

## Autodestruição Humana

### *Human Self-Destruction*

Roosevelt M. S. Cassorla<sup>1</sup>

Elizabeth L. M. Smeke<sup>2</sup>

CASSORLA, R. M. S. & SMEKE, E. L. M. *Human Self-Destruction*. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 61-73, 1994.*

*This study analyzes the complexity of self-destructive situations in both their social dimensions and their apparent individual manifestations (suicide, accidents, homicide, illness, drug addiction, etc.). The article points out errors in the reporting of these situations and proposes methods for further study of the phenomenon. Self-destructive fantasies are discussed, especially those related to losses, narcissistic wounds, and self-destruction precipitated by the victim. Hypotheses are raised concerning fantasies related to suicides among the native Brazilian Guarani nation. The above aspects are presented to emphasize prevention in public health.*

**Key words:** *Accidents; Public Health; Mental Health; Suicide; Violence*

### INTRODUÇÃO

A violência no ser humano, em seu aspecto autodestrutivo, implica que este é, ao mesmo tempo, agente e paciente de um fenômeno complexo, envolvendo um interjogo dinâmico de inúmeras variáveis presentes no cotidiano. Por isso, seu estudo e compreensão não se deixam aprisionar por métodos derivados da tradição positiva, ainda que estes possam nos dar algumas pistas. Lidamos com variáveis “rebeldes” que exigem métodos indiciários (Ginzburg, 1990), qualitativos (Minayo, 1993) e interpretativos (Bleger, 1980; Ladrière, 1977). Ao mesmo tempo, não se pode mais negar a importância da vertente inconsciente no “andar a vida”. Por isso, usaremos também, neste trabalho, dados da teoria psicanalítica.

### ALGUNS INDICADORES

A primeira idéia que aparece quando pensamos em autodestruição é a de suicídio. Estu-

dá-lo do ponto de vista de sua distribuição na população é algo que vem sendo feito desde antes de 1897, quando Durkheim (1973) publicou seu clássico estudo. O que se sabe não tem mudado muito nas últimas décadas.

Observa-se que, de modo geral, para cada país ou região, as taxas de suicídio apresentam uma tendência de não variar muito com o tempo, sendo que algumas variações maiores podem depender de alterações na qualidade dos registros.

Quanto às tentativas de suicídio, os mesmos problemas acima se apresentam, associados ao fato de ser ainda mais difícil determinar a intencionalidade autodestrutiva de muitos comportamentos. Numa revisão, foram encontradas taxas variando entre 46 e 730 por 100.000 habitantes, em países de língua inglesa, com dados obtidos das mais variadas formas. Existe uma tendência a um aumento desses atos, principalmente em jovens. Em nosso meio, as taxas oficiais estão bastante subestimadas, calculando-se que estas devam ser de 10 a 30 vezes superiores.

Investigando tentativas de suicídio através de visitas domiciliares, plantões nos pronto-socorros da cidade e dados da polícia, estimamos, em 1982, para Campinas, São Paulo, uma taxa de 154 casos por 100.000 habitantes. Destes, 75% eram menores de 27 anos. No grupo

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Avenida Martim Afonso, 60, Campinas, SP, 13087-250, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Avenida Martim Afonso, 60, Campinas, SP, 13087-250, Brasil.

jovem, a relação mulheres:homens foi de 5,4, e no grupo mais velho, foi de 2,8.

No caso de suicídios exitosos, as maiores taxas ocorrem nos grupos mais idosos e a proporção por sexos se inverte, sendo de duas a três vezes maior entre os homens. Tudo indica que o suicídio exitoso e a tentativa de suicídio, não são apenas comportamentos que ocorrem em populações com diferentes características sociodemográficas (ainda que estas se interpenetrem), porém os fatores e conflitos envolvidos possuem características diversas. Curiosamente, estudando adolescentes “normais”, verificamos que 12% haviam praticado um ato suicida em algum momento de suas vidas, sendo que metade não procurou serviços de assistência médica

Numa revisão de vários autores, todos europeus ou norte-americanos, verificamos que: a repetição de tentativas de suicídio variou entre 6 e 69%. Existe uma maior tendência à repetição nos dois anos seguintes à tentativa, e ela ocorre com maior frequência entre os jovens. Estudando suicídios exitosos, encontramos tentativas anteriores em 7 a 33%, segundo dados do autor. O estudo de pacientes que tentaram suicídio. Revela que de 1,4 a 13,2% dos mesmos suicidaram-se entre 1 e 12 anos após esta tentativa. A chance de suicídio aumenta quando há mais de uma tentativa anterior, e o prognóstico social dos que tentam suicídio é pior que nos grupos de controle (Cassoria, 1984a, 1987).

No entanto, vale ratificar que os dados registrados são falhos e as taxas oficiais merecem um valor muito limitado. Portanto, as teorias de qualquer natureza, elaboradas a partir das mesmas terão um valor necessariamente relativo (Brooke, 1976). Fatores socioculturais influem no sub-registro e, mesmo nos E.U.A., onde os dados de mortalidade são considerados satisfatórios, Barros (1991) assinala que os registros sobre óbitos por suicídio devem ser de duas a três vezes menores que os reais.

Ao mesmo tempo, pode não ser fácil diferenciar um suicídio da morte aparentemente acidental ou de um homicídio, ao que se acresce a multiplicidade de definições dadas pelos diversos estudiosos do assunto. Por exemplo, para Toolan (1975), 50% dos suicídios seriam rotulados como acidentes.

Outro ponto a ser levado em conta é a vinculação entre vários mecanismos de autodestruição. Não é fácil medir até que ponto o suicídio está associado a fatores que levariam a diferentes efeitos, tais como predisposição maior a acidentes, descompensação de doenças crônicas, condutas heteroagressivas, déficit da resposta imunológica, etc.

Por outro lado, a relação homicídio/suicídio aparece, nos números, como aspectos antagônicos e, talvez, complementares: na América Latina há uma tendência maior ao homicídio e menor ao suicídio, enquanto na Europa ocorre o contrário. Ao mesmo tempo, em outros lugares, como nos E.U.A., o conjunto homicídio, suicídio e acidentes com veículos a motor aumenta ou declina concomitantemente, o que nos leva a pensar na hipótese de que as origens desses eventos possam ser comuns (Barros, 1991).

Na busca de indicadores que possam revelar outros aspectos da autodestruição, em função dos fatores acima citados, o aumento da violência enquanto fenômeno social não pode ser esquecido. O suicídio nos remete à idéia da violência máxima, do assassinato de si mesmo, do auto-aniquilamento. Entretanto, esta autodestruição poderia ser vista:

- do ponto de vista individual auto-referido: suicídio propriamente dito, “uso de drogas”, parte das mortes acidentais, etc.;
- do ponto de vista individual referido ao outro: homicídios, outra parte das mortes acidentais, envenenamentos, etc.;
- do ponto de vista coletivo auto-referido: dificuldade de práticas e sentimentos solidários, competição, dificuldade de organização social, política de categorias subalternas, etc.;
- do ponto de vista coletivo referido ao outro: atropelamentos, chacinas, queimas de arquivo, a perversa distribuição de renda, manutenção de mortalidade elevada por doenças preveníveis, elevada mortalidade infantil, poluição ambiental, as condições de trabalho, etc.

Podemos considerar estas várias categorias como diferentes formas de violência, mas todas elas resultando em maneiras de destruição de seres humanos, facilitadas ou provocadas diretamente por si mesmos, ou indiretamente pelo

próprio ambiente humano em que vivem, levando-nos a indagar sobre um componente suicida das sociedades.

Neste sentido, ainda que os números sejam pouco específicos ou revelem registros realizados de forma insatisfatória, apontam para algumas tendências.

O abuso e a dependência do álcool, por exemplo, aparecem em Almeida-Filho et al. (1992) como o principal problema de saúde mental entre homens. Segundo depoimentos populares utilizados por Moura (1992) para o planejamento participativo junto ao Conselho Local de Saúde do CSE - J. Campos Eliseos, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), o abuso de drogas e do álcool considerado o grande responsável pela violência no lar. Juntamos a isso as considerações de Noronha et al. (1993), que, ao estudarem a situação da violência na Bahia a partir de notícias de jornais, identificaram os lugares públicos e o lar como os locais onde mais ocorrem os homicídios, e teremos uma indicação da gravidade da situação, certamente intensificada pelo crescimento de organizações clandestinas militarizadas.

No Brasil, a autodestruição social aparece de forma evidente: é o segundo país com pior distribuição de renda e, embora tenham diminuído os índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, estas taxas permanecem em torno de 33 por 100.000 habitantes, em 1986. Segundo dados compilados por Araújo (1992), estas são maiores que na Argentina (29,1, em 1985), e no Chile (16, em 1986), ficando próximas àquelas do Suriname (34,7, em 1985) e da Colômbia (34,3, em 1986), e bem distantes das de Cuba (8,8, em 1988) ou do Canadá (2, em 1988). A par desta realidade, o autor mostra que as mortes por causas externas notificadas passaram de 2,6%, entre todos os óbitos, em 1930, para 14,85%, em 1986. Segundo Marques et al. (1993), um estudo sobre intoxicações e envenenamentos acidentais no Brasil evidencia que as mortes por acidentes de transporte têm sido as mais frequentes entre as causas externas (30%), seguidas por homicídios (23%), lesões de intenção ignorada (16%) e suicídios (5%), entre 1985 e 1987.

Na Tabela 1 observamos que o aumento do número de mortes por causas externas ocorrido

entre 1980 e 1988 é até três vezes maior que o aumento da população no mesmo período.

**TABELA 1.** Relação entre Aumento da População Residente (entre 1980 e 1988) e Aumento Proporcional do Número de Mortes por Causas Externas (Grupo XVII)

Região	Aumento População (%) 1980/1988*	Aumento Mortes (G. XVII) (%) 1980/1988**
Brasil	15%	37%
Norte	35%	71%
Nordeste	14%	52%
Sudeste	13%	34%
Sul	11%	18%
Centro-Oeste	25%	60%

Fonte: \*Censo Demográfico de 1991. Resultados preliminares. (IBGE, 1992).  
\*\* Cenepi, 1992.

Dados do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi, 1992) permitem-nos verificar que, somadas às mortes por acidentes de trânsito e veículo a motor, por homicídios e lesões provocadas intencionalmente, bem como por outras violências, numa série histórica de 1979 a 1988, as mortes por causas externas serão as mais numerosas entre o total de homens. A Tabela 2 mostra que, em 1979, estas ficaram 21% mais numerosas que as mortes por doença cerebrovascular, e em 1988, 76% mais numerosas. Se acrescentar-mos as mortes por doenças crônicas de fígado e cirrose, por entendê-las associadas ao uso de drogas e ao abuso do álcool, obteremos, em 1988, um número de mortes mais de duas vezes maior que a primeira causa: a doença cerebrovascular (Tabela 2). Em bairros de periferia, distantes de centros urbanos de médio e grande portes, aponta-se a tendência de as mortes por causas externas (grupo XVII) já estarem passando para a primeira causa, às custas, principalmente, do aumento entre os homens.

Os problemas de registro que impedem ou dificultam análises mais específicas devem-se, em grande medida, ao valor social da morte ocorrida por um evento incluído entre as causas

externas. Isso nos leva a crer que os dados continuam subestimados, a despeito do aumento em sua freqüência. Os noticiários e experiências pessoais revelam indícios de que não se trata apenas (se for o caso) de uma melhora na qualidade dos registros. Para além da piora das

condições de vida do brasileiro, e por causa dela também, perguntamo-nos a que se devem estes indicadores de autodestruição. As limitações apontadas sugerem a necessidade de não nos limitarmos aos números, quando estudamos um fenômeno tão complexo.

**TABELA 2.** Número de Mortes por Causas Externas Mais Freqüentes(\*) em Relação à Doença Cerebrovascular (Primeira causa) e Doenças Crônicas do Fígado e Cirrose Hepática. Brasil, 1979 a 1988

Ano	Causas Externas Mais Freqüentes de Morte Violenta (a)	Doença Cerebrovascular (b)	Doença Crônica do Fígado e Cirrose Hepática (c)	a/b	(a+c)/b
1979	36.593	30.116	6.942	1,21	1,44
1980	38.606	32.127	6.942	1,20	1,41
1981	38.445	33.025	7.454	1,16	1,38
1982	40.486	33.624	7.289	1,20	1,42
1983	40.755	35.198	8.033	1,15	1,38
1984	45.873	37.394	8.739	1,22	1,46
1985	48.231	38.434	8.746	1,25	1,48
1987	54.462	38.008	9.713	1,43	1,68
1988	71.520	40.621	10.068	1,76	2,01

Fonte: Cenepi, 1992.

(\*)Entre as causas externas mais freqüentes de morte violenta foram somados: acidentes de trânsito e veículos a motor + homicídios e lesões (provocadas intencionalmente) + outras violências. (As 10 primeiras causas de morte incluem: doença cerebrovascular; doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração; infecções intestinais mal-definidas; pneumonia; infarto agudo do miocárdio; hipoxia e asfixia ao nascer, além de outras formas de afecção respiratória; acidentes de trânsito e veículo a motor; outras violências; doença hipertensiva; homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas; doenças crônicas do fígado e cirrose.)

## BUSCANDO OUTRAS PISTAS

Voltemos às associações eliciadas pelo termo **autodestruição**. Sigamos o método indiciário: procuremos (sem preconceções) algumas pistas, a partir das observações dos autores, de colegas, de outros estudiosos, de relatos e de investigações (quando não houver citação do autor, tratam-se de observações pessoais e de colegas, ou fatos já bastante conhecidos).

1. Entrevistas com aidéticos mostram que muitos sabiam do risco que corriam, mas “não acreditavam” que pudessem ser infectados. Outros apresentam fortes indícios de que ficavam “excitados” em correr o risco. Outros, ainda, não consideravam relevante o perigo de infectar-se ou não, já que o importante era participar da roda de pico.
2. Pedem-se mais recursos para a “educação sexual”, pressupondo-se que as adolescentes

- grávidas solteiras não conheciam métodos anticoncepcionais. Porém, a observação e investigações demonstram que pelo menos boa parte tinha acesso aos anticoncepcionais e sabia que podiam engravidar, existindo uma situação ambivalente (Cassorla, 1985).
3. Jovens argentinos, contrários à ditadura militar de seu país, apresentaram-se como voluntários para lutar contra os ingleses e retomar as ilhas Malvinas. Depois, verificase que existiam sinais claros de que o exército estava despreparado e mal-equipado, chamando-se o evento de “suicida”.
  4. Reportagens sobre o *crack* mostra que milhares de pessoas em São Paulo levam uma vida de “mortos-vivos”, viciados, aguardando a morte, e praticamente todos sabem que morrerão em pouco tempo.
  5. São revelados números de crianças e jovens assassinados por policiais e por gangues rivais. Em entrevistas com sobreviventes e por dedução, verifica-se que as vítimas sabiam do risco que corriam.
  6. Investigações e dados da clínica demonstram que muitas pessoas rígidas e extremamente auto-exigentes consigo mesmas, que vivem a vida como se fosse um peso, comumente são hipertensas e propensas a ataques cardíacos (a sabedoria popular diz que são pessoas “que se matam de tanto trabalhar”).
  7. A chance de um viúvo morrer no ano posterior à morte da esposa é maior que a da população não viúva (o povo diz que perdeu a vontade de viver).
  8. Em muitas pessoas é facilmente identificável uma ligação entre perdas reais ou fantasiadas, alterações imunológicas e aparecimento ou piora de doenças auto-imunes, câncer, doenças infecciosas, etc. Em outras, isso não ocorre.
  9. Campanhas contra o cigarro fazem os fumantes sentirem-se discriminados e lutarem por seu direito de fumar, conscientes que o fumo pode matá-los. Após uma queda no consumo de cigarro nos E.U.A., ele aumentou principalmente entre os jovens.
  10. Um quarto dos acidentes de automóvel podem ser considerados suicídios subintencionais (Hart & Keydel, 1979). Para os psicanalistas, em grande parte dos 75% restantes podem ser identificados componentes autodestrutivos inconscientes. As mortes e seqüelas conseqüentes aos acidentes de trânsito são abordados constantemente pela imprensa, mas pouco se faz de prático.
  11. O projeto Guerra nas Estrelas foi abandonado com a queda dos regimes comunistas. Observa-se a dinâmica dos antigos países comunistas, para sua retomada ou não. Sabe-se que uma guerra nuclear poderá ser o fim, o suicídio da humanidade.
  12. Quando se quebra um tabu, em certas culturas, o transgressor morre pouco tempo após, seguindo um processo de culpa e remorso. A morte é “natural”, mas todos sabem que ela foi decorrente da transgressão.
- Essas observações podem nos ajudar a perceber a complexidade do tema, impelindo-nos a um estudo mais aprofundados de eventos, situações e indivíduos.
- Separaremos, entre inúmeras situações, algumas que acreditamos possam servir de modelo. Procuraremos, concomitantemente, demonstrar o seu valor para a Saúde Pública.

#### ALGUMAS FANTASIAS LIGADAS À AUTODESTRUIÇÃO

Não é possível arriscarmo-nos a compreender o fenômeno autodestrutivo se não investigamos as fantasias relacionadas às conseqüências deste ato. Enquetes que operam idéias conscientes nos serão de pouca ajuda, já que o manifesto comumente procura encobrir o recalcado. Por outro lado, a articulação das fantasias inconscientes farse-á de forma peculiar e própria a cada indivíduo.

No entanto, as ciências do individual nos seriam de pouca utilidade prática, no campo da Saúde Pública, se não procurássemos alguns elementos comuns aos diferentes seres humanos. Uma vez encontrados, é importante não utilizá-los de forma rígida, tomando-os como modelos, que terão de ser flexibilizados e modificados frente a cada situação individual.

Vejamus três situações como exemplo do método proposto, sendo um dos objetivos

descrever algumas formas de articulação dos fenômenos estudados com as fantasias sobre as funções da autodestruição.

### **Fantasias Relacionadas à Perda**

No jornal *Correio Popular* (1994), um sensível repórter relata que o caseiro Donizeti O., de 37 anos, “sucumbiu a um amor obsessivo”. Abandonado pela mulher, com quem vivera 15 anos, prometera: “se ela não voltar, prefiro morrer”. O texto informa: “parou de comer há três meses e meio, uma greve de fome temperada pelo delírio do abandono e a esperança de retorno (...) Nos primeiros dias após o abandono, Donizeti conduziu uma busca obsessiva. Sem sucesso, ingressou num estado traumatizante, de onde não conseguiu sair”. Donizete morreu. “O atestado de óbito prudentemente não vai informar. Mas o caseiro, como numa história dramática e ultra-romântica, morreu de amor (...) Um policial, que atendeu a ocorrência, definiu como ‘morte natural’, recorda o pai”. E complementa: “Não foi isso não. Ele morreu desgostoso, de saudade. O Donizeti era muito amoroso”.

Donizeti não constará das estatísticas de suicídio nem das de mortes violentas, assim como milhões de outras pessoas. Não sabemos se procurou (ou conseguiu ser atendido) por um profissional de saúde mental. E, se o foi, os tratamentos efetuados não foram suficientes.

Por outro lado, um caseiro teria poucas possibilidades de usufruir de um tratamento psiquiátrico ou psicoterápico adequado: a precariedade e a falta de acesso aos serviços de saúde, como fatores de violência contra o ser humano, também não constam dos atestados de óbito.

Podemos formular aqui algumas hipóteses sobre as fantasias ligadas à morte em pessoas como Donizeti, hipóteses essas reforçadas pelo estudo clínico de muitos outros pacientes e pela teoria psicanalítica.

É possível que, por fatores constitucionais e ambientais, Donizeti não tenha sido capaz de constituir um mundo interno, povoado predominantemente de objetos vivos e amorosos. A preponderância de objetos destruídos, desvitalizados, precários, torna seu mundo interno ameaçado e ameaçador. A ausência de vida

traduz-se em percepções de ataques destrutivos internos e que podem se externalizar. A salvação imaginária pode ser o encontro de uma figura, idealizada, que supriria este vazio. Para Donizeti, a esposa. Mas é difícil acreditar que esse alguém, idealizado, possa dar conta do vazio infinito. Além do que, os objetos destrutivos podem se manifestar, contaminando os aspectos idealizados.

Quando a esposa deixa Donizeti, ele perde seu suporte, aquela figura em quem ele depositou todas as esperanças de salvação. Ao mesmo tempo, ele sente, inconscientemente, que sua força mortífera foi superior ao amor que esperava de fora.

As seguintes fantasias inconscientes podem se enredar: a) fantasias de culpa, por ter estragado o objeto amoroso (interno e também externalizado na esposa); b) fantasias de terror, por sentir-se presa desses mesmos objetos destrutivos e destruídos, com ameaças de desintegração; c) fantasias de vingança, de mais ataques ao objeto que o abandonou, transformado de idealizado em frustrante e perseguidor; d) fantasias de autopunição, derivados dos sentimentos de culpa; e) fantasias de busca desesperada de ajuda, de reconstrução dos estragos.

Essas fantasias inconscientes (e muitas outras) articulam-se através de mecanismos que somente conheceríamos através da pesquisa psicanalítica. O mesmo ocorrerá em sua derivação para as fantasias de morte. Façamos algumas hipóteses em relação a estas: 1) fuga do sofrimento, expresso pela sensação terrível de desestruturação, de ataques violentos contra si mesmo; 2) encontro com figuras idealizadas, em outro mundo, paradisíaco, talvez identificadas com pessoas perdidas no passado; 3) decorrente da fantasia anterior, morte como volta ao útero materno, num mundo sem necessidades; 4) punição ao *self* e ao corpo, primordialmente por fantasias destrutivas, como a de matar (por exemplo, no modelo “olho por olho, dente por dente.”); 5) tentativa desesperada de mobilização de aspectos amorosos, projetados na família e na sociedade.

Ao mesmo tempo que o indivíduo pede ajuda, ele procura convencer o outro que é indigno de ser ajudado, vinga-se tornando-o impotente e enfia sua culpa nele, fazendo-o sentir-se responsável pelo sofrimento e morte

que não pôde evitar, ou que foi acusado de “causar”. Este motivo explica porque a morte por suicídio provoca tanta aversão na sociedade (o suicida punido com falta de cerimônias religiosas, com confisco de seus bens, etc.). Esta aversão aparece com mais clareza no desprezo que as pessoas manifestam em relação a quem tenta o suicídio e não morre (“queria chamar a atenção”), o que ocorre também no atendimento em pronto-socorros (Cassorla, 1991a).

Como vimos, parece-nos impossível descrever a complexidade dialética do funcionamento dessas fantasias, em sua inter-relação, através de notações numéricas.

A utilidade das considerações acima para a Saúde Pública poderia ser apontada através de algumas implicações:

1. Para que se constitua um mundo interno, povoado predominantemente de bons objetos, além de considerarmos fatores constitucionais, temos de nos comprometer pessoal e profissionalmente, contribuindo para a constituição de ambientes propícios. A capacidade de maternagem adequada desenvolve-se nas pessoas através da identificação com figuras carinhosas. Por mais difícil que seja enfrentar fatores sociais perversos, esta capacidade pode persistir. Mas, evidentemente, frustrações reais e condições de vida precárias dificultarão objetivamente esta função. Famílias desestruturadas, ausência do pai, doenças, problemas financeiros, desemprego e insegurança refletir-se-ão na qualidade e na quantidade de bons objetos identificatórios (Cassorla, 1984b). Por outro lado, ainda que não existam problemas de sobrevivência, o tipo de vida pode facilitar a preponderância de maus objetos. O apego ao sucesso e ao prestígio, a nossa cultura do narcisismo, a dissociação entre o material e o afetivo, que envolve também os estratos médios e altos de nossas populações, dificultam ou impedem a introjeção de bons objetos. Deste modo, o bem-estar material nada tem a ver com a felicidade pessoal (Cassorla, 1984c).

Gestação e parto felizes, amamentação natural, acesso a recursos sociais, prevenção de

agravos à saúde, condições para o desenvolvimento da auto-estima, educação adequada para a cidadania, respeito humano e trabalho digno são fatores inegáveis para que o ser humano desenvolva a plenitude de sua humanidade, onde predominem objetos internos bons.

2. Diagnóstico precoce de situações de frustração, perda e sofrimento emocional em pessoas mais vulneráveis. Intervenção em populações mais sujeitas a isso. Condições de identificar lutos, ajudando a pessoa a lidar com seus objetos internos e com a realidade externa de forma criativa. Tratamentos psicoterápicos e técnicas de educação em saúde (que avancem além do cognitivo e com uma ética indispensável, que critique manipulações) são essenciais. A compreensão do mundo cultural é necessária: parte da dificuldade na elaboração dos lutos tem a ver com a confusão ao lidar com perdas e morte na nossa sociedade. Condutas autodestrutivas, ainda que suspeitas, devem ser estudadas, compreendidas e a intervenção, efetuada. O estudo das intoxicações e envenenamentos acidentais, por exemplo, recente e promissor, revela que há muito por fazer (Marques et al. 1993).

Um exemplo recente nos faz pensar até que ponto existe uma espécie de conluio autodestrutivo, na nossa sociedade, em relação à falta de cuidados com o ser humano: uma autoridade pública, pressionada pela população após a morte de várias crianças numa avenida de alta velocidade, afirmou que isso ocorria porque os pais não cuidavam dos filhos. Não se levaram em conta fatores culturais: esta avenida era nova e cortava um bairro pobre (antes só de ruelas) em que as famílias ainda colocavam cadeiras nas calçadas para conversar e as crianças estavam acostumadas a brincar na rua...

3. Criação de condições que permitam o desenvolvimento da auto-estima pessoal e da sociedade. Isso somente pode ocorrer se o indivíduo é agente, ativo, crítico, participante de sua vida e da vida da sociedade da qual faz parte. Assim, com maior probabilidade, ele poderá sentir-se Homem, percebendo que tem objetivos valiosos para viver, objetivos

esses que o prendem à vida, por si mesmo e pela descendência, fazendo-o lutar contra a destruição.

No entanto, tudo isso não é suficiente, porque lidamos com fenômenos extremamente complexos. Assim, veremos autodestruição em pessoas que aparentemente viveram bem, e muita vida em pessoas que sofreram muito, mas enfrentam denodadamente as dificuldades. Nossas variáveis são rebeldes, não se reduzindo a algumas hipóteses ou constatações. A articulação entre elas será individualizada, e aqui temos de dar a mão à palmatória: o acesso individual a meios de autoconhecimento terá de ser também um instrumento de saúde pública, certamente prioritário. Somente este autoconhecimento permitirá que pessoas construam a recuperação de seus bons objetos internos, relações interpessoais cada vez melhores, cidadãos criativos e instrumentos de vida, e não de morte. Estaremos prevenindo não somente sofrimento individual, mas o sofrimento em filhos, netos e próximas gerações, vizinhos, colegas de trabalho e parceiros, ainda que tenhamos consciência de que nem tudo poderá ser resolvido e prevenido pelos métodos de intervenção de que dispomos, tanto individuais como sociais. Certamente, porque a complexidade do ser humano e da vida é maior que qualquer método.

### **Autodestruição Provocada pela Vítima**

Euclides da Cunha era um melancólico. Quando soube que sua esposa tinha um amante, exímio atirador, não quis deixar de ter um duelo. Foi morto. Diferente de Donizeti, do item anterior, ele não se matou diretamente, mas provocou sua própria morte.

Em situações em que não se encontram motivos para viver, em que o desespero e a ameaça de desestruturação mental são imensos, podemos provocar nossa morte indiretamente. Esses dados não aparecerão nas estatísticas de suicídio, mas nas de homicídio. Caso não ocorra a morte, o evento com violência manifesta engrossará as estatísticas de tentativas de homicídio e de outras condutas violentas em que o indivíduo foi vítima. Mas não entrarão nas estatísticas os comportamentos que mascaram a violência: contaminação consciente ou

semiconsciente pela AIDS; submissão a grupos destrutivos que usam álcool, drogas e/ou que se colocam em situações de perigo; negação do cuidado pessoal e social à saúde, negação de sintomas; trabalho excessivo, etc.

A culpabilização da vítima, de que nos fala Berlinguer (1990), traduzida muitas vezes em psicologismos em que se atribue à vítima a responsabilidade pela violência a que foi submetida, lembra mais um conluio sadomasoquista do que atitudes científicas, como são apregoadas. Muitos doentes morrem por deficiência de serviços de saúde, e não porque “desejavam” morrer. Conflitos relacionados à sexualidade, introjados pela sociedade, fazem com que comumente, uma mulher estuprada seja considerada culpada, de forma manifesta ou inconsciente, por exemplo.

Aqui, novamente nos defrontamos com variáveis rebeldes. Nada impede que circunstâncias reais de violência existam e se somem a atitudes masoquistas autodestrutivas. O erro é, novamente, não perceber a singularidade das diversas situações. Existem pessoas que estão sendo mortas, em nossas cidades, de forma totalmente inocente. Existem outras que evitam tomar os cuidados necessários, sentem-se pouco vulneráveis, mas não existe um componente autodestrutivo claro: gostam de correr riscos. E, finalmente, teremos aquelas pessoas que, de certa forma, buscam a autodestruição, mas praticada por outros.

Meninos e jovens de rua que enfrentam a polícia, policiais que enfrentam criminosos, gangues rivais que se enfrentam são os equivalentes aos soldados que vão para a guerra. Entre esses soldados temos os que vão forçados, contrariados; os que querem correr riscos, talvez sentir-se próximos à morte e derrotá-la; os voluntários, e neste grupo mais provavelmente teremos, resumindo, pessoas violentas, destrutivas, que procuram descarregar no inimigo seus impulsos, comumente personalidades antissociais; e os melancólicos, sem vontade de viver, que vão à guerra buscar a morte.

Entre os atores da violência urbana que nos assola provavelmente encontraremos pessoas com todas essas características. Não nos causará surpresa verificar que alguns dos meninos e jovens de rua que morrem todos os dias têm características autodestrutivas. Essas características decorrem de fatores individuais, estimula-



dos pela sociedade em que se criaram — uma sociedade que não lhes permitiu o acesso a uma humanidade criativa, que vive para a vida, e não para a morte.

A importância das considerações acima para a Saúde Pública repousa na possibilidade de que estejamos nos defrontando, no meio da violência injustificada, com fatores autodestrutivos. Estes terão de ser conhecidos: será diferente dar condições dignas de vida a uma criança abandonada, que deseja viver, do que a uma criança que introjetou tantos objetos destrutivos que seu objetivo primordial será a morte. Com estas teremos que utilizar outros métodos, muito mais profundos e ativos, de intervenção. O mesmo raciocínio valerá para alcoólatras e drogaditos propensos a acidentes, bem como para outras pessoas que correm riscos.

Poderíamos efetuar uma ampliação destes modelos autodestrutivos para além do indivíduo. Descreveríamos, assim, partes da sociedade que violentam outras partes. Essas condutas não podem ser dissociadas de aspectos autodestrutivos, tanto pela parte que aparentemente é agente (porque, a qualquer momento, o quadro pode se reverter contra ela) como pela parte que se submete à violência, sem reagir. Efetuar esta ampliação em detalhes exige equipes interdisciplinares, ficando a mesma como uma sugestão de estudo necessário.

### **A Relação Entre o Mundo Interno e o Mundo Externo**

A articulação entre o mundo interno, os fatores externos, o emocional e o social é permeada pelos aspectos culturais. Esses aspectos são introjetados e atuantes no mundo interno e, ao mesmo tempo, o influencia através do mundo externo. A relação mundo interno/mundo externo é intermediada por mecanismos de projeção e introjeção. A pessoa vive num mundo que envolve aspectos de ambos. No entanto, se não existir um certo grau de discriminação entre os dois mundos, viveremos num mundo psicótico.

Este interjogo aparece de forma ilustrativa em alguns exemplos:

1. Uma jovem de 14 anos que havia tentado o suicídio foi visitada em seu domicílio. De seu relato confuso pudemos deduzir que ela

andava deprimida e desesperançada, após ter sido abandonada pelo namorado. Na verdade, nem abandonada fora: fantasiava que este não mais a queria, a partir de seu comportamento. Em outros trabalhos foi descrita a história natural da tentativa de suicídio em jovens (Cassorla & Knobel, 1985; Cassorla, 1987), e esta moça apresentava as características ali assinaladas: mundo interno desvalorizado; baixa auto-estima; tentativas de ligações simbióticas substituídas; ameaça de ruptura desses vínculos; sentimentos de terror; atuações na área sexual, com gravidez; abortos; nascimento de filhos; às vezes promiscuidade; e tentativas de suicídio (não raro com abuso de álcool ou drogas), coerentes com as fantasias acima descritas.

No entanto, um estudo mais aprofundado revelou que esta moça havia introjetado padrões culturais e familiares assim vividos: a perda da virgindade desvalorizava a mulher, impedindo-a de ter um casamento e uma vida familiar digna. Após ter tido sua primeira relação sexual, fantasiou (e isso não lhe era totalmente consciente) que teria de se casar com seu primeiro parceiro, senão acabaria sua vida solteira. A outra opção, aceita culturalmente, era uma autopunição: a promiscuidade e a prostituição. Após o primeiro namoro, evitou qualquer contato com rapazes, insistindo e sonhando em reconquistar o seu único homem. Por outro lado, projetava seu sentimento de desvalorização naquele rapaz, e não acreditava que este poderia realmente amá-la, já que ela não era virgem. Quando este se aproximava, o desprezava: quem amasse alguém tão desvalorizado não podia valer grande coisa. Desta forma, ao mesmo tempo que se frustrava, castigava-se pela sua sexualidade. Dentro deste círculo vicioso, a jovem enredava-se, e a autodestruição manifestava-se como fuga do sofrimento, ataques ao objeto idealizado frustrante, autopunição e pedido de ajuda.

A moça foi socorrida e passou a ser acompanhada. Surpreendentemente, na semana seguinte ocorrem mais duas tentativas de suicídio de jovens do mesmo bairro. Ao visitá-las, descobrimos que as três se conhecem, são colegas. Estudando a dinâmica dos atos, é confirmada a presença de mecanismos identificatórios. As jovens estavam vivendo, fantasiosamente, os

processos pelos quais passava a primeira suicida. Elas também sentiam-se desvalorizadas por sua sexualidade precoce. Contudo, ficamos surpresos ao verificar que nossa presença havia sido um fator importante para a execução do ato: foi a única maneira que elas tiveram de obter ajuda profissional respeitosa, o que nunca haviam conseguido em seu meio, onde as mulheres eram divididas em duas categorias: as que “prestavam” e as que “não prestavam”.

Evidentemente, muitas outras jovens, no mesmo ambiente, não eram virgens, haviam trocado de namorados, algumas engravidaram, etc., e elas viviam bem, relativamente felizes. Isso demonstra que os fatores descritos nesta situação, facilmente visíveis no ambiente, podiam ser enfrentados com sucesso por outras moças que tivessem constituído um mundo interno mais vigoroso.

2. O executivo Q. passou a beber e tentou se matar de forma violenta, após ter sido despedido por deixar-se subornar por uma empresa rival. Um estudo mais aprofundado mostra que, na verdade, seu ato estava relacionado a uma necessidade de se vingar de seus chefes, nos quais projetava a figura paterna, aterrorizante e, ao mesmo tempo, invejada. Deixou-se descobrir e sua conduta autodestrutiva se acentuou. As fantasias subjacentes implicaram vergonha, culpa e autopunição. Mas, ao mesmo tempo, seu suicídio era dedicado aos substitutos da figura paterna, a quem deixara um bilhete (“não os responsabilizando por nada...”), e, mais, a uma busca, no “outro mundo”, de seu pai, morto na mesma idade que ele tinha quando foi descoberto (ou se expôs a isso) e que morrera num acidente, alcoolizado, num ato que se suspeitava ser suicídio. Entre outros mecanismos, identificamos uma reação de aniversário (Cassoria, 1991b). Existem muitos outros detalhes no interjogo de fantasias que vamos deixar de lado.

Ao mesmo tempo, conhecemos pessoas culpadas que se orgulham de sua esperteza, e o “levar vantagem em tudo” foi e é um padrão cultural de moda em nosso meio. Um desafio para os estudiosos é verificar como ele se constituiu e qual sua influência real na forma de

viver dos brasileiros. Suspeitamos que ele trouxe uma confusão imensa, principalmente aos mais jovens, confusão esta cujas consequências, maiores ou menores, ainda têm que ser avaliadas.

3. Esta mesma confusão pode ser estudada em comunidades mais isoladas. Uma investigação criativa foi efetuada por Maria Aparecida da Costa Pereira, psicóloga da Fundação Nacional do Índio (Funai), em relação aos suicídios ocorridos entre os índios Guaraní-Kaiwá, de Dourados, Mato Grosso do Sul. A colega faleceu em 1993, deixando seus estudos inéditos. A feliz oportunidade de interlocução nos permitiu as observações a seguir, que são fruto de seu trabalho.

A aldeia de Dourados conta com aproximadamente 8.500 índios, membros de duas sociedades etnicamente diferenciadas: Teréna e Guaraní, esta última subdividida em Guaraní-Nhandéva e Guaraní-Kaiwá. Existe uma fusão entre os vários ramos. Desde o final da década de 70 já se percebia uma conduta suicidária na aldeia, que atingiu seu auge em 1986, com 12 suicídios e 17 tentativas. O número reduziu-se à metade entre 1987 e 1989, mas em 1990 ocorreram 19 suicídios e 31 tentativas; e em 1991, 14 suicídios e 16 tentativas. A população predominantemente atingida, a dos Guaraní-Kaiwá e dos Guaraní-Nhandéva, era estimada em 6.500 índios.

Chamam a atenção o caráter seqüencial dos suicídios e a ocorrência predominante, de longe, em adolescentes. Uma vista-d’olhos pela aldeia de Dourados nos mostra mendicância social, revelada pelo número de índios que catam restos de feira na cidade; envolvimento de índios menores em roubos na cidade; uso de bebidas alcoólicas, de forma crescente também entre adolescentes e mulheres; considerável número de homicídios entre os índios, relacionados com o uso de bebidas alcoólicas; aumento progressivo de troca de parceiros conjugais, compondo um quadro de desestruturação familiar; presença de comportamentos sexuais estranhos à cultura Guaraní, como homossexualismo, incesto, curra e estupro; taxa elevada de suicídios consumados, tentativas e recidivas, principalmente entre os Kaiwás (2.600 índios);

índios Nhandéva e Kaiwá pré-adolescentes desorientados, por não identificarem seus limites psicológicos frente à cultura índia e não-índia.

O ambiente na aldeia é de terror: todos falam e se preocupam com o suicídio, e há uma sensação de que a qualquer momento qualquer um poderá se matar, ninguém estando imune.

Os alheios à cultura indígena identificam (e os índios concordam) alguns fatores desestruturantes na comunidade: bebida alcoólica; situação econômica extremamente precária (existe falta de terras e os índios trabalham principalmente como bóias-frias); brigas familiares; saída em massa dos índios para as fazendas; proliferação de seitas evangélicas dentro da aldeia, gerando cisões entre os índios, substituição da religião original por outra; falta de rezadores. São estas causas ou conseqüências da desestruturação? Ou melhor, como os vários fatores, entre eles prováveis causas e conseqüências, se imbricam?

Os próprios índios nos dão uma pista importante: o principal motivo que explica os suicídios é o feitiço, esta é a causa das causas.

Fugiria muito do tema se nos dedicássemos ao estudo da cultura e da religião Guaraní, mas, na sua desestruturação, Maria Aparecida da Costa Pereira coloca a base da rede causal, que, estimulada por outros fatores, pode nos fazer compreender a conduta suicidária. O Guaraní traz impregnado em si a religiosidade, base estruturante de sua identidade étnica e individual. A terra é o seu lugar de morada, o *tekohá*, espaço físico-político-simbólico, lugar estruturante e suporte de sua organização social. Para o Guaraní, não há no *tekohá* espaçamento vazio, estéril, nem no presente nem no passado, pois ele é prenhe de significados. Fora dos limites do *tekohá*, tudo está repleto de vazios, não há vida Guaraní. Além do *tekohá* existe a **Terra Sem-Mal**, espaço em que a condição humana é abandonada e se realiza a condição de um deus. O objetivo da vida do Guaraní é chegar o mais próximo de um estado de perfeição, o *agyuje*. Basicamente, o ideal de sua cultura é o desejo de ser Deus, o que é conseguido em atos coletivos, através de rezas, danças e cantos.

Os Guaraní acreditam em até quatro almas. Interessa-nos mais a *asyguá*, que é a que deter-

mina os principais traços do caráter. Após a morte transforma-se em *angueré*, que passa a vagar de modo inquietante e, dependendo do tipo de morte (principalmente as violentas), aterrorizando, geralmente perto da casa onde morava.

O *paí* ou *nhanderú* corresponde ao pajé, que é o receptor dos dons divinos e possui um poder mágico, canalizador das projeções da sociedade.

O *kiriri* é um constructo importante da identidade individual/social: ser calmo, moderado, paciente e silencioso. O comportamento agressivo, colérico, é desestimulado pela busca deste ideal, que impõe também a solidariedade grupal.

Em relação à morte, os Guaraní a consideram apenas um simples evento do destino, não se situando a mesma no universo do desconhecido: pode-se mediar seu destino, submetido ao sistema religioso. Temem, no entanto, a *angueré*, a alma errante, que invoca os vivos. Ela é tanto mais temida se a morte ocorre de modo violento: homicídio ou suicídio por enforcamento. E os Guaraní matam-se por enforcamento.

Todos esses dados, e muitos outros, levaram Maria Aparecida da Costa Pereira a propor a ocorrência de uma desestruturação no mundo mítico-religioso dos Guaraní, conduzida por muitos fatores, sendo a falta de *paí* um deles. Os jovens, principalmente, pressionados entre as tradições dos mais velhos e as seduções de costumes alheios, sentem-se perdidos, numa confusão de identidade que nós, não-índios, faríamos a analogia com um estado de desestruturação que se aproxima do psicótico. As fantasias inconscientes em relação ao ato suicida teriam de ser estudadas. Mas não ficaríamos surpresos se uma forma de “vingança” fosse povoar este mundo torturador, que deixa a pessoa aterrorizada, numa confusão desestruturante, com *angueré*, a alma atormentadora.

A idéia do feitiço passa por aí: um índio quase se matou e Maria Aparecida da Costa Pereira perguntou-lhe porque fizera isso. Ele disse que foi feitiço do vizinho. Indagado por que o vizinho teria feito isso, ele respondeu, com uma certeza inabalável: “Porque minha mangueira cresceu mais que a dele”.

Para nós, não-índios, a idéia da inveja, da auto-inveja projetada no outro, se impõe. No

entanto, temos de nos precaver, pois estamos lidando com outra cultura. Até que ponto o não-obedecer os Deuses, o romper padrões culturais milenares, não é vivido como algo que será punido? Até que ponto os brancos, com suas seitas religiosas, com o álcool, com suas técnicas agrícolas, não serão os vingadores, nos quais se projeta a punição por culpas assumidas, ainda que não reais? Estas são hipóteses que merecem uma investigação.

Qual a importância do relato deste estudo? Primeiro, como exemplo do interjogo complexo entre inúmeros fatores, não-reduzíveis a estatísticas. Segundo, como uma amostra de como mudanças culturais abruptas se manifestam, caotizando o sentimento de indivisibilidade da pessoa (individualidade) e levando a um processo desestruturante.

Podemos supor que situações similares devam explicar a única alteração significativa na mudança das taxas de suicídio em nosso meio (e a nível mundial): o aumento desses índices entre adolescentes e jovens. Os ritos de passagem, antigamente claros entre os índios e diluídos entre nós, vão sendo cada vez mais confusos, levando a ameaças de desestruturação da identidade. Temos que estudar mais esses aspectos, e lembramos que não estamos falando apenas de suicídio, mas de autodestruição em geral.

O outro ponto que queremos salientar no trabalho de Maria Aparecida da Costa Pereira: sua intuição de que a presença de rezadores (*paínhos*) poderia ajudar a diminuir o problema. Ela trouxe um do Paraguai e, a despeito da proibição das igrejas cristãs de que os índios participassem dos rituais, houve um comparecimento maior que o esperado. O número de atos autodestrutivos caiu logo a seguir. Não foi possível ter certeza total quanto à relação causal, mas muitos índios se sentiram felizes e solicitaram que ele voltasse.

Uma hipótese compreensiva: uma intervenção criativa, somente assim podemos lidar com fenômenos tão ricos e complexos.

## CONCLUSÕES

A autodestruição humana é mais uma faceta da violência em geral ou, em termos coletivos,

sua expressão completa. A articulação entre as várias formas de violência é intuída e tem sido estudada, mas merece um aprofundamento maior. Devemos nos cuidar para não reduzir fatos complexos àqueles mais facilmente observáveis. Formas emblemáticas de autodestruição constituem-se apenas na ponta de um *iceberg*, em cuja base escondem-se inúmeros fenômenos que estão mascarados ou aparecem de maneira sutil. Aqui nos defrontamos com situações que vão desde acidentes, doenças, desnutrição, desemprego, desrespeito humano, até a alienação da condição humana. Teorias psicanalíticas indicam, ao lado de aspectos libidinais, componentes autodestrutivos que funcionam permanentemente. São pulsões de vida e de morte que se articulam com fatores externos, ou mesmo que os atraem.

Por outro lado, os fatores externos, por vezes, podem ser compreendidos como formas de externalizar pulsões de morte, principalmente quando estas predominam. O processo civilizatório deve proporcionar condições para que as pulsões que predominam estejam erigidas do lado da vida, dialeticamente integradas em fantasias e comportamentos ligados ao amor, à construção de parcerias e à criatividade. Não alcançaremos o paraíso, certamente, mas teremos elementos que permitam que os seres humanos e as sociedades usufruam de mais felicidade.

---

## RESUMO

CASSORLA, R. M. S. & SMEKE, E. L. M. **Autodestruição Humana.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 61-73, 1994.

É assinalada a complexidade das situações autodestrutivas, tanto em sua vertente social como em suas manifestações aparentemente individuais (suicídio, acidentes, homicídio, doenças, drogadição, etc.). Discutem-se as falhas nos registros e propõem-se métodos para seu estudo mais aprofundado. Nesta visão, discutem-se fantasias autodestrutivas, em particular as ligadas a perdas, a feridas narcísicas, à autodestruição provocada pela vítima, e levantam-se hipóteses sobre fantasias

relacionadas a suicídios entre índios Guaraní. Esses aspectos são apresentados enfatizando-se sua aplicação preventiva no campo da Saúde Pública.

**Palavras-Chave:** Acidentes; Saúde Pública; Saúde Mental; Suicídio; Violência

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, J. G.; ANDREOLI, S. B. & BUSNELLO, E. D., 1992. Morbidade psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano I, Nº 1: 73-86.
- ARAÚJO, J. D., 1992. Polarização Epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano I, Nº 2: 05-16.
- BARROS, M. B. A., 1991. As mortes por suicídio no Brasil. In: *Do Suicídio: Estudos Brasileiros* (R. M. S. Cassorla, org.), pp. 41-59, Campinas: Papirus.
- BERLINGUER, G., 1990. Democracia, desigualdad y salud. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2: 9-15.
- BLEGER, J., 1980. A entrevista psicológica - seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: *Temas de Psicologia* (J. Bleger), pp. 7-41, São Paulo: Martins Fontes.
- BROOKE, E. M. (Ed.), 1976. *El Suicidio y los Intentos de Suicidio*. Geneva: Organización Mundial de la Salud. (Cuadernos de Salud Pública, 58)
- CASSORLA, R. M. S., 1984a. Jovens que tentam suicídio — características demográficas e sociais: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (I). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33: 3-12.
- \_\_\_\_\_, 1984b. Características das famílias de jovens que tentaram suicídio em Campinas, Brasil: um estudo comparativo com jovens normais e psiquiátricos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, 30: 125-134.
- \_\_\_\_\_, 1984c. O narcisista, branca de neve e o poder em nossa sociedade: uma hipótese psicanalítica. *Estudos de Psicologia*, 1: 93-100.
- \_\_\_\_\_, 1985. Jovens que tentam suicídio — relacionamento social, gravidez e abortamentos. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (III). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34: 151-156.
- \_\_\_\_\_, 1987. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36: 137-144.
- \_\_\_\_\_, 1991a. O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. In: *Do suicídio: Estudos Brasileiros* (R. M. S. Cassorla, org.), pp. 149-165, Campinas: Papirus.
- \_\_\_\_\_, 1991b. O tempo, a morte e as reações de aniversário. In: *Do suicídio: Estudos Brasileiros* (R. M. S. Cassorla, org.), pp. 107-116, Campinas: Papirus.
- CASSORLA, R. M. S. & KNOBEL, M., 1985. Depression and suicide in adolescence. In: *The Health of Adolescents and Youths in the Americas*, pp. 156-169, Washington: PAHO/WHO.
- CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), 1992. Séries históricas de óbitos segundo grandes grupos de causas por U.F. - Período 1979-1988. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano I, Nº 2: 51-70.
- CORREIO POPULAR, 1994. *Correio Popular*, Campinas, 07 de maio, p. 3, Caderno Cidades.
- DURKHEIM, E., 1973. *O Suicídio*. Lisboa: Presença.
- GINZBURG, C., 1990. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: *Mitos, Emblemas e Sinais* (C. Ginzburg), pp. 143-179, São Paulo: Cia. das Letras.
- HART, N. A. & KEYDEL, G. C., 1979. The suicidal adolescent. *American Journal of Nursing*, 79: 80-84.
- LADRIÈRE, J., 1977. *A Articulação do Sentido*. São Paulo: EPU-EDUSP.
- MARQUES, M. B.; BORTOLETTO, M. E.; FREITAS, C. M.; BEZERRA, M. C. C. & SANTANA, R. A. L., 1993. Intoxicações e envenenamentos acidentais no Brasil: análise epidemiológica dos casos registrados para o Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas - SINITOX. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano II, Nº 4: 59-96.
- MINAYO, M. C. S., 1993. *O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.
- MOURA, E. C., 1992. Direito à Saúde: o Papel de Diferentes Sujeitos Sociais no Exercício da Cidadania. Campinas: PUCCAMP. (Mimeo.)
- NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. P. & MENDES, C. M. C., 1993. Violência e mortalidade na Bahia: o perfil das vítimas e tendências recentes. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano II, Nº 3: 35-46.
- TOOLAN, J. M., 1975. Suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 29: 339-344.