que quer conversar sobre o ocorrido. Às vezes a reação de um, dois familiares devem ser tratados, não está bom. “Da minha parte vou tocar minha vida e não quero falar sobre isso, não quero mexer em nenhuma ferida”. Então depende muito. Há famílias que já pedem para a gente, a gente poderia marcar um horário para vocês, para a gente poder conversar”, então varia muito a reação de família para a família.

Entrevistador: *Esse não querer você o vê como uma fuga?*

Botega: Não como uma fuga.

Entrevistador: *Então como seria?*

Botega: É uma defesa, porque a gente tem de respeitar. Se a gente chamar toda defesa psicológica de fuga, nós estamos subentendendo que as pessoas deveriam fazer sempre o que a gente está esperando o que elas façam: a não fugirem de nós e dos seus sentimentos. A verdade, a gente tem de respeitar, porque algumas pessoas quando não vem e quando dizem que elas não querem, se eu mantiver uma atitude de abertura e de respeito àquele momento dela, ela poderá depois de duas, três semanas me procurar, porque eu fui legal, eu respeitei e, porque eu fui compreensivo. Então eu não usaria a expressão fuga, principalmente pelas decorrências de raciocínios que eu faço a partir dessa palavra, como também aqui a gente não gosta de usar o termo: “ah, a pessoa tentou o suicídio para manipular”. Por que esses termos? Eles conduzem a uma linha de raciocínio que pode ser errôneo em termos assistenciais. Mesmo que um jovem tivesse a intenção de manipular, forçar a namorada voltar com ele, eu sempre falo para os residentes: “você vai ficar com o lado da manipulação ou você vai ficar para o lado do risco como o sofrimento da pessoa?”. Então a gente fica com o lado do sofrimento, com o lado do risco de uma nova tentativa. Agora feitas essas ressalvas, a gente poderia dizer que depois de alguns acontecimentos, algumas pessoas fogem

para a saúde, para um mundo sem problema: “Não, não tem problema, não aconteceu nada”, o que a gente sabe que não é bom também, porque depois um tempo, algumas dessas poderão ficar deprimidas, às vezes é uma depressão retardada, atrasada. Tem gente que fica deprimida em um processo de elaboração de luto depois de um ano. Porque, quando por exemplo: quando morre meu pai, eu tenho que fazer isso, aquilo eu tomo essa providência, meus irmãos estão chorando, eu não, eu sou forte, estou fazendo isso, isso, isso ... Bom, quando eu terminei a minha tarefa do forte, aí eu entro em contato com vazio, com as saudades. Às vezes, as saudades ocorrem num aniversário de morte, às vezes a saudade ocorre quando morre meu cachorro, aí pronto, não é a tristeza pelo cachorro, é pelo cachorro, pelo meu pai, pelo meu amigo, pela minha namorada que me deixou, aí vem tudo. A gente vê muito isso na clínica, tanto isso que é chamado reação de aniversário, vocês já ouviram essa expressão: expressão de aniversário? Então, por isso a gente respeita muito quando o familiar não quer vir, e não basta ser suicídio. Quando alguém está internado na nossa enfermaria, e a gente convoca a família, alguns aparecem prontamente, outros dizem: “não, isso não é problema meu, o louco da família é ele, não quero saber de ir aí não, isso acontece, isso é usual”.

Entrevistador: *Você contou de estresse pós-traumático, esse transtorno pode ser também com aquele que tentou o suicídio ou é mais comum em pessoas próximas?*

Botega: Nas pessoas próximas.

Entrevistador: *Não existe nenhuma incidência?*

Botega: A gente nunca viu, eu nunca vi. Esse não é um ponto forte que aparece nos livros, nas literaturas sobre suicídio. Quem tenta o suicídio e sobrevive, pode passar por muitos sentimentos, por muitas vivências, dependendo da pessoa, da história dela. Mas realmente não há um quadro de estresse pós-traumático. Geralmente quem é acometido por um quadro de estresse pós-traumático, quem testemunha, é quem se sente impotente, porque para o próprio quadro de estresse pós-traumático se desencadear, é necessária essa combinação de horror, situação limite, risco de morrer e você não poder fazer nada. É você ser vítima de um assalto, ou sobreviver a uma catástrofe, pode ser natural, ou pode ser um acidente aéreo, um acidente automobilístico ou você testemunhar um crime, testemunhar um absurdo e não poder reagir, não poder ajudar. Então aí você pode ter um estresse pós-traumático, de estar vivenciando toda aquela situação de um suicídio. Uma das famílias que eu atendia, uma vez, encontraram o pai com um tiro na cabeça no sítio e eles encontraram o pai, o pai desapareceu.

Entrevistador: *Imaginando essas pessoas próximas ou mesmo até aquelas que não teriam uma relação, mas que influenciaram por um noticiário, ou alguma outra forma midiática, teria como diretamente ocasionar outro suicídio ou normalmente ele provoca uma situação de trauma, estresse pós-traumático e depressão...*

Botega: Bom, essa questão, ela é muito interessante, porque ela se liga a grande questão de qual é o papel da imprensa e dos órgãos de divulgação. Todas as recomendações hoje, de órgãos de saúde, são de sentidos para a imprensa não dar muito destaque ao suicídio, não transformar o suicida em um herói, não dar detalhe sobre o método, se possível não colar na primeira página ou destaque do noticiário, porque é um risco. Vamos supor que um grande ídolo do povo se suicide, vamos supor que Hugo Chaves tivesse suicidado, você vê na televisão nos jornais, o número de pessoas acompanhando. Vamos pegar um exemplo nacional: vamos supor que o Lula se mate, provavelmente se isso for muito noticiado, se Lula se transformar em um

herói até maior por causa do suicídio, por causa do suicídio dele muito provavelmente algumas vão se suicidar, por isso também. Então a gente fala de um efeito de contágio por alguns suicídios. Agora, esse efeito de contágio obviamente se dá mais com pessoas que por alguma razão já estão fragilizadas e que já tinham alguma tendência ao suicídio. Agora a população de jovem é mais suscetível. Se morre por exemplo um ídolo de Rock, então provavelmente alguns adolescentes poderão também tentar o suicídio. Então, até um livreto o qual eu participei da elaboração para dialogar com melhor com a imprensa, geralmente os manuais de redação tem uma proibição: não se noticia suicídio, porque você aumenta o tabu. As pessoas não podem falar sobre o assunto. Fica mais escondido. Então é melhor informar como noticiar suicídio, como lidar com a questão talvez não fazendo sair sangue da TV, como hoje eles fazem. Quase sai sangue é para todo mundo “ficar ligado”. Fazer uma coisa mais sóbria, falar sobre as causas, as razões, os contextos que levam ao suicídio, não ficar procurando uma causa, “ah ele se matou por que soube que estava o traindo”. Bom, isso é a “gota d’água”, isso é às vezes o que aparece no noticiário, mas ninguém vê a carreira, que ela já estava bebendo, que ela já tinha tido 2 depressões, que já era o quarto casamento. Isso é uma outra coisa que a gente dá dicas para os jornalistas: se vai falar sobre o suicida, fale sobre o sofrimento dele, oriente a outros leitores de jornais onde procurar ajuda, como procurar sinais de depressão, sinais de alcoolismo, esse tipo de coisa. Voltando ao seu ponto, o impacto em uma pessoa pouco mais distante é menor, se ela tiver notícias com poucos detalhes o impacto é menor. O impacto é maior se há um detalhamento, se ficar revisando encima daquilo, se aparece nas primeiras páginas; por exemplo: quando Getúlio Vargas se matou, primeira fonte de todos os jornais, rádios da época. Se há um impacto e às vezes no suicídio há essa intenção. Tem uma frase famosa na carta que Getúlio Vargas fala: “eu deixo a vida mais fico na história”. Então ele fez isso para realmente impactar, estava incluído na morte dele alguma coisa de herói, mas isso é outro assunto.

Entrevistador: *Sabemos que o suicídio é um problema de saúde pública, há alguma preocupação recente do poder pública quanto essa questão?*

Botega: Muita pouca. Eu participei na época de um esforço do Governo Federal, porque havia uma pessoa lá no Ministério da Saúde interessada em prevenção do suicídio: o Dr. Carlos Felipe. Então ele reuniu um grupo, nós produzimos material e fizemos um documento que foi publicado, uma portaria do Ministério da saúde chamado Diretrizes para uma prevenção de suicídio no Brasil”. O ano de publicação foi em 2006. Foi o mesmo ano que saiu isso aqui, com esse logo, eu estava participando na época desse grupo, junto com mais 7 pessoas. Mais um sofrimento como tudo no Brasil, muitas reuniões, depois que está tudo pronto, alguém quer por uma vírgula, aí tem que compactuar. É muito frustrante as coisas ficarem prontas no Brasil, é muito frustrante. E depois da publicação do documento em 2006, muito pouca coisa foi feita a partir do Ministério da saúde, muito pouca coisa. Infelizmente, nós não temos ainda no Brasil, que é um país com tantas necessidades na área da saúde, nós não temos ainda o suicídio como algo muito visível ou prestigiado, a prevenção do suicídio; por que quando você fala em prevenção do suicídio a gente poderia ficar horas falando sobre isso, você não consegue prevenir todas as mortes. Sociedade evoluída, complexa, mantêm um índice de suicídio. É um mistério o suicídio. É assunto não só para nós da área da saúde, teólogos, filósofos, antropólogo e sociólogo. Cada área do conhecimento vai ter a sua visão. Então voltando num país como o nosso com tantas necessidades o suicídio, ele não é visto como uma prioridade, a prevenção do suicídio não é vista como uma prioridade, mas acho que também, porque é um assunto tabu. Um número muito grande de pessoas morrem anualmente, diariamente. Se a gente considerar só os dados oficiais, morrem por dia 26 pessoas por suicídio no Brasil, se

esses números não chegam muito ao conhecimento, não são muito bem trabalhados pelos órgãos de imprensa. Mas não está viú, está longe de ser um assunto muito frequente nos debates, agora, está mais que há 20 anos atrás. Eu mesmo acho que fui uma das pessoas que ajudou a divulgar muito a ideia, debater, escrevendo livros e artigos. Mas não só eu, o pessoal do CVV está muito organizado, o grupo do Rio Grande do Sul também, e alguns pesquisadores vieram ultimamente publicando.

Entrevistador: *Uma curiosidade minha. Existe alguma lei, não sei se você pode informar, que diz que a pessoa com o suicida pode deixar benefícios aos familiares?*

Botega: Isso é um item de vários planos de seguro. Se você se mata você não tem prêmio do seguro. Então há algumas famílias que conseguem, depois de entrarem na justiça mostrando que a pessoa se matou porque estava deprimida, não porque tinha a intenção de deixar o seguro. As companhias de seguro se protegem, há itens. Quando você contrata um seguro de vida, um dos itens é “em caso de suicídio a gente não paga”, que é para evitar esses golpes misericordiosos. É um dos itens de toda apólice de seguro, por suicídio eles não pagam. Eu conheço dois casos que aí você entra na justiça: “Mas ele foi acometido por uma doença, ele estava deprimido”. Aí a causa do suicídio, sendo a depressão, digamos assim, permite a pessoa dizer “Ele não contratou a apólice para se matar e se beneficiar diretamente”. Vamos supor que eu tenho uma apólice de seguro há dez anos. Eu entro em uma depressão grave, me mato. Aí provavelmente a minha família ganha uma ação dizendo “Ele se matou de depressão, dez anos depois”. Mas há esse item geralmente.

Entrevistador: *Você comentou do Rio Grande do Sul que tinha o dobro de índices de suicídio acima da média nacional. E o índice de São Paulo?*

Botega: O índice de São Paulo é igual a média nacional. Nós não temos no Brasil, ao contrário do que a gente pode imaginar, um maior índice de suicídio nas grandes cidades. Aliás, esse é o motivo de um artigo recente nosso aqui da UNICAMP, o último artigo que nosso grupo publicou mostrando que os maiores índices de suicídio são em cidades pequenas. A gente chama de coeficiente de mortalidade por suicídio que é o número de pessoas que se matam por ano, por habitante. No numerador, você coloca o número de mortos e no denominador o número de habitantes ao longo de um ano. Pensamos o suicídio como um fenômeno urbano. Como as cidades são muito populosas, o número de suicídios total é maior. Quando você divide pelo número de habitantes, uma cidade as vezes como Uberlândia, ou uma cidade como Limeira, por exemplo, pode ter um índice de suicídio maior que São Paulo. Isso é observado em toda região sudeste e em toda região sul do Brasil: quanto menor a cidade, em média, maior o risco de suicídio. O coeficiente que é balizado por esse número de habitantes acaba sendo maior em cidades pequenas. Não é só no Brasil, em outras regiões do mundo isso também acontece.

Entrevistador: *E qual é a predominância, dos casos que foram analisados até hoje, de causas de suicídio?*

Botega: Na realidade, o que a gente pensa hoje é o seguinte: a gente até não trabalha muito com a expressão “causa” de suicídio. A gente trabalha mais com uma ideia de fatores que levam ao suicídio, fatores que protegem contra o suicídio. É muito difícil você falar em causa quando você tem fenômenos muito complexos, uma determinação complexa. Dentre os fatores que levam ao suicídio estão algumas doenças mentais obviamente, principalmente depressão; dependência de álcool e outras drogas; transtorno bipolar e esquizofrenia. Também alguns transtornos de personalidade caracterizados por traços de impulsividade e agressividade. Há grandes

estudos, patrocinados pela Organização Mundial de Saúde, mostrando que quando se faz um estudo retrospectivo consegue-se fazer um diagnóstico de um problema mental, de um transtorno mental em 97% das pessoas que se mataram. Em estudos retrospectivos. A OMS fez um levantamento de 16 mil casos de suicídio ocorridos na população, não entre pessoas que estavam internadas, na população. Quando eles foram analisar a história médica, entrevistar familiares e amigos, o que eles conseguem? “Podemos inferir que um transtorno mental também estava presente entre as causas do suicídio, entre os fatores que levaram ao suicídio”. O que não dá para nós o direito de dizer “Para se matar precisa ter um transtorno mental”. Uma pessoa pode se matar sem estar sofrendo de um transtorno mental. Mas isso é uma, quase que uma teoria, é uma espécie de espaço que a gente reserva para essa possibilidade. Agora na prática, principalmente vocês que estão fazendo psicologia, eu que sou psiquiatra, na prática vocês vão ver pessoas que sofrem chegando ao suicídio. Ninguém chega ao suicídio de uma maneira filosófica. “Conclui que como essa vida não tem sentido, significado, na semana que vem eu vou me matar.” Não, não é assim. Não é uma escolha livre, independente, autônoma. Ainda que a gente possa, dependendo da nossa visão de mundo, garantir o direito de uma pessoa de tirar a própria vida, caso ela não queira mais viver sabe, até pode defender isso, defender a eutanásia, dependendo das suas concepções. Agora, quando você pega a maioria dos casos de suicídio é de pessoas que estavam sofrendo, tanto que às vezes quando essas pessoas sobrevivem e a gente consegue conversar com elas, algumas delas falam, “olha, o que eu queria era pôr um fim ao meu sofrimento, não era exatamente morrer, queria pôr um fim.” Às vezes, o suicídio é visto como uma saída para uma dor intolerável, indestrutível e eterna. Um dos caras mais famosos na área do suicídio, um dos estudiosos, ele é considerado o pai da suicidologia e se chama Edwin Shneidmann, ele até criou um termo, “*PsychAche*” que em inglês seria a dor da alma, “*PsychAche*” que a gente poderia traduzir por uma dor, por um tormento da alma. A pessoa que chega ao suicídio é uma pessoa atormentada, é uma pessoa que não aguenta mais, não é uma pessoa que calmamente racionalmente decide “vou me matar”. Tanto que quando você faz exames nos institutos médicos legais, nós temos até um trabalho feito em São Paulo mostrando que em metade dos casos das pessoas que se mataram você encontra álcool na corrente sanguínea. O álcool ajudando, dando coragem ou deixando a pessoa mais impulsiva para se matar. Então o suicídio é um negócio, é um campo de estudo muito interessante porque quando eu comecei a estudar suicídio algumas pessoas me falaram: “mas suicídio? Não tinha outra coisa para você?” Não, suicídio é vida, quer dizer, dialeticamente está estudando a condição humana. Provavelmente pelo o que a gente sabe só nós nos suicidamos. Alguns animais fazem o ato e finalizam a vida e apresentam comportamentos de pôr fim a vida. Um suicídio entre animais, mas não sei se os animais têm essa consciência que nós temos, essa angústia que nós temos diante da vida, do futuro. O comportamento animal é mais instintivo. O homem não se mata instintivamente, o homem se mata por causa da dor, da angústia.

Entrevistador: *Há alguma diferença entre suicídio quanto ao sexo? Homem e mulher?*

Botega: No Brasil sim. No Brasil, para cada mulher que se mata três homens se matam.

Entrevistador: *E qual seria a causa disso?*

Botega: Muitas especulações. Os homens são mais agressivos, os homens usam métodos mais letais, as mulheres têm menos acesso aos meios, as mulheres bebem menos álcool que os homens, as mulheres manipulam armas menos que os homens, as mulheres têm uma preocupação talvez mantida de não se desfigurarem muito.

Mas, não é assim em todos países. Há alguns países da Escandinávia em que o índice de homens é igual ao de mulheres. Na China é ao contrário, mais mulheres se matam do que homens e mais na zona rural. É a condição da mulher, é a condição da mulher na China. E o fato de estarem no meio rural, que não tem hospitais próximos e tem acesso a agrotóxicos. A mulher na China tem de cuidar de toda família do marido. Ela é obrigada a abortar se ela engravidar e já tiver um filho, então isso detona a cabeça da mulher chinesa. Então na China a mulher se mata mais do que o homem. Agora no Brasil e na maioria dos países para cada mulher que se mata três, dois homens se matam isso varia um pouco.

Entrevistador: *E no Japão, você teria alguma ideia de qual seria a causa predominante, desculpa, fator predominante?*

Botega: O fator cultural é sério no Japão e o fator da identificação. Há rituais de suicídio no Japão. O *harakiri* é um ritual de suicídio. A tradição dos Kamikazes, mesmo no Japão feudal, quando o amo morria, o senhor feudal morria, havia uma disputa entre os servos para ver quem que se matava para acompanhar o amo no além. Era um orgulho você se matar para acompanhar no além o teu senhor. Então assim, em algumas culturas o suicídio é visto como uma coisa honrosa, uma coisa que dignifica a pessoa. Ao contrário de outras culturas, em que dependendo do predomínio das ideias religiosas, da história, da cultura, o suicídio é um pecado, é vergonhoso, é condenável. Realmente para os japoneses o suicídio tem menos peso moral negativo do que na cultura ocidental, é um dos fatores.

Entrevistador: *Não poderia ser pela exigência feita aos japoneses?*

Botega: Isso é uma das explicações para o suicídio de jovens no Japão, onde há muita competitividade, onde há muita pressão. Sabemos que jovens japoneses quando não tem acesso a universidades, quando eles não conseguem eles se matam frequentemente. Isso é uma coisa importante no Japão, mas não é a única coisa que explica. Um jovem japonês para se matar deve ter a pressão, deve ter a vergonha por não ter entrado numa faculdade, mas deve ter também essa tradição cultural em que o suicídio é honroso ou então algo muito negativo. Pode ser seguido de um ato de retirada de vergonha que ao mesmo tempo é um ato digno. Não é o ato de um fraco. Você percebe? Culturalmente há uma ideia sobre suicídio e facilitadora do suicídio. Poderíamos dizer que já na nossa cultura há uma ideia que não é facilitadora, é inibidora do suicídio, mas recentemente a *internet* pode ser facilitadora do suicídio inclusive com suicídios *online*. Você usa a sua morte para, de repente, ter alguns minutos de fama na *internet*, acessos. Interessante as fantasias que podem passar por trás de uma pessoa que está se matando *online*, como já ouve vários casos descritos.

Entrevistador: *Sabemos que o seu horário também está chegando ao fim...*

Botega: É, as 10 e meia eu tenho que ir para o hospital. Eu até me desculpo com vocês, porque como eu faço meio período na Unicamp, o meu horário é bem curto.

Entrevistador: *Imagina, a gente agradece muito.*

Entrevistador: *Eu tenho um caso de um bombeiro que se suicidou, depois os filhos, todos os filhos homens foram ser bombeiro. Existe alguma ligação?*

Botega: Eu acho que há, eu acho que há uma forte identificação com esse pai. Estamos falando aqui só no terreno das hipóteses, mas há uma forte identificação,

e olha, uma identificação positiva, porque os filhos, de novo estou sendo até chato teoricamente porque eu acho ruim a gente teorizar. Se fosse um repórter aqui da TV eu me negaria de falar dessas coisas, mas conversando entre nós, claro. Você veja que às vezes o suicida ele se transforma em um herói, às vezes o sentimento predominante é positivo “pô, o nosso pai se matou, mas nós o amamos mais ainda. Nós vamos orar para que ele encontre um bom caminho e nós vamos tentar dignificar a imagem do meu pai seguindo a profissão dele. Temos muita honra por sermos bombeiros”. Olha que interessante e totalmente diferente. Agora por exemplo se esse pai se matou quando ele tinha 55 anos, provavelmente o filho dele que foi ser bombeiro quando chegar aos 55 anos vai ter que pensar sobre a vida, porque de novo é aquela coisa da reação do aniversário. “Estou chegando na idade em que meu pai decidiu se matar o que significa ter 55 anos e ser um bombeiro e ganhar o que eu ganho, já ter salvado tantas pessoas”, mas etc. Então é interessante esses mecanismos que ocorrem, mas não há dúvidas que nesse caso o suicídio não manchou a imagem desse pai, porque se os filhos tivessem muita raiva e só raiva, eles não seguiriam essa profissão “pelo amor de deus eu não quero nada ligado a imagem do meu pai, o meu pai foi um traidor, ele nos deixou.” Poderia ser esse o predomínio.

Entrevistador: *Gostaríamos de ficar mais, mas sabendo que também tem atividades, agradecemos profundamente sua generosidade, disponibilidade de nos ajudar em nossa pesquisa e nesta entrevista*