

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

**SUICÍDIO NO SISTEMA CARCERÁRIO:
ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL BIOPSISSOCIAL
DO PRESO NAS INSTITUIÇÕES PRISIONAIS
DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado

ANDRÉIA MARIA NEGRELLI

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto
Orientador

Porto Alegre, 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

**SUICÍDIO NO SISTEMA CARCERÁRIO:
ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL
DO PRESO NAS INSTITUIÇÕES PRISIONAIS
DO RIO GRANDE DO SUL**

ANDRÉIA MARIA NEGRELLI

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Criminais, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob a orientação do Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

Porto Alegre, 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

ANDRÉIA MARIA NEGRELLI

**SUICÍDIO NO SISTEMA CARCERÁRIO:
ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL BIOPSISSOCIAL
DO PRESO NAS INSTITUIÇÕES PRISIONAIS
DO RIO GRANDE DO SUL**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto – Orientador

A minha mãe (*in memoriam*),
que, ao longo de sua vida, conseguiu transmitir a força,
capaz de me fazer seguir sempre em frente, para realizar minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho resultou do esforço conjunto de um grande número de pessoas, que possibilitou a realização deste trabalho.

Em especial, gostaria de agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, pela instigante motivação de aprofundar meus conhecimentos nesta área tão complexa que é o suicídio, por seu incentivo e apoio constante na orientação, conduzindo com sabedoria, paciência nossos encontros.

Meu agradecimento à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), que me permitiu acesso aos dados, para coleta. Em especial ao responsável pelo arquivo, Sérgio Roberto Silva da Costa, que me auxiliou na busca dos prontuários penais dos presos.

Aos colegas do Centro Clínico da SUSEPE, pelo carinho e paciência, dispensados durante o mestrado.

A minha sobrinha Manoela, estudante de Direito, pelo apoio na coleta dos dados.

Meu agradecimento à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), na pessoa de seu Superintendente, Djalma Manuel Bittencourt Gautério.

Ao Rodolfo Herberto Schneider, por me oportunizar a realização do mestrado, bem como pelo apoio constante.

O que eu quero mais na vida

“Eu penso nessa nega, aí, e só.
Não penso em mais ninguém.
Eu tenho que encontrar com essa nega antes de morrer.
O meu medo é morrer e não ver ela.
O senhor pode crer, se eu morrer na cadeia,
eu não vou morrer sossegado.

É o que eu mais quero nessa vida,
Primeiramente, é ver a Rosirene de novo,
Depois, e matar o Mato Grosso,
O Mato Grosso é segundo plano.
Mas a primeira coisa
É ver a Rosirene, eu quero ver ela mais uma vez.
É uma nega linda, viu, doutor?

Rárará... tá louco! A nega me enfeitiçou,
a nega me enfeitiçou.
Já tá na hora, né, doutor?”

Estação Carandiru
Drauzio Varella

RESUMO

Este trabalho identifica as características demográficas e criminológicas dos detentos que cometeram suicídio, no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, sob a custódia do Estado, no período de 1995 a 2005. Ao longo de onze anos, foi registrado um total de 1.390 mortes em detentos no sistema prisional, 80 delas por suicídio. Os suicídios corresponderam à média de 5,79% do total de mortes ocorridas no Sistema Prisional, no período pesquisado. A taxa de suicídios foi de 2,98% vezes a taxa média de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul, sendo a terceira causa de morte no sistema prisional, perdendo apenas para doenças infectocontagiosas e homicídio. Os resultados obtidos foram agrupados sob três eixos, para melhor estudar as características do suicídio, no sistema prisional: a) achados relativos ao perfil do suicida; b) dados que caracterizam o ato suicida e c) os dados que apontam fatores de risco da prática suicida. Como perfil do suicida, identificamos 97,5% dos sujeitos do gênero masculino; 43,8% com idade de 20 a 29 anos; 74,7%, cor branca; 53,2%, estado civil solteiro; 12,5%, provenientes da região metropolitana; 95,7%, de religião católica; 82,5% com grau de instrução primeiro grau incompleto; 18,8%, baixa qualificação profissional. O ato suicida caracterizou-se por enforcamento (82,5%); durante o dia (72,7%); principalmente, nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro; preferencialmente no regime fechado (81,3%). A pesquisa aponta ainda para fatores complementares, que se relacionam com o risco à prática suicida, como a condição de réu primário (77,3%); presença de doença mental (68,8%); tempo cumprido de pena de um a quatro anos (43,8%); expectativa de pena a cumprir, de 5 a 10 anos (31,1%); e tipo de delito contra a vida, principalmente o homicídio (37,4%). Este perfil pode contribuir para um melhor planejamento de um programa de prevenção do suicídio, nas casas prisionais do Rio Grande do Sul.

Área de Conhecimento: Psiquiatria e Violência.

Palavras-chave: Suicídio, Violência, Crime.

ABSTRACT

This work identifies the demographic and criminologic characteristics of the prisoners that committed suicide in the Prisional System of Rio Grande do Sul that were with the custody of the state, in the period of 1995 until 2005. In the period of eleven years, was registered a total of 1390 deaths with prisoners in the prisional system, 80 of them were done by suicide. The suicides corresponded the average of 5,79% of the total of deaths occurred in the Prisional system, in the period researched. The tax of suicides was 2,98% times the average tax of suicides in the state of R.G.S., being the third cause of death in the Prisional system, losing only for infect-contagious diseases and homicides. The results obtained were grouped in three axis to study better the characteristics of the suicide in the prisional system: a) material found about the suicide profile; b) aspects that characterize the suicide act and c) items that indicate risk factors of the suicide practice. As profile of the suicide we identify that 97,5% were masculine genus, 43,8% with the age among 20 to 29 years old; 74,7% white color; 53,2%, civil situation: single; 12,5% from the metropolitan region; 95,7% catholic religion; 82,5% with instruction level of Fundamental incompleated; 18,8%, lower professional qualification. The suicide act was characterized for hanging (82,5%); during the day (72,7%); mainly in the months of December, January and February, occurring with priority in the closed regime (81,3%).

The research shows also that complementary factors that are connected with the suicide profile that relate with risk factors to the suicide practice, as the condition of primary accused (77,3%); presence of mental disease (68,81%); served time of one to four years (43,8%), expectation of serve a sentence of five to ten years (31,1%) and type of transgression against the life, mainly the homicide (37,4%). This profile can contribute for a better planning of a prevention program of the suicide, in the prisons of Rio Grande do Sul.

Knowledge area: Psychiatry and Violence.

Key-words: Suicide, Violence, Crime.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa das Regiões Penitenciárias	55
FIGURA 2: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o gênero do apenado	60
FIGURA 3: Prevalência de suicídio, de acordo com a faixa etária	61
FIGURA 4: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o grau de instrução dos presos	65
FIGURA 5: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o meio empregado	68
FIGURA 6: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com os tipos de delitos cometidos pelos apenados.....	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Causas de morte no Sistema Prisional Penitenciário do RS, de acordo com o ano de ocorrência.....	58
QUADRO 2: Perfil do suicida no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul.....	82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Casos de suicídio no Sistema Penitenciário do RS, de acordo com o ano de ocorrência	59
TABELA 2 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a cor do preso.....	61
TABELA 3 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o estado civil do apenado.....	62
TABELA 4 - Suicídios no sistema penitenciário do RS, de acordo com a existência de filhos do apenado	63
TABELA 5 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a naturalidade dos apenados, por município	63
TABELA 6 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a religião dos apenados	65
TABELA 7 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a profissão dos presos	66
TABELA 8 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o turno de ocorrência do suicídio.....	68
TABELA 9 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o mês de ocorrência	69
TABELA 10 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a estação do ano	69

TABELA 11 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o município de ocorrência.....70

TABELA 12 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o município de ocorrência do suicídio, por mesorregião.....71

TABELA 13 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o regime dos apenados71

TABELA 14 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o tempo de pena dos apenados.....72

TABELA 15 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com tempo cumprido de prisão73

TABELA 16 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a condição dos apenados.....73

TABELA 17 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a ocorrência de prisão em flagrante.....74

TABELA 18 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a existência de baixa no IPF.....74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Caracterização do Suicídio	17
3.2 Aspectos Históricos e Culturais do Suicídio	19
3.3 Aspectos Sociais do Suicídio	23
3.4 Aspectos Psicológicos do Suicídio	25
3.5 O Suicídio no Mundo	30
3.6 Suicídio no Sistema Prisional	36
3.7 Os Aspectos Legais do Comportamento Suicida e Responsabilidade do Estado	47
3.8 Incriminação do Suicídio	49
4. METODOLOGIA	55
4.1 Delineamento da Pesquisa	55
4.2 População	55
4.3 Local	55
4.4 Coleta dos Dados	56
4.5 Instrumento	57
4.6 Análise e Interpretação dos Dados	57
4.7 Aspectos Éticos	57
5 RESULTADOS	59
5.1 Dados que caracterizam o perfil do suicida	60
5.3 Dados que apontam fatores de risco da prática suicida	73
6 DISCUSSÃO	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PROTOCOLO)	98
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO PARA PESQUISA (SUSEPE)	100
APÊNDICE C - CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA	102
APÊNDICE C - CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA	103

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se a uma casuística de detentos que se suicidaram, durante o período em que se encontravam sob tutela do Estado. Tal objeto de pesquisa configurou-se a partir do interesse dos profissionais de Psicologia pelos aspectos do sofrimento humano, trabalhados no cotidiano do Sistema Prisional. Neste sentido, foi sendo fomentado grande interesse por este tema de relevância e impacto na Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), na Psicologia, na Psiquiatria e no Direito.

A pesquisa buscou elementos, para identificar e compreender a violência da morte por suicídio, em presos do Sistema Prisional. O desejo de tentar entender um ato tão complexo como este gerou a intenção de pesquisar e abrir caminhos na investigação do tema. O trabalho teve como base um estudo retrospectivo da população carcerária, que cometeu suicídio.

A proposta deste estudo envolveu, também, o desejo de compreender os fatores relacionados e a situação em que houve a ocorrência, com a finalidade de poder instrumentalizar ações futuras de intervenção e de prevenção. Para tanto, partiu-se de uma breve revisão de literatura, sobre os principais aspectos relacionados ao suicídio em geral. Os tópicos revisados foram vários, desde aqueles de natureza sociológica, histórica, cultural, até os de ordem psicopatológicas e psicológicas. Foi realizada, ainda, uma revisão das estatísticas brasileiras e mundiais, como contextualização.

O suicídio, entendido como uma agressão deliberada que o indivíduo pratica contra si mesmo, com a intenção de pôr fim à sua vida, constitui-se num fenômeno a ser analisado a partir da focalização do indivíduo inserido no grupo social ao qual pertence e em que estabelece um intercâmbio¹ (GAUER; LAZZARIN, 2003). Trata-se de um ato extremo, que implica em sofrimento individual e social, gerando um impacto profundo nos que convivem com esta situação de autodestrutividade. Esta pesquisa envolve a abordagem dos detentos que praticam o suicídio, já que cabe ao Estado a responsabilidade de zelar pela saúde e integridade dos detentos.

¹ GAUER, R. M. C.; LAZZARIN, S. K. Suicídio: um direito à morte?. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, a. 3, n. 11, p. 69-76, 2003.

Nos presídios, o suicídio é freqüente. O sistema prisional enfrenta dificuldades de várias ordens, como superlotação, precárias condições de saneamento e incidência de doenças infectocontagiosas. Estes fatores contribuem para o agravamento da realidade vivenciada pelo detento. Além disso, problemas mentais, bem como sentimentos de impulsividade, agressividade e desesperança também podem desencadear a prática suicida, em ambientes prisionais. Os dados dos estudos científicos indicam um alto índice de suicídios nas casas prisionais do Rio Grande do Sul². Portanto, este trabalho, é de extrema relevância, pelo seu caráter inédito.

Estudos indicam que a assistência, nas prisões do mundo ocidental, é muito precária. Há, nestes espaços, falta de programas específicos de saúde, no sentido de prevenir doenças e, também, a prática suicida.

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha para a prevenção do suicídio, que envolvia uma série de recursos. Como parte desta campanha, realizou um estudo multicêntrico de intervenção, destinado a grupos profissionais e sociais, cujas atividades podem contribuir para a prevenção do suicídio – profissionais da saúde, da mídia, da educação e do sistema penitenciário. Segundo este estudo, o manejo bem-sucedido de um indivíduo suicida depende do reconhecimento da ideação suicida, da avaliação adequada do problema, do início e manutenção de um tratamento apropriado. A abordagem preventiva deve estar vinculada a uma determinada cultura e a um determinado ambiente, pois o suicídio acontece em um dado espaço sociocultural e físico.

O estudo da OMS sinaliza, ainda, que a prevenção do suicídio envolve uma série de atividades. Estas abrangem desde a provisão de melhores condições possíveis, como o tratamento de distúrbios mentais, até o controle ambiental dos fatores de risco. A análise de tais fatores de risco, associados ao comportamento suicida, mesmo sem uma etiologia definida para este ato, pode fornecer caminhos possíveis de intervenção.

Portanto, estudos sistemáticos e objetivos, sobre as características dos presos que cometeram suicídio, são importantes para formulação de programas preventivos e de acompanhamento dos profissionais que lidam com esta população.

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization – Banco de dados – Relatórios sobre suicídios, 2000 e 2001. Disponível em: < <http://www.who.int.word> > Acesso em: maio de 2006.

Este trabalho está estruturado, a partir de uma introdução, o primeiro capítulo, seguida de revisão da literatura, que apresenta a caracterização do suicídio, aspectos históricos, sociais, psicológicos do suicídio no mundo e no sistema prisional. Este segundo capítulo contempla, neste sentido, uma revisão estatística de casos estudados em outros países. Traz, também, considerações sobre os aspectos legais, a incriminação do suicídio e a responsabilidade do Estado.

Os resultados foram agrupados sob três eixos, para melhor identificar as características do suicídio no sistema prisional: a) achados relativos ao perfil do suicida; b) dados que caracterizam o ato suicida; e c) dados que apontam fatores de risco na prática suicida. O estudo realizado foi transversal, tendo como objetivo investigar as características demográficas e criminológicas dos detentos do Rio Grande do Sul, que estiveram sob a custódia do Estado, no período de 1995 a 2005.

Após os resultados, são apresentadas as discussões, quando é realizado o contraponto entre os dados coletados para este estudo e os achados apresentados na revisão da literatura. Por fim, as considerações finais sintetizam os aspectos relevantes deste trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é traçar o perfil dos detentos do sistema prisional do Rio Grande do Sul, que praticaram suicídio, nos últimos 11 anos (1995-2005), bem como caracterizar os atos suicidas e os fatores de risco.

2.2 Objetivos Específicos

- Obter dados que possam identificar o perfil dos detentos do sistema prisional do Rio Grande do Sul, no período pesquisado;
- Avaliar se há relação entre o ato suicida e aspectos como o tempo e tipo da pena, tempo cumprido, condição penal, tipo de crime, baixa no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF);
- Identificar os fatores de risco para a prática suicida, nos casos de detentos do sistema prisional gaúcho;
- Contribuir, de alguma maneira, para a prevenção e intervenção adequada, sobre o tema do suicídio no sistema prisional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Caracterização do Suicídio

O suicídio caracteriza-se como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria pessoa, quando esta sabe que tal ato produz esse resultado. A tentativa de suicídio, por sua vez, é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte.³

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o ato suicida “[...] é todo o ato em que o indivíduo cause uma lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro móvel do ato”. Já a tentativa de suicídio pode ser considerada um ato com um resultado não fatal. Neste caso, um indivíduo inicia um comportamento não habitual que, sem a intervenção de outros, poderá causar prejuízo para si próprio⁴.

A palavra suicídio é composta pelo pronome latino *sui*, que significa “para si”, ou “de si”, e *cidium*, que significa “morte”. Este, por sua vez, é cognato do verbo latino *caedere*, que significa “matar”. Ou seja: etimologicamente, suicídio significa matar a si próprio⁵.

Cassorla⁶ expande o conceito de suicídio, ao defini-lo como “morte de si mesmo” e ao incluir as condutas de risco que podem levar a esta morte. A palavra suicídio conteria, assim, vários significados e serviria para designar aspectos relacionados à motivação, à intencionalidade e à letalidade. O autor comenta, ainda, que, em suicidologia, a intencionalidade refere-se à intensidade do desejo da pessoa em terminar com a própria vida. A conseqüência do ato, em termos de gravidade médica, então, indicaria a letalidade. Segundo esta compreensão, não aderir a um tratamento médico, fumar, fazer dietas rigorosas, dirigir sob efeito de álcool e/ou drogas, etc., seriam exemplos de formas de suicídio.

³ DURKHEIM, D. É. **O suicídio**: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: World Health Organization – Banco de dados- Relatório sobre suicídio, 2000 e 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/word>> Acesso em abril de 2006.

⁵ MELEIRO, A. WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÁ NETO, M. R. (Org.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.389.

⁶ CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.21-33.

Feijó⁷, por sua vez, não separa suicídio de tentativa de suicídio. Para o autor, a tentativa fracassada não invalida a intenção real de morte. A sobrevivência pode ser obtida com a chegada, a tempo, de socorro ou pelo uso, por parte do sujeito, de meios não tão agressivos para causar sua morte. A falta de habilidade psíquica e motora para realizar o ato também pode frustrar uma tentativa de suicídio.

O autor refere, ainda, que a tentativa de suicídio pode ser compreendida como um pedido de socorro. Por utilizar um método fatal, porém, o indivíduo não consegue se arrepender.

Cassorla⁸ afirma, neste sentido, que o suicida não deseja morrer, já que “ninguém sabe o que é a morte”. Por mecanismo inconsciente, entretanto, a pessoa manifesta a vontade de livrar-se de um sofrimento, que considera intransponível e intolerável.

Conforme com Reinecke⁹, o suicídio é, por si só, caracterizado como consequência de uma situação de crise. Isto porque, durante a vida, há períodos difíceis, que, para algumas pessoas, são sentidos como insuportáveis. Tal discernimento, decorre da maneira como cada indivíduo avalia, interpreta e vivencia suas experiências individuais.

Aguilera define suicídio como crise psicológica, representada pela inabilidade individual de resolver os problemas. Esta crise associa-se, ainda, a um estado de desequilíbrio emocional, geralmente proporcionado por grandes mudanças, que o indivíduo considera como impossíveis de serem assimiladas. Assim, o processo resulta em aumento da ansiedade, bem como da percepção da impossibilidade de resolução do conflito. Surgem, então, sentimentos de desamparo, que impedem a consideração de alternativas ou a tomada de atitudes que modifiquem a situação¹⁰.

⁷ FEIJÓ, M. **Suicídio**: entre a razão e a loucura. São Paulo: Lemos, 1998.

⁸ CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

⁹ REINECKE, M. A. Suicídio e depressão. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. F. (Orgs.). **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenções em crise**. (v.1). Campinas: Editorial Psyll, 1995.

¹⁰ AGUILERA, D. C. **Crisis intervention**: theory and methodology. Missouri: Mosby, 1993.

3.2 Aspectos Históricos e Culturais do Suicídio

O suicídio é um problema universal, presente em todos os períodos da história humana. O conceito de suicídio é bastante amplo e polêmico, na própria conceituação etimológica. Não se encontra uma definição universalmente aceita. Isto é, não há um consenso, neste sentido. Na prática, o suicídio pode significar inúmeras coisas para diferentes pessoas, através dos tempos e entre as culturas.

Menninger¹¹ comenta que há certos assuntos falados em tom de brincadeira, como que para evitar a necessidade de discuti-los de forma séria. Um destes é o suicídio. Tal prática foi, ao longo de todo o processo de civilização, um tema envolto por tabus e mistificações. Neste sentido, acreditamos que realmente exista um tabu envolvendo o suicídio. Algumas pessoas evitam dizer a palavra, a maioria dos jornais não publica notícias sobre o assunto, que tem sido, também, evitado como objeto de pesquisa. Talvez, resida neste ponto a razão para a dificuldade de encontrar um conceito único para o suicídio.

Segundo Bonniec¹², o suicídio tem sido verificado em todas as épocas e em todas as culturas. Conforme o autor, esta prática corresponde à ação mediante a qual uma pessoa se inflige a morte, por um ato ou pela omissão de alguma providência, capaz de conservar a vida. “É uma realidade humana, complexa, difícil de compreender e julgar. Sempre, porém, existiu, quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra”¹³.

Na Grécia Antiga, o suicídio era condenado política e juridicamente. O indivíduo não podia se matar, sem o prévio consentimento da comunidade, ficando sempre sujeito ao poder do Estado. Quem se matava era enterrado com uma marca do seu ato. Assim, ficava estabelecida a recusa às honras de sepultura. Além disso, a mão do indivíduo era amputada e enterrada à parte¹⁴.

Para Platão (427-347 a.C.), o objeto da filosofia era representado pela idéia, pelo princípio universal, de que tudo existe. O mundo das idéias seria o mundo dos conceitos, graças aos quais adquirimos a possibilidade de atingir a essência, e não a

¹¹ MENNINGER, K. **Eros e Tânatos**: O Homem contra si mesmo. São Paulo: IBRASA, 1970. .

¹² BONNIEC, I. L.; GUILLON, C. **Suicídio**: Modo de Usar, São Paulo: EMW, 1994.

¹³ BONNIEC, 1994, p. 41.

¹⁴ DIAS, M. L. **Suicídio**: testemunhas de adeus. São Paulo: Brasiliense, 1991.

aparência, dos seres e das coisas. Com Platão, ficou postulado o problema da subjetividade da consciência, na aproximação da realidade. O pensador conclui que o que distingue o ser humano dos animais é a alma e dividiu a alma em racionalidade e irracionalidade. Os seres humanos, portanto, sendo livres para escolher, segundo o pensador, são responsáveis pelos seus atos. O suicídio era, assim, considerado como ato covarde e passível de punição, o que se evidencia com a alteração do ritual do sepultamento¹⁵.

Aristóteles, opondo-se a Platão, reconheceu a importância do conhecimento das conseqüências de uma ação, para que o ser humano tenha responsabilidade por ela. O filósofo afirmava que viemos ao mundo como uma folha em branco, e que, através da experiência, adquirimos o conhecimento. Para Aristóteles, mente e corpo eram indivisíveis, como forma e matéria. Uma pessoa seria moralmente responsável, se, com conhecimento das circunstâncias e na ausência de forças externas, deliberadamente cometesse um ato específico¹⁶. Assim, para Aristóteles¹⁷, o ato suicida era considerado uma fraqueza contra a pátria, uma renúncia aos deveres civis.

O entendimento do suicídio teve uma alteração importante com Hipócrates, médico grego (400 a.C.). Este, contrariando o caráter sagrado da vida, entendeu o suicídio como loucura e esta como um desarranjo da natureza orgânica do homem. Para Hipócrates, essa natureza se estendia no corpo humano, sob a forma dos quatro humores. Os distúrbios mentais teriam, assim, origem em um desequilíbrio nos quatro líquidos presentes no corpo humano: o sangue (temperamento sangüíneo), a linfa (temperamento fleumático), a bile amarela (temperamento colérico) e a bile negra (temperamento melancólico)¹⁸.

Na Idade Média, a “loucura” sofreu muita repressão, pois era associada à possessão diabólica. O mesmo era considerado quanto aos atos de suicídio. Foucault¹⁹ refere que Agostinho de Hipona, no séc. IV, afirmou que o mal era o pecado, cometido por livre escolha dos homens. Por isso, a loucura não podia ser atribuída a uma decisão divina, mas à fraqueza dos homens e ao mau uso do livre-

¹⁵ COHEN, C; MARCOLINO, J. A. M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C; FERRAZ, F. C; SEGRE, M. **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996, p. 13-23.

¹⁶ FREIRE, I. R. **Raízes da Psicologia**. São Paulo: Vozes, 2002.

¹⁷ ARISTÓTELES apud DIAS, 1991.

¹⁸ HIPÓCRATES apud BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

arbítrio. As mulheres histéricas ou psicóticas eram acusadas de estarem possuídas pelo demônio. Por isso, eram queimadas como bruxas. O louco, neste período, passou a ser o diferente, o excluído da sociedade, como ocorreu, em outros momentos, com os leprosos. Segundo Foucault, a loucura substituiu a lepra, como o novo “bode expiatório” da sociedade.

No Cristianismo, o suicídio sempre foi condenado. Segundo esta visão a vida pertence a Deus. Neste sentido, Dias²⁰ afirma que o quinto mandamento da Igreja Católica, “não matarás”, pressupõe, também, “não matarás a si próprio”. Para São Tomás de Aquino, o suicídio era o pior dos crimes. Somente Deus poderia tirar aquilo que deu ao homem – sua vida. Esta era considerada um dom divino. Na Idade Média Cristã, o ato de se matar configurava-se um sacrilégio.

A partir da Revolução Francesa, o suicídio assumiu um caráter mais oculto, passando a ser compreendido como uma transgressão, um sinal de patologia²¹.

Com o surgimento do Renascimento - séculos XV e XVI d.C. -, houve o despertar da formação científica e a teoria da loucura passou a ser elaborada sob a influência do organicismo e da doutrina sobre as faculdades da alma ou da mente. Assim, as doenças mentais não eram mais tratadas como “possessão”²².

Mesmo com as atribuições médicas legalizadas, no século XVIII, a visão dos legisladores recaía, apenas e tão somente, na defesa da sociedade contra o alienado mental criminoso. Isto ocorria, já que se concebia a insanidade como distúrbio do autocontrole e da identidade. Então, os doentes mentais criminosos cumpriam pena com criminosos comuns.²³

Para Foucault, o período entre o final do século XIX e o início do século XX marcou o debate em torno da questão crime e loucura. O saber médico conduziu à mudança na explicação, baseada no determinismo hereditário e no neurofisiologismo.

No final do século XIX, surgiu a Escola Positiva²⁴, tendo o médico Cesare Lombroso e os juristas Enrico Ferri e Raffaele Garofalo como principais expoentes

¹⁹ FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

²⁰ DIAS, 1991, p. 31.

²¹ KALINA, E; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

²² DÖRNER, K. **Ciudadanos y Loucos**: história de la Psiquiatria. Madrid: Taurus, 1974.

²³ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

²⁴ CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

da moderna criminologia científica. Segundo Lombroso²⁵, o criminoso deveria ser analisado como ser biológico, isto é, um indivíduo que carrega os estigmas hereditários de suas tendências criminosas. Na concepção de Ferri, o Direito Penal estaria vinculado apenas a uma parte da Sociologia Criminal. Já para Garofalo, a pena não deveria adaptar-se à gravidade maior ou menor do delito e, sim, ao quanto o delinqüente oferece perigo.

As práticas médicas preventivas configuraram-se institucionalmente, na França, a partir do século XIX, por meio da intervenção pedagógica sobre a família, a infância e a delinqüência, como prevenção ao crime e à loucura²⁶.

A filosofia moderna, a partir do embate decorrente do dualismo cartesiano, originou as concepções organicista e idealista da doença mental. A partir do século XIX, a etiologia da doença mental passou pela ordem física e biológica e pela influência das teorias de enfoque psicológico e social, através da Psicanálise e do Marxismo.

No século XX, o criminoso passou a ser analisado física e psiquicamente, ou seja, como um ser biopsicológico, que necessita de tratamento. Buscou-se, ainda, a prevenção especial. Além disso, pode-se afirmar que a Escola Positivista contribuiu muito para o surgimento das chamadas Medidas de Segurança²⁷.

Medida de Segurança é um instrumento utilizado pelo Direito Penal. É a forma legal que a Justiça encontrou, para tratar de quem comete um delito e é considerado doente mental²⁸. Trata-se de um conceito positivista, que justifica a pena (medida), como meio de defesa social. “Logo se trata de defender a sociedade destes seres perigosos que se apartaram ou que apresentam a potencialidade de se apartar do normal (prognóstico científico da periculosidade) havendo que ressocializá-los ou neutralizá-los”²⁹.

Nos países muçulmanos, o suicídio tem significado “santo” ou religioso. É considerado uma prática nobre. Isto pôde ser constatado nos ataques aos Estados

²⁵ Cesare Lombroso entendia a criminalidade como fenômeno hereditário, passível de ser reconhecido pelas características físicas do indivíduo.

²⁶ BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

²⁷ BRUNO, A. **Perigosidade criminal e medida de segurança**: Rio de Janeiro: Forense, 1989.

²⁸ BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

²⁹ ANDRADE, V. R. P. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, v.6, n.14, p. 277-287, 2002.

Unidos, em 11 de setembro de 2001, produzidos pelos adeptos do terrorismo de Osama bin Laden.

Em determinadas sociedades, o suicídio tem um valor positivo e é, muitas vezes, encorajado. É percebido como uma alternativa a determinadas situações, de extremo ato honroso, demonstração de fidelidade e disciplina. Na Segunda Guerra Mundial, por exemplo, pilotos japoneses, conhecidos como kamikazes, eram treinados para desfecharem ataques suicidas contra os inimigos.³⁰

Atualmente, nas sociedades ocidentais, diferentemente de outras culturas em que a morte é considerada como um fato da natureza, o suicídio constitui um tema proibido, uma tentativa de negação, um tabu sobre a morte. Tabu, no sentido de não ser realizado e, muito menos, pensado. Por esta razão, o suicídio aciona sentimentos de vergonha, de culpa. É um assunto difícil de ser tratado, devido à resistência que o envolve³¹.

3.3 Aspectos Sociais do Suicídio

A partir da obra de Durkheim³², foi sistematizada uma compreensão atualizada do suicídio, vinculado-a aos aspectos das sociedades modernas, sem, no entanto, negar a ação individual da pessoa suicida.

São várias as correntes que abordam o suicídio, na área da Sociologia. Durkheim foi o primeiro a abordar a questão, em termos interacionais. Para o autor, o indivíduo e sociedade formam um binômio indivisível. A fim de explicar os padrões estatísticos, o autor dividiu o suicídio em três categorias: egoísta, altruísta e anômico³³.

a) Suicida egoísta: a pessoa se mata, por perder o sentido de integração com seu grupo social, isto é, suicida-se para não sofrer mais. Concentra, assim, maior prioridade em seus próprios interesses do que nos da sociedade.

³⁰ GREGÓRIO, S. B. **Suicídio**. Disponível em: <http://www.universoespirita.net/ed31/p4.html>. Acesso em: 20 mai. 2004.

³¹ DUTRA, E. Comportamento autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto Alegre: Casa do Psicólogo. 2002, p.53-87.

³² DURKHEIM, 1982.

b) Suicida altruísta: é aquele que sacrifica sua vida pelo bem do grupo. A pessoa se mata para não dar trabalho aos outros (geralmente pessoas de idade).

c) Suicida anômico: a pessoa se mata, por causa dos desequilíbrios de ordem econômica e social. O suicídio não apenas está associado com a falência, mas também com a súbita aquisição de dinheiro³⁴.

Segundo Durkheim, cada sociedade tem, em um determinado momento de sua História, uma predisposição definida para o suicídio. Mede-se a intensidade relativa dessa tendência, tomando a relação entre o número global de mortes voluntárias e a população de todas as idades e de ambos os sexos. Assim, temos a taxa de mortalidade-suicídio, peculiar à sociedade considerada. Neste sentido, Nunes³⁵ concluiu que existe, para cada grupo social, uma tendência específica ao suicídio. Esta deve depender de causas sociais e constitui, por si mesma, um fenômeno coletivo.

O comportamento suicida não pode ser atribuído a uma só causa, mas, sim, a várias interações complexas, de diversos fatores. Desta forma, existe um componente multifatorial, com fatores biológicos através da predisposição genética, distúrbios da agressividade e impulsividade, juntamente com fatores psicológicos, com caracterização de sintomas prevalentes, isolamento social, sentimentos de solidão e desespero, além de outros aspectos, como os culturais e econômicos.³⁶

Stengel³⁷ esclarece haver, ainda, outras dificuldades na identificação do suicídio, como, por exemplo, omissão de relato do médico que atendeu o paciente; medo de inquéritos judiciais; imprecisão das declarações de óbito; disparidade de critérios de apreciação de gesto suicida; falsas declarações; litígio entre suicídio e acidentes, disparidade entre laudo forense e laudo médico.

Minayo³⁸, por sua vez, afirma que Durkheim associou o suicídio ao grau de coesão social do indivíduo, em diversas culturas e grupos sociais. Destacou que, após a Revolução Industrial, a família, o Estado e a Igreja deixaram de funcionar

³³ DURKHEIM, 1982. p. 113-221.

³⁴ Ver esta classificação também em: KAPLAN, H. I.; SADODOCK, B. J.; GREBB, J. A. Emergência psiquiátrica: suicídio. In: **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 757.

³⁵ NUNES, D. E. Perspectiva Sociológica. In: WERLANG, B.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004. p. 93-106.

³⁶ CASSORLA, R. M. S. **Psicoterapia de Pacientes com Risco Suicida e Aspectos Peculiares** com Adolescentes. **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 5, n. 16, p. 52-56, 1983.

³⁷ STENGEL, E. **Suicídio e tentativa de Suicídio**. Lisboa: Dom Quixote, 1980.

³⁸ MINAYO, M. C. de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.421-428, abr./jun.,1998.

como fatores de integração social, gerando uma lacuna. Por meio do entendimento sociológico, o suicídio, bem como o crime, a drogadição e o alcoolismo são formas de pressão e tensão sociais. Durkheim definiu o suicídio, como um fato social e como um fato normal, já que não há sociedade sem suicídio, assim como não há sociedade sem lei e sem crime.

Outras relações são estabelecidas, como é o caso da religião. Neste sentido, o homem pode se matar porque a sociedade religiosa de que é membro perdeu sua coesão. Isto é compreensível, já que a religião tem uma influência sobre as pessoas, no sentido de evitar o suicídio, agindo como fator de proteção contra o desejo de se destruir. Esta proteção decorre de um comprometimento, não com si próprio, mas com o grupo, com a sociedade de que faz parte. Explica que “[...] o que constitui essa sociedade é a existência de crenças e de práticas comuns a todos os fiéis, crenças que são tradicionais e, por conseguinte, obrigatórias”³⁹.

3.4 Aspectos Psicológicos do Suicídio

A teoria psicanalítica compreende o suicídio individualmente. Analisa as forças intrapsíquicas e as fantasias inconscientes, que resultam em comportamento autodestrutivo.

Freud⁴⁰, em 1917, observou que, nos estados melancólicos, a agressividade dirigida a um objeto de amor perdido volta-se contra o próprio sujeito. O autor postulou que o suicídio busca atingir, primitivamente, o objeto de amor perdido e introjetado, naqueles casos extremos em que a perda do objeto não pode ser enfrentada através do luto. Nestes casos, cujas escolhas são narcisistas, a experiência de perda do objeto amado é intolerável, produzindo raiva e intenção assassina. Conforme Freud, todo suicídio tem o desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa. No suicídio, há o deslocamento de impulsos assassinos, pois os desejos destrutivos, em relação a um objeto internalizado, são dirigidos contra o *self*.

³⁹ NUNES In: WERLANG; BOTEGA, 2004, p.94.

⁴⁰ FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XVIII, Tradução de Jayme Salomão et. al. Rio de Janeiro: Imago, p.275-291, 1980b.

Depois do desenvolvimento do modelo estrutural, Freud redefiniu o suicídio, como a vitimização do ego por um superego sádico.

Outra contribuição do teórico austríaco, para o entendimento do suicídio, é encontrada em seu texto “Além do princípio do prazer”. Neste, Freud⁴¹ procura explicar o conflito humano, através da luta entre Eros - “como que une” - e Thanatos - “expressão do ódio, impulso destruidor e as tendências negativistas”. Eros representa a pulsão de vida, e Thanatos, a pulsão de morte. O equilíbrio entre as duas pulsões é necessário, pois o predomínio da pulsão de morte pode levar ao comportamento suicida. As especulações biológicas de Freud, como uma das explicações acerca do instinto de morte, levaram-no a entender que a vida foi criada a partir da matéria inanimada. Assim, então, a tendência para regressar à condição original foi gerada⁴².

Freud⁴³ refere que, na melancolia, além do caso evidente de uma perda do objeto, incluem-se as situações de desconsideração e desprezo, que podem gerar sentimentos opostos de amor e ódio ou reforçar uma ambivalência já existente. A catexia erótica do melancólico, no tocante a seu objeto, sofreu assim uma dupla vicissitude: parte dela retrocedeu à identificação, mas a outra parte, sob influência do conflito, devido à ambivalência, foi levada de volta à etapa do sadismo, que se acha mais próxima da tendência ao suicídio.

Freud cita que “[...] de há muito, é verdade, sabemos que nenhum neurótico abriga pensamentos de suicídio que não consistam em impulsos assassinos contra outros, que ele volta contra si mesmo, mas jamais fomos capazes de explicar que forças interagem para levar a cabo esse propósito”⁴⁴. Assim, o autor presume que por meio da análise da melancolia é possível mostrar que o ego só pode se matar, devido ao retorno da catexia objetual. Neste sentido, o sujeito trata a si mesmo como um objeto, tornando-se capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um outro objeto.

⁴¹ FREUD, S. Além do principio do prazer. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XIV, Tradução de Jayme Salomão et. al. Rio de Janeiro: Imago, p.17-85, 1980a.

⁴² HEIMANN, P. Notas sobre a teoria dos instintos de vida e de morte. In: KLEIN, M. et. al. **Os processos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, p. 344-365.

⁴³ FREUD, S. 1980b.

⁴⁴ FREUD, S. 1980b.

Melanie Klein⁴⁵, ao analisar as situações de ansiedade infantis, reconheceu a importância fundamental das fantasias e dos impulsos sádicos. Estes impulsos e fantasias são provenientes de todas as fontes e atingem um auge nos estágios iniciais do desenvolvimento do sujeito. A teórica comenta que os processos iniciais de projeção e introjeção conduzem ao estabelecimento, de objetos “bons”, dentro do ego, lado a lado com objetos assustadores e persecutórios. Essas figuras são concebidas à luz das fantasias e impulsos agressivos do próprio bebê, projetando sua agressividade nas figuras internas, que fazem parte de seu superego arcaico. À ansiedade decorrente deste processo acrescenta-se a culpa, derivada dos impulsos agressivos do bebê contra seu primeiro objeto amado, tanto externo, quanto internalizado. Melanie Klein considera a hipótese de Freud referente à luta entre pulsão de vida e de morte, em que as perigosas pulsões são tratadas de várias maneiras, dentro do indivíduo.

Para Melanie Klein⁴⁶ e para Sigmund Freud o suicídio é um ataque ao objeto mau, internalizado, que isto ocorre com a finalidade de preservar o objeto bom, já que este poderia ser aniquilado pelo instinto de morte.

Na visão de Karl Menninger⁴⁷, o suicídio é algo mais complexo. Estudando os conceitos de Freud, Menninger concebeu o suicídio como um assassinato retroflexivo, um homicídio invertido, em consequência da cólera do paciente contra outra pessoa. Este sentimento volta para dentro do próprio sujeito ou é usado como desculpa para a punição. O autor também descreveu um instinto de morte voltado para o próprio indivíduo. Apresentou três componentes da hostilidade no suicídio: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer.

A fixação oral, como uma experiência precoce de perda ou frustração, representa uma regressão à fase sádica oral, provocando as agressões assassinas. Psicanalistas tradicionais entendem que não só os aspectos agressivos estariam presentes, mas também os libidinais. Estes autores chegaram a tal conclusão, após observar que muitos pacientes suicidas apresentavam fantasias de reunião ou união com o objeto amado internalizado⁴⁸.

⁴⁵ KLEIN, M. **Uma Contribuição à Psicogênese do estado maníaco-depressivo**, 1935. HEIMANN, 1986.

⁴⁶ KLEIN, Melanie. **O sentimento da solidão**: nosso mundo adulto e outros ensaios. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

⁴⁷ MENNINGER, K., 1970.

⁴⁸ WANG, Y. P.; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C.T.; WANG, Y.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 79-96.

O autor Shneideman⁴⁹ considerou, como uma das principais características psicológicas do suicídio, a dor psicológica intolerável. A partir desta, o indivíduo sente-se rejeitado, desejando terminar com o sofrimento, pois não consegue sentir-se capaz de solucionar seus conflitos. Os estudos psicanalíticos deste autor ressaltam o suicídio como uma hostilidade inconsciente, associada a com outros sentimentos de onipotência e impotência. Assim, o sentimento de desesperança gera sentimentos ambivalentes, de querer morrer e de querer ser salvo.

O psiquiatra José Manoel Bertolote⁵⁰ afirma também que o suicídio é um fenômeno complexo, que configura um assassinato, em que vítima e agressor estão contidos na mesma pessoa. A definição de suicídio implica, necessariamente, um desejo consciente de morrer e a noção clara de que o ato executado pode resultar, efetivamente, em morte. O fato de estar consciente de que vai efetuar um ato suicida, entretanto, não elimina o estado de confusão mental que o indivíduo experimenta, momentos antes da ação. Segundo Cassorla⁵¹, nestes momentos, o sujeito não sabe se quer morrer ou viver, dormir ou ficar acordado, fugir da dor, agredir outra pessoa ou, de fato, encontrar o mundo com o qual fantasia. O suicídio ocorre no momento em que a pessoa se encontra fragmentada psicologicamente, com mecanismos de defesa do ego abalados e, por isso, “livre” para atacar a si mesma.

“Em toda intenção suicida, existe uma agressão dirigida para fora, porém deslocada para si mesmo”⁵². Conforme Gabbard, ambas agressões ocorrem a um só tempo e se devem à agressividade patologicamente deformada. Ao se matar, o suicida se vinga da pessoa amada, nele internalizada, ou da situação, ao mesmo tempo em que se castiga por essa atitude de vingança.

Macknnon e Michels⁵³ referem que, para alguns indivíduos deprimidos, o suicídio pode oferecer a oportunidade de recuperar algum sentimento de domínio sobre o próprio destino. Os autores afirmam que o suicídio pode servir como meio de

⁴⁹ SHNEIDEMAN, 1996 apud WANG; RAMADAM In: MELEIRO; TENG; WANG, 2004.

⁵⁰ BERTOLOTE, Manoel. Líder da Equipe de Controle de Transtornos Mentais e Cerebrais do Departamento de Saúde Mental e Toxicomanias da OMS, 2001. BERTOLOTE, J.M. O suicídio e sua prevenção. In: MELEIROS, A.; TENG. C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.193-205.

⁵¹ CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papius, 1991.

⁵² GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psychodynamic**: baseado no DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.160.

⁵³ MACKINNON & MICHELS. **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

controlar a própria agressividade, voltando-se contra o 'eu' ou como um modo de assassinar alguém, psicologicamente. O suicídio contribuiria como uma maneira de propiciar a fuga de determinada situação dolorosa ou humilhante.

Cataldo Neto⁵⁴ salienta que as teorias apontam a importância de eficaz avaliação dos riscos de suicídio. Neste sentido, é relevante obter a história clínica e o exame do estado mental do indivíduo integrado ao conhecimento epidemiológico. Esse autor considera fundamental, também, estabelecer relação empática com o indivíduo que traz este sofrimento psíquico.

Turecki⁵⁵ tem estudado jovens indivíduos do sexo masculino, que cometeram suicídio. Estes são avaliados, através de estudos neuroquímicos, genéticos e psicossociais, e suas famílias são submetidas a uma autópsia psicológica.⁵⁶ O autor relata que fatores genéticos modulam a variabilidade ao nível do sistema serotoninérgico, o qual, por outro lado, poderia mediar a presença de traços impulsivos e agressivos, levando a uma predisposição ao suicídio.

De acordo com Baptista⁵⁷, muitos estudos produziram grande quantidade de conhecimentos a respeito das bases neurobiológicas do comportamento suicida. O autor salienta, no entanto, que a heterogeneidade das explicações demonstram o quanto ainda há para ser estudado, sobre os fatores fisiopatológicos envolvidos na prática do suicídio.

⁵⁴ CATALDO NETO, Alfredo et. al.. O médico e o Paciente Suicida. **Revista Médica PUCRS**. Porto Alegre, v.8, p.182-188, out./dez.1998.

⁵⁵ TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 21, p. 21, out.1999.

⁵⁶ Autópsia psicológica consiste em um método que tem por finalidade reconstruir a biografia da pessoa falecida, por meio de entrevistas com terceiros (cônjuge, filhos, pais, etc.) e da análise de documentos(pessoais, acadêmicos, policiais, hospitalares, etc). Este método é usado como estratégia de avaliação, a fim de auxiliar a analisar as características psicossociais de indivíduos que, ao longo da vida, contribuíram para estruturar o comportamento suicida. Pode mostrar as razões para morrer que estavam enraizadas no estilo de vida e na personalidade. WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. **PSICO**. Porto Alegre, v.33, n.1, p. 97-112, jan./jun. 2002.

⁵⁷ BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

3.5 O Suicídio no Mundo

O homem contemporâneo tem acesso a informações dos mais recônditos lugares do planeta, podendo comunicar-se com o outro lado do mundo em segundos e em tempo real. Além disso, conforme Baptista⁵⁸, possui alta capacidade, no sentido de dominar e utilizar, ao seu intento, os recursos da natureza, mesmo que, na maioria das vezes, isto ocorra de forma autodestrutiva.

De acordo com recente relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵⁹, cerca de 815 mil pessoas suicidaram-se no ano 2000, correspondendo a uma taxa de 14,5, para cada 100 mil habitantes no planeta. Isso significa um suicídio a cada 40 segundos. A “violência autodirigida”, como o suicídio é considerado pela OMS, é hoje a décima quarta causa de morte no mundo, sendo a terceira entre indivíduos de 15 a 44 anos, de ambos os sexos. Tal prática, portanto, não pode ser ignorada.

Entre 1970 e 1980, ocorreram mais de 23 mil suicídios nos Estados Unidos, aproximadamente um a cada 20 minutos, o que equivale a 75 por dia. Nos anos subseqüentes, a taxa total de suicídios permaneceu razoavelmente estável, segundo OMS⁶⁰. O índice atual é de 12,5 suicídios por 100 mil habitantes nos Estados Unidos. Atualmente, esta prática ocupa a oitava posição, entre as causas gerais de morte, naquele país. Essas taxas de suicídio dos Estados Unidos localizam-se, na média, entre as taxas nacionais, notificadas à Organização das Nações Unidas pelos países industrializados. Internacionalmente, as taxas de suicídio variam de mais de 25, por 100 mil habitantes, na Suíça, na Alemanha, na Áustria e nos países que compõem a Escandinávia e Leste Europeu, segundo a OMS⁶¹. A maior taxa de suicídios, no mundo industrializado, porém, é do Japão

A taxa mundial de suicídios cresceu de 10,1 para 16, por 100 mil habitantes, entre 1950 e 1995. Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo, elaborado pela OMS⁶², nos últimos 30 anos, as taxas de suicídio cresceram, nos 39 países em que há dados completos disponíveis sobre o assunto.

⁵⁸ BAPTISTA, 2004.

⁵⁹ OMS, 2006.

⁶⁰ OMS, 2006.

⁶¹ OMS, 2006.

⁶² OMS, 2006.

A Organização Mundial da Saúde⁶³ relata que cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente no planeta, e entre 10 a 20 milhões de pessoas tentam suicídio. Isto, por si só, já é um fato extremamente preocupante, que deve ser encarado como um problema de saúde mundial.

Em jovens de 15 a 34 anos de todo o mundo, o suicídio é uma das três principais causas de morte. O relatório da OMS aponta, ainda, que o suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens, em grande parte dos países desenvolvidos e muitos em desenvolvimento, além do que destaca que as causas destes suicídios relacionam-se a diversos fatores, como, por exemplo, psicológicos, biológicos e sócio-culturais⁶⁴.

No aspecto epidemiológico, Kaplan e Sadock⁶⁵ afirmam que, a cada ano, cerca de 30 mil mortes são atribuídas ao suicídio, nos Estados Unidos (30.232). Este número diz respeito apenas aos suicídios consumados. Evoca-se que o número de tentativas de suicídio seja entre oito a dez vezes maior, em relação a esta estatística.

Bonniec e Guillon⁶⁶ referem, entretanto, que é necessário certo cuidado, no que diz respeito às informações estatísticas, pois os procedimentos de registro e de mortalidade variam entre países. Isto compromete qualquer comparabilidade direta dos dados.

A Organização Mundial da Saúde⁶⁷ considera que a proporção de um suicídio bem-sucedido é de uma para cada nove ou dez tentativas. Varia, porém, de uma para duas ou três tentativas, até uma para 50.

Conforme relata Grandini⁶⁸, alguns aspectos geográficos podem estar ligados ao aumento de taxas de suicídios, como, por exemplo, a densidade populacional de cada região - quanto maior a densidade, maiores as taxas de suicídio. Da mesma forma, ainda de maneira pouco esclarecida, parece haver uma maior tendência ao suicídio em indivíduos das zonas rurais, quando comparados com indivíduos das zonas urbanas. Isto ocorre, provavelmente, pelo fato de que viver em zonas isoladas

⁶³ OMS, 2006.

⁶⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: World Health Organization – Banco de dados- Relatório sobre suicídio, 2000 e 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/word>> Acesso em abril de 2006.

⁶⁵ KAPLAN H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. Volume II. Porto Alegre: Artmed, 1999.

⁶⁶ BONNIEC, I. L.; GUILLON, C., 1994.

⁶⁷ OMS, 2006.

⁶⁸ GRANDINI, L. D. et al. Suicide Option: increasing education and awareness. **Journal of Clinical Psychiatry**. v. 62(suppl 25), p.12-16, 2001.

pode diminuir a probabilidade de suporte social e cuidados de saúde geral e mental. Desta forma, o isolamento ser um fator de risco, neste sentido.

Ainda referente aos aspectos geográficos, Potter⁶⁹ considera a imigração um fator que pode levar ao suicídio, provavelmente pela falta de suporte social, experimentada por pessoas que deixam seus respectivos países. A mobilidade ou mudanças constantes de habitação também pode ser considerada fator de risco, pela dificuldade em estabelecer novos vínculos duradouros com um novo grupo social.

Cassorla⁷⁰ afirma que as estatísticas sobre o número de suicídios e suas tentativas são subestimadas, podendo não corresponder à realidade. Segundo o autor, para cada suicídio consumado, existe o correspondente a oito ou dez tentativas. Entre jovens de 15 a 19 anos, essa proporção chega a ser de 50 a 120 vezes maior. Uma das razões que poderia explicar tal situação é o fato de que o suicídio evoca os valores e a liberdade do ser humano, para deliberar sobre sua própria morte. Assim, reconhecer o suicídio de um parente, um filho, marido ou outra pessoa é, socialmente, considerado vergonhoso. Isto porque expõe os familiares à censura e ao julgamento dos outros, além de ensejar a culpa naqueles que conviveram com o suicida nos seus últimos momentos. Outro aspecto relevante diz respeito à ordem religiosa e moral, que, muitas vezes, acompanha um ato suicida.

No Brasil, Corrêa⁷¹ afirma que as estimativas de taxas de suicídio têm variado, de maneira significativa nos diferentes estudos, devido a fatores como metodologias divergentes, formas e local de coleta de dados, limitações nos registros públicos, metodologias estatísticas, entre outros. Portanto, muitos dos dados são divergentes e, até mesmo, contraditórios, quando se estudam prevalência e incidência de suicídio no Brasil. As estatísticas nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, não são totalmente confiáveis, por diversas razões. Entre estas, Corrêa⁷² cita: algumas mortes não são investigadas pelas autoridades com grande minúcia e acabam sendo classificadas como 'causa ignorada'; a *causa mortis* do

⁶⁹ POTTER, L. B. et al. The influence of geographic mobility on nearly lethal suicide attempts. **Suicide and Life - Ting Behavior**. v. 32(suppl), p.42-48, 2001.

⁷⁰ CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WEG, B. G.:BOTEAGA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004,p.21-33.

⁷¹ CORRÊA, A. C. Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 3, p. 149-57, 1996.

⁷² CORRÊA, 1996.

atestado de óbito não condiz com o ocorrido, por pedido consciente da família ou por dificuldades reais de determinar a verdadeira causa da morte, dentre outras.

Cassorla⁷³, em um estudo brasileiro, comparou dados dos registros hospitalares aos registros da polícia, verificando que apenas 42,2% dos suicídios foram registrados pelas autoridades policiais. Isto sugere, inclusive, que os dados epidemiológicos podem estar sendo subestimados.

A Organização Mundial da Saúde (2000-2001),⁷⁴ em seu relatório feito no ano 2000, apontou que o Brasil, em dados de 1995, tinha uma taxa de suicídio de 8,4 por 100 mil habitantes (6,6 homens e 1,8 mulheres). Isto significa que, apenas no Brasil, 15 mil pessoas estão sendo eliminadas desta forma, anualmente.

Conforme demonstra a Organização Mundial da Saúde⁷⁵, a taxa de suicídio brasileira, no período de 1980 a 1998, variou entre três e quatro casos para cada 100 mil habitantes. No Brasil, atualmente, em torno de 7 mil vidas, por ano, são perdidas por suicídio. Este número é inferior em relação ao dos Estados Unidos. Neste país, verificou-se, entre 1990 e 1994, o registro de mais de 30 mil suicídios por ano. A taxa média era de 12,5 suicídios, por 100 mil habitantes, inferior à da França, cuja taxa é de 19 por 100 mil.

No Brasil, a ocorrência de suicídio não é tão elevada, em comparação a outros países. Ainda assim, a morte voluntária é considerada um problema de saúde pública. De acordo com Barros e Marín-León⁷⁶, as taxas brasileiras representam um índice bastante preocupante, se considerarmos que as mortes violentas - as denominadas de Causa Externa (Classificação Internacional das Doenças e Causas de Morte-CID), nas quais o suicídio se inclui - representaram a terceira causa de morte em São Paulo, nos anos 1980, estando o suicídio abaixo somente dos acidentes de trânsito e dos homicídios.

O Brasil encontra-se entre os países com as menores taxas de morte por suicídio. Estas contrastam com a taxa de homicídios, que, em nosso país segundo Barros e Marín-León⁷⁷, é cinco vezes a dos Estados Unidos. As taxas de mortes por suicídio, nas últimas duas décadas, no Brasil, oscilaram entre 3,5 e 4,6 óbitos por

⁷³ CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio - características demográficas e sociais-um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 3-12, 1984.

⁷⁴ OMS, 2006.

⁷⁵ OMS, 2006.

⁷⁶ BARROS, M. B. A; MARÍN-LEÓN, L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 45-58.

100 mil habitantes. Segundo dados do relatório feito no ano 2000, pela Organização Mundial da Saúde⁷⁸, o índice de suicídios no Brasil, em 1995 era de 8,4, por 100 mil habitantes (6,6 homens e de 1,8 mulheres).

A Europa concentra as maiores taxas, principalmente nos países do Leste. Na Ásia, em termos absolutos, ocorre o maior número de suicídios. Na China, por exemplo, tal prática é a primeira causa de óbito, na faixa etária entre 15 e 35 anos, para ambos os sexos. O mesmo é verificado nos casos que envolvem mulheres. Das mortes de homens, suicídio é a terceira causa. Em 2003, 34 mil pessoas mataram-se no Japão, 25 casos para cada 100 mil habitantes. Isto corresponde ao dobro do índice verificado nos Estados Unidos, segundo Bertolote e Fleishann⁷⁹.

As taxas mais baixas são encontradas nos países islâmicos, bem como em algumas repúblicas da Ásia Central. Isto leva os pesquisadores a pensarem que a tradição religiosa pode exercer alguma influência nas taxas de suicídio⁸⁰.

Se o registro de ocorrências de suicídio e de tentativas de suicídio, de maneira geral, é pouco confiável, pode-se calcular o quanto essa dificuldade aumenta, quando se trata de taxas de morte por suicídio cometido por crianças e jovens. Em 1999, foi divulgada uma pesquisa realizada por um grupo de estudos da Fiocruz. Conforme Floriani e Viana⁸¹, a pesquisa constatou que, entre 1979 e 1995, Porto Alegre foi a capital brasileira com maior índice de suicídios entre jovens. No Rio Grande do Sul, os índices de suicídio na faixa etária dos 15 aos 19 anos, entre 1980 e 1998, ficaram entre 8,1 e 12,2 por 100 mil habitantes, de acordo com Souza, Minayo e Malaquias⁸². Estes autores, através de uma análise em nove regiões metropolitanas brasileiras, com jovens de 15 a 24 anos que se suicidaram, apontam uma elevação das taxas de suicídio, desde 1979 até 1998. Em 1979, a taxa, por 100 mil habitantes, era de 3,5; em 1985, foi de 3,4; em 1990, foi de 4,0; e, em 1998, foi

⁷⁷ BARROS; MARÍN-LEÓN, In: WERLANG; BOTEGA, 2004.

⁷⁸ OMS, 2006.

⁷⁹ BERTOLOTE, J. M.; FLEISHANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 35-44.

⁸⁰ WANG, Y. P.; MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.97-108.

⁸¹ FLORIANI, A.; VIANA, A. **Triste Record**: Porto Alegre é a cidade brasileira com maior índice de suicídio entre adolescentes. Disponível em: <http://www.veja.com.br/250899>. Acesso em: 12 dez. 2004.

⁸² SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C.; MALAQUIAS, J. V. Suicide among people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.3, p.673-683, mai./jun. 2002.

de 5,0. Salvador e Rio de Janeiro obtiveram as menores taxas, ao passo que as maiores taxas foram observadas em Porto Alegre e Curitiba.

Em um estudo epidemiológico de mortes por suicídio, feito na cidade de Maringá (PR), no período de 1978 a 1998, Grossi e Vansan⁸³ encontraram um coeficiente médio total anual de 4,2 suicídios por 100 mil habitantes, o que poderia ser considerado uma das menores taxas, se comparado com estatísticas de outros países. As análises por idade demonstraram índices maiores e progressivamente ascendentes, para homens na faixa etária dos 20 aos 29 anos, com média de nove suicídios, por 100 mil habitantes; 40 aos 49: 12,5, por 100 mil ; e 60 aos 69 anos: 18,5, por 100 mil. Os métodos mais utilizados foram: enforcamento (41,1% dos casos), arma de fogo (24,4%), envenenamento (20,8%), armas brancas (4,1%) e precipitação de local elevado (4,1%).

Pesquisa semelhante foi desenvolvida no Ceará, por Pordeus, Fraga e Olinda⁸⁴, entre os anos de 1990 e 1999. Neste período, os suicídios foram responsáveis por 6,2% de todas as mortes por causas externas, registradas naquele Estado. O coeficiente de mortalidade variou entre 1,7 suicídios, por 100 mil habitantes, no ano de 1990, e 4,3, no ano de 1999. O grupo etário mais atingido foi o de 30 a 39 anos, e o método mais utilizado foi o enforcamento.

Segundo informações do Ministério da Saúde⁸⁵, os Estados que obtiveram taxas acima da média nacional, nos últimos anos, foram: Rio Grande do Sul - 10,0; Mato Grosso do Sul - 8,3; Santa Catarina - 8,0; Roraima - 6,8; Goiás - 6,5; Mato Grosso - 5,7; Acre - 4,8, e Distrito Federal - 4,2.

No Rio Grande do Sul, segundo os dados do Núcleo de Informações da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente⁸⁶, no período entre 1996 e 1998, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi de 10,28, por mil habitantes.

No Brasil, conforme Mello-Santos, Bertolote e Wang⁸⁷ às taxas de suicídio referentes ao período de 1980 até o ano de 2000, apontam um incremento com

⁸³ GROSSI, R.; VANSAN, G. A. Mortalidade por suicídio no município de Maringá (PR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Maringá, v. 51, n. 2, p. 101-111, 2002.

⁸⁴ PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O. e OLINDA, Q. B. Suicídio no Ceará na década de 90. **Reccs: Ver. Cent. Ciênc. Saúde**. Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 16-22, 2002.

⁸⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL NO SUS** - Informativo da saúde mental. Brasília, a. 4, n. 18, 01 jan. 2005-17 mai. 2005.

⁸⁶ SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE - SSMA. **Estatística de saúde: mortalidade**. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 2000.

⁸⁷ MELLO- SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

relação à taxa total de suicídio da população brasileira, em 21%, com uma elevação de 3,3 para 4,0 mortes por 100 mil habitantes.

Segundo dados da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente de Porto Alegre⁸⁸, entre os homens, a taxa de suicídio aumentou 40%, passando de 4,6, por 100 mil habitantes, em 1980, para 6,4, no ano 2000. Já a taxa de suicídios entre as mulheres diminuiu 20%, passando de 2,0, por 100 mil habitantes, em 1980, para 1,6 no ano 2000. Estes dados confirmam a tendência mundial para uma taxa mais elevada de suicídios, entre os homens brasileiros, numa relação de três homens para cada mulher.

3.6 Suicídio no Sistema Prisional

“A forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo, criou a instituição-prisão, antes que a lei a definisse como a pena por excelência⁸⁹.” A prisão aparece como um “mecanismo natural” de defesa. A própria evolução da vida em sociedade, em que os indivíduos se agrupam e fixam tarefas entre si, acabou por dar forma a este sistema de reação contra comportamento “anti-natura”⁹⁰.

O aparecimento da detenção penal marcou um ponto determinante, na história da justiça penal. Por um lado, humanizou as penalizações, “[...] o poder de punir como uma função geral da sociedade⁹¹”, isto é, cada um está representado neste novo modelo de punição e todos passam a ser igualmente punidos. Por outro lado, criou novas formas de poder e introduziu novos processos de dominação.

Assim, paulatinamente, a prisão foi se mostrando assimétrica ao funcionamento da sociedade e, neste sentido, foi tão facilmente incorporada, que passou a ocupar um lugar central. Deste modo, deslocou para segundo plano todas as outras espécies de punição, anteriormente existentes. Em lugar da aplicação das

⁸⁸ SSMA, 2000.

⁸⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Trad. Raquel Ramalhete. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 195.

⁹⁰ FOUCAULT, 2004. p. 198

⁹¹ FOUCAULT, 2004, p. 195.

espécies diversificadas dos Códigos Penais, a prisão consagrou-se pena única e simples⁹².

“A ocorrência de suicídios em prisões representa um problema com sérias implicações sociais, legais e éticas⁹³”. Em princípio, seria passível pressupor que, por se tratar de um local regido pela disciplina e pelo controle, a prisão não permitisse a ocorrência de suicídios. A verdade, porém, é que a taxa de suicídios prisionais é superior à da população em geral. Alguns estudos feitos argumentam que isto seria devido à “uma maior morbidade da população reclusa⁹⁴” que, como já foi anunciado, está isolada da sociedade, inserida num meio degradante, com cuidados de saúde precários, e envolvida em comportamentos de risco.

Os suicídios em prisões apresentam uma dinâmica específica, salvo as situações em que o indivíduo é portador de uma patologia psicológica. Tradicionalmente, todo o sofrimento imposto pela condição de estar preso é o bastante para a decisão de terminar com a sua vida. Neste sentido, o risco do suicídio, pelas especiais circunstâncias, também é mais elevado entre a população carcerária.

Segundo Bauman, “[...] a imobilidade forçada, a proibição do movimento é um símbolo poderosíssimo de impotência, de incapacidade e de dor⁹⁵”. Na sociedade contemporânea, a liberdade de movimento e de escolha são parte integrante do ser como tal. Quando anuladas, estas condições retiram uma parte do que é ser humano, em toda a sua amplitude. Ora, ao ser afastado, pela própria sociedade, o indivíduo vai se sentir marginalizado e o risco é continuar a comportar-se desta maneira, após a sua saída. Outra possibilidade é que, ao não conseguir lidar com essa exclusão, ele opte por atos destrutivos contra si.

Este pretendido distanciamento forçado é bem visível no “fechamento” quase total, em relação ao mundo exterior. Erving Goffman⁹⁶, na sua obra *Manicômios, Conventos e Prisões*, define as prisões como instituições totais. Segundo Goffman⁹⁷, a instituição total é um “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separada da sociedade mais ampla por

⁹² FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: Nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1987.

⁹³ TABORDA, J. G.V., CHALUB, M., ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

⁹⁴ PINHO, M. C.; GONÇALVES, R. A.; MOTA, V. A propósito de 4 ou 5 suicídios em homicidas detidos. **Revista Psiquiátrica F. M. P.** III, Série (XIX), p. 40, 1-2 jan./jun. 1997.

⁹⁵ BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, p. 130.

⁹⁶ GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

O dito encarceramento é simbolizado por barreiras bem visíveis, como paredes altas, portas fechadas, arames elétricos, guardas, proibição de saídas ao exterior e outros. A distância do seu mundo vai influenciar fortemente o despojamento do *eu*, iniciado com a sua entrada na instituição.

Goffman faz uma análise da perspectiva do indivíduo, quando da sua inserção nessa microssociedade. Descrevendo todo o processo doloroso que o sujeito sofre, de forma a poder adaptar-se ao novo mundo em que se vê inserido⁹⁸.

Em alguns estabelecimentos prisionais, os presos passam por um processo intenso de despojamento do *eu*, logo no momento da sua entrada. Exemplificando, o ritual de banho; mudança de roupa; raspagem do cabelo; afastamento de seus objetos materiais; distribuição de um número identificador. Todos estes “processos de admissão” parecem pensados para despir o indivíduo do seu *eu* identificador.⁹⁹

Para além desta desfiguração pessoal, o indivíduo pode, ainda, sofrer a desfiguração física, resultante das agressões a que está exposto. Com isso, ele perde o seu sentido de segurança pessoal.¹⁰⁰

Segundo Arthur Schopenhauer, “[...] uma pequena autocoerção, aplicada no lugar correto, previne muitas coerções vindas do exterior¹⁰¹”. Muitos, no entanto, não agüentam a pressão, humilhações e torturas, querendo fugir daquele cenário onde atuam. Assim, muitas vezes, a única solução que lhes ocorre é acabar com a própria vida. Outros são doentes mentais, com transtornos de personalidade, abuso de álcool e drogas. Estes, não sendo críticos da sua razão, acabam por se matar, num ato de desespero ou na tentativa de chamar atenção para determinadas dificuldades que, eventualmente, possam sentir. Há, ainda, os que acabam com a própria vida, porque se arrependem do seu pecado e encontram, no suicídio, a busca do perdão e arrependimento.

Outro ponto é o chamado “suicídio positivo”. Arthur Schopenhauer fala do “suicídio como manifestação da justiça eterna”. O criminoso preso quer “tornar-se o braço da justiça eterna”. Assim, como forma de arrependimento do seu ato, depois

⁹⁷ GOFFMAN, 1992.

⁹⁸ GOFFMAN, 1992.

⁹⁹ GOFFMAN, 1992.

¹⁰⁰ GOFFMAN, 1992.

de uma verdadeira luta interna, decide pôr fim à sua vida, para obter o perdão dos outros e até de Deus. Isto, na prática, é contraditório, pois, para a religião, o suicídio é pecado, vai contra a ordem ditada por Deus. A verdade, contudo, é que se torna insustentável viver com a culpa em si e perante os outros, e, por isso, os presos decidem se sacrificar¹⁰².

Relativamente aos transtornos mentais, mais de 90% dos suicidas apresentam perturbações mentais, no momento da sua morte¹⁰³. Como não há um estudo muito aprofundado no Brasil acerca deste tema, não se podem apresentar valores corretos das estimativas. Estudos feitos nos Estados Unidos¹⁰³ constataam que de 10,2% a 23% dos pacientes que se suicidaram foram diagnosticados como depressivos; 26% sofriam de transtornos de personalidade; e de 13,8% a 33,3% já apresentavam um histórico de internação em hospitais psiquiátricos anteriormente. Outro fator de alteração comportamental é o consumo excessivo de álcool e/ou drogas, que ocorre imediatamente antes de a detenção ocorrer, em 100% de 48 casos de suicídio, observados no *New York City Department Corrections*, entre 1980 e 1988.

É neste sentido que o papel da instituição prisional, como um todo, é fundamental para prevenção desta morte auto-infligida. O sistema é responsável pela proteção, segurança e bem-estar de todos os presos.

O sistema penitenciário mundial tem se preocupado com o suicídio nas prisões. O comportamento suicida é apontado como um problema muito sério, já que, conforme foi salientado, a taxa de mortes entre os reclusos parece ser mais elevada do que na população em geral. A prevenção do suicídio, em ambientes prisionais, vem crescendo e uma das razões para esse interesse é o fato de o Estado ser visto como responsável pelo bem-estar daqueles que remeteu à prisão.¹⁰⁴ No Brasil, estudos descritivos específicos sobre suicídio no sistema penitenciário não foram encontrados, até o presente momento.

¹⁰¹ BÉZIAU, Jean-Yves. O Suicídio segundo Arthur Schopenhauer. In: **O Discurso**, nº 28, p. 127-143, 1997.

¹⁰² BÉZIAU, 1997.

¹⁰³ TABORDA; CHALUB; ABDALLA-FILHO, 2004.

¹⁰⁴ LLOYD, C. **Suicide and self-injury in prison: a literature review**. Home Office Research and Planning Unit Report. Ldon: Her Majesty's Stationery, 1990. Disponível em: <http://www.csc-scc.ca/> > Acesso em: 5 mai. 2006.

A investigação da relação entre doença mental e violência auto e heteroagressiva mostra-se controversa. Para alguns autores¹⁰⁵, há indicadores de que pessoas mentalmente doentes apresentam um risco elevado de cometer atos violentos. Outros¹⁰⁶ entendem que estes estudos não apresentam qualidade metodológica, para tal afirmação. Menezes¹⁰⁷ diz que devemos ficar atentos a um importante fator, relacionado às pesquisas que vinculam doença mental e comportamento violento. Trata-se da diferença existente, nos níveis de desenvolvimento econômico, social e cultural, entre os países de onde pesquisas são feitas, pois a maioria foi produzida em países desenvolvidos.

Cox et al¹⁰⁸ chamam a atenção para o fato de que as cadeias e as delegacias de polícia funcionam como a porta de ingresso para o sistema penitenciário e, também, são as instituições mais negligenciadas pela sociedade. Recebem uma população de alto risco para comportamento suicida, como homens, jovens, portadores de transtornos psicóticos, depressivos e muitos indivíduos que estavam sob a influência de alguma droga no momento da prisão¹⁰⁹.

Os estudos referentes à população em geral mostram que os fatores sociais, relacionados com o comportamento suicida – como ter passado por diferentes tipos de privações – são, também, medidas da desvantagem social e da exclusão social¹¹⁰. Esses fatores são encontrados, mais freqüentemente, nas populações encarceradas do que na população em geral: portanto, as taxas de suicídio nas prisões tendem a ser relativamente maiores do que fora delas. Assim, embora a prisão seja uma forma de punição, pelo crime cometido, ela age, igualmente, como

¹⁰⁵ DITTON, P. Mental Health and treatment of inmates and probationers. **Bureau of Justice Statistics- Special Report**. July, 1999; MUERTES por homicidio, suicidio y accidentes em pacientes com transtornos mentales. **Revista Panam Salud Publica**. [on line]. v.11, n 1, p.23-33, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>.>. Acesso em: 20 de mai. 2006.

¹⁰⁶ LLOYD, 2006.

¹⁰⁷ MENEZES, R.. **Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados**. 2001 Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2001.

¹⁰⁸ Nas cadeias e nas delegacias de polícia, encontram-se os presos provisórios, sem sentença definida. Esses locais têm o objetivo de custodiar aqueles que supostamente tenham cometido um crime, para que fiquem à disposição da autoridade judicial, durante a ação penal. BRASIL. **Administração Penitenciária: uma abordagem de Direitos Humanos**. International Centre for Prison Studies. Brasília: Ministério da Justiça, 2002 apud COX, J. F. et al. A model for crisis intervention services Within local. **International journal of Law & Psychiatry**. v.11, n. 4, p. 391-407, 1990

¹⁰⁹ COX, J. F. et al. A model for crisis intervention services Within local. **International journal of Law & Psychiatry. Local**, v.11, n. 4, p. 391-407, 1990.

¹¹⁰ BEATO, C. C. Suicídio e a teoria social. In: MELEIRO, A.; TENG, C .T.; WANG,Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 61-78.

um filtro para problemas sociais e abriga grupos que apresentam altos graus de privação, configurando a exclusão social final¹¹¹.

Um dos fatores apontados como causa para o número crescente de suicídios, no ambiente penitenciário, é o alto índice de doenças mentais, verificado na população encarcerada. Como explicação para esse fato, tem sido referido o início do processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, com a conseqüente criminalização da doença mental¹¹².

Em 1997, o *Department of Health commissioned the Office for National Statistics*, de Londres, realizou uma pesquisa, em grande escala, sobre a prevalência de doenças mentais nas prisões da Inglaterra e País de Gales. O resultado deste estudo confirmou índices elevados de transtornos mentais, nesta população. Entre os detidos, sem uma sentença ainda definida, 63% preenchem critérios para alguma patologia mental, 38% apresentaram sintomatologia indicativa de abuso de substâncias e 11%, algum transtorno de personalidade.¹¹³

O Departamento de Justiça dos Estados Unidos, no ano de 1998, contabilizou um número em torno de 283.800 presos portadores de uma doença mental. Destes, 16% encontravam-se em uma prisão estadual e 7% nas prisões federais. Este mesmo estudo verificou que 25% do total de presos em cadeias¹¹⁴ recebem tratamento para problemas emocionais ou mentais, e 10% dos homens e 15% das mulheres relataram ter recebido, ao menos uma noite, atendimento psiquiátrico. Nesse mesmo estudo, foi encontrado um percentual de 10-15 % dos reclusos, como portadores de uma doença mental severa; 59% destes estavam sob a influência de álcool ou de drogas, no momento do delito; e 30% dos homens e 78% das mulheres, doentes mentais, relataram uma história de abuso físico ou sexual.¹¹⁵

¹¹¹ JENKINS, R. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. **Psychological Medicine**. Cambridge:Cambridge University Press, v.35, p. 257-269, 2005.

¹¹² LADSBERG, G.; MORSCHAUSER, P.. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: ROSNER, R. **Principles and practice of forensic pschiartry**. 2.ed. London: ARNOLD, 2005, p. 513-517.

¹¹³ JENKINS, 2005.

¹¹⁴ Diferentes termos são usados, nos Estados Unidos, para denotar os lugares de detenção. Aqueles que mantêm pessoas que aguardam julgamento ou foram condenadas a penas curtas são chamados de "cadeias" e os estabelecimentos que mantêm presidiários condenados, de "instituições de recuperação". As pessoas detidas em cadeias ou em delegacias de polícia, geralmente, ficam aprisionadas por pouco tempo. As prisões são gerenciadas pelo Estado e pelas jurisdições Federais, e os detentos ficam um tempo maior, pois já receberam uma condenação. (BRASIL, 2002).

¹¹⁵ DITTON, P., 1999 apud LANDSBERG, G.; MORSCHAUSER. Issues in prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: ROSNER, R. **Principles and practice of forensic psychiatry**. Second Edition, London: ARNOLD, 2005, p. 513-517.

A alta prevalência de transtornos mentais, encontrada no ambiente penitenciário, segundo Relatório do Sistema Penitenciário da Flórida, teve como causas o estresse pós-traumático, a superlotação, as condições restritivas da prisão e a prática do confinamento em celas isoladas. O relatório registra, ainda, a pouca compreensão, acerca dos sinais e sintomas indicativos de uma patologia mental, pelos funcionários responsáveis pela custódia. Estes, ao não reconhecerem, entre os prisioneiros, os que apresentam uma patologia mental, podem incrementar o sofrimento, tratando os comportamentos disruptivos como um problema disciplinar¹¹⁶.

O perfil dos criminosos suicidas, de acordo com o Relatório Anual do Sistema Penitenciário da Flórida, no ano de 1995, foi o de um homem, branco, jovem, idade em torno dos 30 anos, sem história criminal prévia e que cometeu um delito contra a pessoa. Um terço dos suicidas teve sentenças de menos de cinco anos. Naqueles casos em que a sentença recebida foi superior a 25 anos, o suicídio ocorreu entre um e dois anos, após a prisão. A maioria (89%) usou o enforcamento como método. O autor cita um outro estudo, em Mayland, que encontrou o perfil de um homem preto, um pouco mais velho, em torno dos 34 anos, preso em uma unidade de segurança máxima e com um tempo médio de 43 meses de prisão. Nas pesquisas citadas, os suicídios ocorreram entre a meia noite e o amanhecer¹¹⁷.

Embora os homens sejam apontados como a maioria que comete o suicídio nas prisões, as mulheres, na custódia, também apresentam um risco elevado. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as mulheres presas tentam o suicídio cinco vezes mais do que a população feminina em geral e duas vezes mais que os homens presos¹¹⁸.

Além da alta incidência de doença mental, no ambiente penitenciário, a vulnerabilidade em que se encontram as populações confinadas é um dos fatores que elevam o risco de suicídio. A combinação do sentimento de desesperança, da história pessoal, da situação vivenciada e a incapacidade para gerar soluções para

¹¹⁶ GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners**: prison violence and self injury. v. 4, n. 3, 1992. Disponível em: <http://www.csc-scc.ca/crd/forum/ea43/3043i.htm> >. Acesso em: mai. 2006.

¹¹⁷ LESTER. D. et al. **Suicide behind bars**: prediction and prevention. Pennsylvania: The Charles Press, Publisher, Inc., 1993. p. 1-14.

¹¹⁸ WHO. **Preventing suicide**: a resorce for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. Geneva: World Health Organization, 2000.

seus problemas estão presentes e são alguns aspectos que predispõem as altas taxas de comportamento suicida, em ambientes prisionais.¹¹⁹

As diferentes modalidades de prisão implicam em diferentes comportamentos externalizados. Os sujeitos condenados, que têm conhecimento sobre a sua situação jurídica, tendem a se adaptarem melhor ao sistema penitenciário. Já a situação gerada quando o preso está esperando uma decisão, acerca de sua situação jurídica, muitas vezes, suscita o aparecimento de sintomas psiquiátricos ou serve de estressor, para uma patologia mental já existente. Quanto ao comportamento suicida, nas penitenciárias, onde se encontram presos já sentenciados, a taxa média de suicídio, apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é três vezes a taxa da população em geral. Já nos ambientes prisionais que abrigam detentos por um curto prazo, a taxa de suicídios é dez vezes maior do que a da população em geral¹²⁰.

A OMS, a partir dos estudos realizados nas diferentes modalidades de prisão, indica perfis diferenciados dos indivíduos que cometeram suicídio e se encontravam detidos em cadeias ou delegacias, em geral dos réus recentemente presos e dos presos condenados, normalmente abrigados em penitenciárias por um tempo maior. Os primeiros geralmente são homens, jovens, com idade entre 20 e 25 anos, solteiros, usuários de drogas ou álcool. Nestes casos, o suicídio ocorreu nas primeiras 24 horas, após serem detidos e, freqüentemente, nos primeiros dias de prisão. Os últimos geralmente são homens, com idade que varia dos 30 aos 35 anos. São responsáveis por crimes violentos e o suicídio ocorreu num período entre quatro a cinco de prisão. O suicídio pode ser precipitado por conflitos com outros detentos, com os funcionários, com a família, ou, ainda, por negativa dos benefícios legais a que têm direito¹²¹.

Com relação às altas taxas de suicídio consumado, no ambiente prisional, um estudo realizado na Carolina do Sul indicou que a taxa de suicídios, nas cadeias e nas prisões, foi de aproximadamente nove vezes a da população geral. Nas delegacias de polícia, onde se encontravam presos provisórios, foi de 250 vezes¹²².

¹¹⁹ LIEBLING, A. Suicides in young prisoners: a summary. **Death Study**. v.17, n. 5, p. 381-389, 1993.

¹²⁰ WHO, 2000.

¹²¹ WHO, 2000.

¹²² HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides**: seven years later. Disponível em: <<http://www.nicic.org>>. Acesso em: 20 mai. 2004.

Marcus e Alcabes¹²³ descrevem as principais características da população encarcerada, que cometeu suicídio, na cidade de Nova York, entre 1980 e 1988. Os autores dizem que mais da metade dos suicídios consumados, no caso 48 suicídios, ocorreu no primeiro mês de prisão. A taxa encontrada nos centros de detenção foi de nove vezes à da população. Em 62% dos casos de suicídio consumado, havia a história de tentativas anteriores, e os suicidas tinham comunicado sua intenção de morrer. Do total, 50% dos suicídios ocorreram entre os três dias anteriores ou posteriores ao comparecimento a uma audiência ou ao recebimento de uma decisão judicial. Mais de 90% dos suicídios ocorreram por enforcamento e em momentos em que os detentos se encontravam sozinhos na cela.

Já nas prisões da cidade de Buenos Aires, a taxa anual de suicídios foi de 13 vezes a da população geral do país, durante os anos de 2000, 2001 e uma parte de 2002. Segundo os dados deste estudo, para este mesmo período, a taxa de suicídios nas prisões foi de 14 vezes a taxa verificada na população da Província de Buenos Aires.¹²⁴

Blaauw, Kerkhof e Hayes¹²⁵ fizeram uma comparação entre as pesquisas realizadas nas prisões da Alemanha e dos Estados Unidos, acerca dos fatores criminais e psiquiátricos envolvidos no suicídio dessas populações. O perfil encontrado foi o de um homem, solteiro, idade em torno de 40 anos, com uma história de doença mental, abusador de drogas e/ou álcool, preso pela primeira vez e que cometeu um crime violento.

Lindsay Hayes, perito forense e diretor de pesquisa da *National Center on Institution & Alternatives* (NCIA), órgão que estuda e trabalha com prevenção do suicídio em ambientes de custódia, realizou um estudo sobre o suicídio consumado, nas prisões federais dos Estados Unidos. Algumas explicações para as altas taxas de suicídio, nesta população, foram listadas. São elas: recente uso de álcool e/ou o uso excessivo de drogas; perda de recursos sociais, econômicos e familiares estabilizadores; excessiva culpa ou vergonha do delito alegado; doença mental

¹²³ MARCUS, P.; ALCABES, P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. **Hosp Community Psychiatry**. v. 44, n. 3, p.256-261, 1993.

¹²⁴ FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonarenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**. Local, v. XIV, p. 286-291, 2003.

¹²⁵ BLAAUW, E.; KERKHOFF, A. J.; HAYES, L. M. Demographic criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. **Suicide Life Threat Behavior**. v. 35-75, feb., 2005.

atual; doença física grave ou terminal; tentativas anteriores de suicídio e a proximidade de um estressor, como causa da ruptura emocional.¹²⁶

Hayes¹²⁷ entende que as conseqüências psicológicas pela separação da família e de outras fontes de sustentação social, a ansiedade pela situação de estar privado de sua liberdade, o desespero pelo desconhecimento do futuro e as condições precárias das prisões são alguns dos indicadores relacionados à grande vulnerabilidade. Isto se verifica, principalmente, entre os jovens, que se encontram presos. Estes fatores podem, também, ser condições desencadeadoras de doenças mentais e de comportamento suicida.

Um outro componente mencionado diz respeito ao relato dos casos de suicídios, em ambientes prisionais. A vergonha, a humilhação, o medo da perda dos benefícios conquistados pelo detento, e o estigma são algumas das razões indicadas para a pratica suicida nas prisões.¹²⁸

Uma análise preliminar dos suicídios ocorridos nas prisões australianas, no período de 1980 a 1998, realizado pelo *Australian Institute of Criminology*, examinou a incidência de mortes e de suicídios nesta população. Concluiu que o suicídio foi a principal causa de morte nas instituições penitenciárias da Austrália, sendo responsável por 46,6% de todas as mortes na prisão. O principal método empregado pelos suicidas foi o enforcamento (90%). Quanto ao gênero, 96,5% eram homens, solteiros, sem filhos. A idade média encontrada foi de 29 anos, sendo que 48% dos suicidas eram detentos sem sentença condenatória. A maioria dos suicidas, cerca de 85%, era composta de presos que, como punição, estavam sozinhos em sua cela. Foi verificado, ainda, o uso de álcool ou drogas, o diagnóstico de uma doença mental ou doença física terminal ou crônica e a presença de tentativas suicidas anteriores. Quanto aos aspectos jurídicos, 20% dos casos de suicídio foram sentenciados pelo crime de homicídio, seguido do crime de assalto (14,8%).¹²⁹

Em um outro estudo, abrangendo o período de 1983 a 1992, nas penitenciárias canadenses, além da prevalência dos crimes contra a pessoa e dos

¹²⁶ HAYES; ROWAN, 2005.

¹²⁷ HAYES; ROWAN, 2005.

¹²⁸ HAYES; ROWAN, 2005.

¹²⁹ DALTON, V. **Suicide in prison 1980 to 1998: National Overview**, - trends & issues in crime and criminal justice, Australian Institute Of Criminology, n. 126, August, 1999.

crimes sexuais, foi encontrado um risco elevado para comportamento suicida, entre aqueles indivíduos que cometeram os chamados “crimes do colarinho branco”¹³⁰

Nas prisões e hospitais psiquiátricos forenses, do serviço penitenciário da província de Buenos Aires, em um período de dois anos e meio, compreendendo os meses de janeiro de 2000 a julho de 2002, ocorreram 29 suicídios. Destes, 93,1% dos suicidas eram homens e 6,9% eram mulheres, com uma idade média de 27,8% anos. Quanto ao delito, 20% dos suicidas tinham cometido crimes contra pessoa; 3,4%, crimes sexuais; 54,9%, contra o patrimônio; e, em 20,6%, não constava o delito. Os autores encontraram poucos dados sobre a conduta dos suicidas, no sistema prisional, assim como sobre os dados relacionados à história jurídica (programa de regime, audiências etc.), no período que antecedeu ao suicídio. O estudo baseou-se nos suicídios consumados, e estes ocorreram, em 60% dos casos, nos três primeiros meses de ingresso no sistema penitenciário.¹³¹

Conforme dados do Núcleo de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, no período entre 1996 e 1998, ocorreu um coeficiente de mortalidade por suicídio de 10,28, por 100 mil habitantes¹³². Esse índice vem aumentando já que, no período de 1970 a 1974, o Estado teve um índice de 6,51, por 100 mil habitantes. De acordo com Martins e Zimmermann¹³³, nessas estatísticas, devem ser considerados, ainda, os acidentes de causa indeterminada e os chamados suicidas crônicos, como a morte por alcoolismo, abuso de drogas e fraca adesão a tratamento médico.

¹³⁰ THE CORRECCINAL SERVICE OF CANADÁ, 1996-97: Retrospective Report on inmate suicide. **Centre for Suicide Prevention, Canadá**. Disponível em: <<http://www.suicideinfo.ca>>. Acesso em 05 jun. 2006.

¹³¹ FOLINO; MARCHIANO; WILDE, 2003.

¹³² SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL. **Coordenadoria de Informações em Saúde**: Mortalidade. Porto Alegre, 1998.

¹³³ MARTINS, F. P.; ZIMMERMANN, P. R. Avaliação do Risco de Suicídio. Porto Alegre: Acta Médica, 1996.

3.7 Os Aspectos Legais do Comportamento Suicida e Responsabilidade do Estado

A destruição de uma vida humana por outrem é *homicídio*, mas, se a própria pessoa põe fim à sua própria vida, esta comete *suicídio*. Portanto, devemos evidenciar que “[...] o suicídio não é homicídio, já que não é a morte de outro, é dado à morte de si mesmo, e, portanto não constitui um injusto penal”, como afirma Ramirez.¹³⁴

Bruno¹³⁵ pontua que a não incriminação do suicídio não exclui a sua fundamental ilicitude moral e jurídica, quer sob o ponto de vista individual, como destruição de uma vida humana – ainda que seja a do próprio autor - quer sob o aspecto social, como eliminação de uma unidade do corpo demográfico, com as suas implicações de direitos e deveres, em face da sociedade. Segundo Hungria¹³⁶, para que haja suicídio, é imprescindível a intenção positiva de despedir-se da vida. A esse respeito, como argumenta Fávero¹³⁷, é necessário, então, saber distinguir o verdadeiro suicídio de outras formas, por meio das quais os indivíduos encontram a própria morte, levados pelo cumprimento do dever ou por ato de heroísmo. Mirabete¹³⁸ reitera, então, que, para que se fale em suicídio, é necessário o elemento intencional da vítima de pôr termo à vida, não bastando que ela simplesmente “aceite” a morte. Fávero¹³⁹ exemplifica, dizendo que não é suicida o soldado que enfrenta o inimigo, em defesa da pátria, e acaba encontrando a morte. Não é suicida o indivíduo que se atira na água, para salvar alguém prestes a afogar-se e, no gesto generoso, morre. Não é suicida o médico, que atendendo a doentes infecciosos, se contamina e morre.

Noronha¹⁴⁰ não considera suicídio as ações bélicas e heróicas consentidas pelo Estado: o torpedo humano; o avião - dito suicida - que se atira sobre o alvo inimigo, etc.

¹³⁴ RAMIREZ, J. B. **Manual de derecho penal**: parte especial. Barcelona: Editorial Ariel, 1991, p.36.

¹³⁵ BRUNO, A. **Direito penal**: parte especial – crimes contra pessoa. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

¹³⁶ HUNGRIA, N. **Comentários ao Código Penal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1958. v. 5.

¹³⁷ FÁVERO, F. **Medicina legal**. São Paulo: Martins, 1966.

¹³⁸ MIRABETE. **Manual de Direito Penal**: parte especial - artigos 121 a 234 do Código Penal. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

¹³⁹ FÁVERO, 1966.

¹⁴⁰ NORONHA, E. M. **Direito penal**: dos crimes contra a pessoa, dos crimes contra o patrimônio. São Paulo: Saraiva, 2000.

O Estado é responsável em relação àqueles que têm sob custódia. A Constituição Federal, em seu artigo 37,§ 6º, faz referência aos princípios constitucionais que a Administração Pública de qualquer um dos poderes deverá obedecer. São eles: da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência. A responsabilidade civil do Estado é objetiva, impondo-lhe deveres e responsabilidades. Portanto, os prestadores de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável, nos casos de dolo ou culpa. O artigo 43 do Código Civil Brasileiro, em consonância com o texto constitucional, também apregoa a responsabilidade civil das pessoas jurídicas de direito público, em relação aos atos de seus agentes, que, nessa qualidade, causem danos a terceiros¹⁴¹.

Segundo acórdão do Supremo Tribunal Federal (Resp. 602102/ RS), a responsabilidade civil que se imputa ao Estado por ato danoso de seus prepostos é objetiva. Tal acórdão enfatiza que a teoria objetiva só será afastada por duas razões: por motivo de força maior ou na existência de culpa exclusiva da vítima, já que, nesse caso, estaria afastado o nexos de causalidade¹⁴². O acórdão prevê, ainda, que o Estado tem a obrigação de prestar um serviço adequado àquele que se encontra sob a guarda - com base no art. 15 do Código Civil Brasileiro de 1916¹⁴³.

Os profissionais a quem incumbe o dever de cuidado, previsto no art 13, § 2º, alínea “a”, do Código Penal, responderão pelo próprio resultado danoso, nos casos em que a lei lhes impõe o dever de ação, já que têm a função de garantir o bem jurídico tutelado pela norma penal. Define-se, assim, o chamado crime comissivo por omissão, o qual surge quando o omitente devia e podia agir, para evitar o resultado¹⁴⁴.

¹⁴¹ BRASIL. **Constituição Federal**: Código de Processo Civil. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. 6. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹⁴²STJ.GOV. **Revista eletrônica de Jurisprudência**. Disponível em: <<http://www.stj.gov/SCON/jurisprudencia>> Acesso em: mai. 2006.

¹⁴³ BRASIL, 2005.

¹⁴⁴ Segundo o artigo 13, & 2º, do Código Penal, o dever de agir incumbe a quem: “(a) tinha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; C)com seu comportamento anterior criou o risco da ocorrência do resultado”. BRASIL, 2005.

3.8 Incriminação do Suicídio

Bruno¹⁴⁵ ressalta que, entre os bens de que a pessoa é titular e que o Direito procura garantir com rigor da sanção punitiva, a vida humana ocupa o primeiro lugar.¹⁴⁶ A vida em sociedade, que é a inclinação natural do homem, exige a observância de um complexo de normas disciplinadoras que estabeleçam regras indispensáveis ao convívio dos indivíduos. De um modo geral, essas normas ou regras são obedecidas e cumpridas por mero contato virtual. Muitas vezes, porém, os imperativos do Direito são desrespeitados e violados. Aos atos do homem, praticados segundo o Direito, dá-se o nome de atos lícitos. Já os atos ilícitos são os que infringem preceito jurídico, isto é, atos que ferem indevidamente um Bem tutelado pela legislação brasileira.¹⁴⁷

A vida, por ser um Bem indispensável, não autoriza que dela disponha o homem, quer quando se trate de sua própria existência, quer da de terceira pessoa. A propósito, já dissertava Néelson Hungria¹⁴⁸ que a vida de um homem não pertence apenas a ele, mas compõe o agregado social. “O direito de viver não é um direito sobre a vida, no sentido de correlativo da obrigação de que os outros homens respeitem a nossa vida”, afirma Costa Jr.¹⁴⁹

Com isso, cabe, então, ressaltar que o Direito Penal Brasileiro, é claro, tutela este bem. Desta afirmação, portanto, resultam duas conclusões: 1) Atentar contra a vida de outro é um ato ilícito; 2) Atentar contra a própria vida também constitui um ilícito penal.¹⁵⁰

O *Codex Júrís Canonicis* incluía o suicídio entre os delitos contra a vida. Cabia aos suicidas a pena de privação de sepultura eclesiástica. A tentativa de

¹⁴⁵ BRUNO, 1966.

¹⁴⁶ “A vida é um bem indispensável, tomado em consideração pelo Direito para garantir desde o momento em que, pela eventual conjunção dos elementos genéticos, o embrião se formou. É um Direito social de todos e dever do Estado, priorizado no Caput no art. 5. da Constituição Federal de 1888”. BRUNO, 1966, p. 59.

¹⁴⁷ MARQUES, J. F. **Tratado de Direito Penal**. Campinas, São Paulo: Millenium, 1999.

¹⁴⁸ HUNGRIA, 1958.

¹⁴⁹ COSTA JR., P. J. **Direito Penal**: curso completo. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 151.

¹⁵⁰ COSTA, Á. M. **Direito Penal**: parte especial. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

suicídio também é punível ali, com sanções eclesiásticas, segundo se vê do cânone 2.350.¹⁵¹

Na Idade Média, o suicídio foi amplamente combatido pela Igreja. Com o predomínio do Cristianismo, o suicídio foi condenado pela Igreja e terminantemente considerado crime contra Deus. Neste sentido, o Direito Canônico o equiparava ao homicídio. A tentativa de suicídio era condenada com prisão ou desterro. Foram os iluministas os primeiros a se rebelarem contra a punição do suicídio.¹⁵²

O suicídio não é incriminado nas legislações penais mais modernas, à exceção do *Common law* inglês.¹⁵³ A exemplo da Inglaterra, alguns Estados da União Norte-americana e Bolívia ainda apresentam normas que definem a tentativa de suicídio como crime.

No caso do Brasil, a legislação adota a orientação de não incluir o suicídio como infração penal. Até porque, conforme Bruno¹⁵⁴ a morte que um homem dá a si mesmo não está sujeita à penalidade, já que a punição maior é a perda da própria vida. Do ponto de vista retributivo ou repressivo, não se explica a punição de um cadáver (*mors omnia solvit*). Caso se lançasse mão de certas penas, o confisco, a punição recairia sobre outras pessoas, inocentes e já bastante infelizes com o desaparecimento do suicida. Do ponto de vista intimidativo ou preventivo, seria inútil a ameaça da pena contra quem já não se atemoriza sequer com a privação da própria vida.^{155, 156}

Pedroso¹⁵⁷ explica que também não seria cabível cogitar a punição criminal dos familiares do suicida, quer penal, quer civil, através de seus efeitos patrimoniais. Como salienta esse autor, preceito que impusesse tal sanção estaria em antagonismo com a natureza personalíssima da pena, punindo pessoas estranhas

¹⁵¹ COSTA, 2001.

¹⁵² HUNGRIA, 1958.

¹⁵³ Segundo Hungria (1958, p. 223), “A Common Law inglês considera o suicídio felo de se (a felon against himself, isto é, autor de crime contra si mesmo). As penas cominadas eram, a princípio, o confisco, a privação de honras fúnebres, a exposição do cadáver atravessado por um pau, o sepultamento era em estrada pública, atualmente, a única vigente é a proibição de cerimônias fúnebres...”

¹⁵⁴ BRUNO, 1966.

¹⁵⁵ MARQUES, 1999.

¹⁵⁶ NORONHA, 2000.

¹⁵⁷ PEDROSO, F. A. **Homicídio, participação em suicídio, infanticídio e aborto**: crimes contra a vida. Rio de Janeiro: Aide, 1995.

ao ato daquele que se matou. É interessante, neste sentido, o que Beccaria¹⁵⁸ realça.

O suicídio é um delito que parece não poder ser submetido a nenhuma pena propriamente dita; pois essa pena só poderia recair sobre um corpo insensível e sem vida, ou sobre inocente. Ora o castigo que se aplicasse contra os restos inanimados do culpado não poderia produzir outra impressão sobre os espectadores senão a que estes experimentariam ao verem fustigar uma estátua.

O mesmo autor complementa, dizendo que se a pena for aplicada à família inocente, ela é odiosa e tirânica. Explica que isto se verifica porque já não há liberdade, quando as penas não são puramente pessoais.

Os homens amam demasiado a vida; estão ligados a ela por todos os objetos que os cercam; a imagem sedutora de prazer e a doce esperança amável feiticeira que mistura algumas gotas de felicidade ao licor envenenado dos males que ingerimos a grandes tragos, encantam muito fortemente os corações dos mortais, para que se possa temer que a impunidade contribua para tornar o suicídio mais comum.

O texto de Beccaria deixa clara a inutilidade da punição. Néilson Hungria,¹⁵⁹ por sua vez, afirma que não se deve cogitar de punir, nem mesmo à tentativa (ou o suicídio frustrado). No Brasil, não se pune o autor, por motivos humanitários. Afinal, como observa Nucci,¹⁶⁰ quem atentou contra a própria vida, por conta de comoção social, religiosa ou política, estado de miserabilidade, desagregação familiar, doenças graves, causas tóxicas, efeitos neurológicos, infecciosos ou psíquicos e até por conta de sensibilidade ou imaturidade, não merece punição, mas compaixão, amparo e atendimento médico. Em face de medida de Política Criminal,¹⁶¹ entende-se que a tentativa de suicídio não pode ser submetida à imposição de sanção penal,

¹⁵⁸ BECCARIA, C. B. M. **Dos delitos e das penas**. Bauru, São Paulo: EDIPRO, 2001. p. 84.

¹⁵⁹ HUNGRIA, 1958.

¹⁶⁰ NUCCI, G. S. **Código penal comentado**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

¹⁶¹ É a ciência dos meios preventivos e repressivos de que se utiliza o Estado, no seu tríplice papel de Poder Legislativo, Executivo e Judiciário, para atingir o fim da luta contra o crime. Examina o direito em vigor, apreciando a sua idoneidade na proteção social contra os criminosos e, como resultado, sugere as reformas necessárias. BARBOSA, L. H. **Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica** Ciência e Cognição. v. 3, p. 63-65, 2004.

visto que, segundo adverte Jesus¹⁶², a reação do Estado constituiria um forte estímulo à repetição do tresloucado ato. Punir o suicida frustrado, na compreensão de Giuseppe Maggiore¹⁶³, só viria acrescentar aos sofrimentos físicos e morais de seu gesto de descontrole, o castigo legal. Este, talvez, viesse a constituir-se em motivo para a reiteração dos atos que praticara, tendente a eliminar a própria existência.

Para Bruno¹⁶⁴, a morte que um homem dá a si mesmo escapa à consideração do Direito Penal. Não é que se reconheça ao homem à faculdade de dispor da própria vida e de encerrá-la quando as circunstâncias a isso o tenham compelido. A não incriminação do suicida não exclui a fundamental ilicitude moral desse ato. Embora impune, o gesto do suicida não descarta a censura ética e religiosa. Sob o prisma jurídico, afirma-se a natureza delituosa da intervenção daquele que auxilia, induz ou instiga o suicídio, além de que o Direito autoriza a evitar a realização do suicídio, sem que isso configure constrangimento punível.

A propósito, Alves¹⁶⁵ menciona que, embora o suicídio não possua uma definição no Código Penal, como conduta delituosa, não se pode dizer que se trata de um fato lícito. A oliceidade da ação suicida é manifesta, de modo que o Código Penal Brasileiro autoriza o emprego de violência, para impedir sua prática. É o que se deduz do preceituado no art.146, & 3.II, quando o legislador, referindo-se ao crime de “constrangimento ilegal” (art.146, caput, do CP), declara que não caracteriza o crime de “constrangimento ilegal”, quando a coação é exercida para impedir suicídio. A razão da disposição ínsita no art.146 refere-se ao fato de que a vida é bem jurídico com um valor indispensável. Por essa linha de pensamento, explica-se o motivo de o Direito autorizar até mesmo o emprego de força física, para evitar o auto-extermínio da vida humana.

Vale ressaltar que o fato de o suicídio não incriminar a lei penal não significa que a ordem jurídica o tenha por indiferente, para entregar apenas à consciência moral, ou às sanções religiosas, a reprovação desse ato de eliminação da vida humana.¹⁶⁶

¹⁶² JESUS, D. E. **Direito Penal**: parte especial. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1966.

¹⁶³ MAGGIORE, G. **Derecho Penal**: parte especial. Bogotá: TEMIS, 1955. v. 4.

¹⁶⁴ BRUNO, 1966.

¹⁶⁵ ALVES, I. F. **Crimes Contra a Vida**. Belém: UNAMA, 1999.

¹⁶⁶ MARQUES, 1999.

Costa¹⁶⁷ chama a atenção para o fato de que o suicídio e a tentativa sempre suscitaram profunda controvérsia de idéias e estimações (política, religiosas e jurídicas), o que deu margem a um amplo debate sobre a incriminação do tipo penal.

Sob o ponto de vista de Nietzsche, o suicídio é a expressão suprema da liberdade. Citado por Croce, Nietzsche em sua obra “*Gotzen Dämmerung*” diz:¹⁶⁸

Morrer orgulhosamente, com dignidade é mil vezes preferível a viver em condições opostas. A morte que ocorre em circunstâncias desprezíveis, a morte que não é livre, que surge em ocasião imprópria, é a morte de um covarde. Não nos é dado evitar o nosso nascimento; mas este erro - pode ser retificado se assim o desejarmos. O homem que deserta da vida pratica o mais elogiável dos atos: agindo assim, tal homem quase que merece viver [...]

Noronha¹⁶⁹ diz que o suicídio não é considerado delito, os códigos criam uma figura *per se* delituosa: *o auxílio ao suicídio*. Não é crime uma pessoa matar-se (morte física), mas é crime um indivíduo auxiliá-la na realização desse ato – ou induzi-la a essa prática.

Bruno¹⁷⁰ menciona que o suicídio não é fato punível. Acrescenta, no entanto, que a colaboração para aquele que quer se matar não pode ter o caráter de verdadeira participação no crime de outrem: toma o aspecto de um crime, por si mesmo. Justifica-se a punição do auxílio, do induzimento ou da instigação, porque se trata de colaboração a ato ilícito, que atinge um bem jurídico em que se consubstancia o mais alto dos valores humanos.

Neste sentido devemos referenciar aqui “a lição” deixada por Hungria¹⁷¹. Segundo este autor, somente pela impossibilidade prática da punição ou por razões de política criminal não é incriminado o suicídio consumado ou atentado. Só que, se não é incriminável o suicídio, isto não quer dizer que se deva cometê-lo ou que não se possa punir a contribuição moral ou material para o suicídio de outrem. Embora não diretamente punível, por motivos óbvios, na pessoa do suicida, o suicídio não deixa de ser um fato ilícito ou antijurídico, pois representa um mal social. É, sem dúvida alguma, uma ação contrária aos interesses morais demográficos do Estado.

¹⁶⁷ COSTA, 2001.

¹⁶⁸ NIETZSCHE, apud CROCE, D. **Manual de medicina legal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1998. p. 341.

¹⁶⁹ NORONHA, 2000.

¹⁷⁰ BRUNO, 1966.

¹⁷¹ HUNGRIA, 1958.

A repressão da intencional participação em suicídio é, portanto, politicamente justificável. A pena, em tal caso, pode ser plenamente atuada na sua finalidade.

Para que haja delito de participação é necessário que a vítima tenha capacidade de resistência. Tratando-se de alienado mental ou de criança, a ausência de vontade válida faz com que inexista o delito privilegiado, configurando-se, nesse caso, um crime de homicídio, executado sob autoria mediata.¹⁷²

¹⁷² JESUS, 1966.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

O estudo foi transversal e retrospectivo, com o objetivo de investigar as características demográficas e criminológicas dos detentos do Rio Grande do Sul que estiveram sob a custódia do Estado, no período de 1995 a 2005. O levantamento dos dados deu-se através de um protocolo de pesquisa (APÊNDICE A), para a coleta de informações referentes às variáveis demográficas, criminológicas e os fatores associados (local, data, horário, meio utilizado). Os dados para o preenchimento do formulário de pesquisa foram obtidos diretamente dos prontuários e do Processo de Execução Penal (PEC), obtidos pela Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE).

4.2 População

No período de onze anos, foi registrado um total de 1390 mortes em detentos no sistema prisional, 80 destas por suicídio. Os sujeitos dessa pesquisa encontravam-se presos nas penitenciárias do Rio Grande do Sul, em decorrência de qualquer um dos motivos previstos em lei, tais como: prisão em flagrante, preventiva e cumprimento de pena.

4.3 Local

O estudo foi realizado na sede administrativa da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), mais precisamente no setor de arquivo, onde estão localizados os prontuários das casas prisionais do Rio Grande do Sul.

A SUSEPE, subordinada à Secretaria da Justiça e da Segurança (SJS), é o órgão estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança.



FIGURA 1: Mapa das Regiões Penitenciárias

De acordo com a Constituição do Rio Grande do Sul, a política penitenciária do Estado deve ter como objetivo a reeducação, a reintegração social e a ressocialização do preso. Neste sentido, são prioridades a regionalização e a municipalização dos estabelecimentos penitenciários, bem como a manutenção de colônias penais agrícolas e industriais, além da escolarização e profissionalização dos presos.

4.4 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados, pela autora, através de um instrumento específico, diretamente dos prontuários administrativos, arquivados no setor de arquivos da SUSEPE.

4.5 Instrumento

O protocolo utilizado pela pesquisadora contemplou as seguintes variáveis: gênero, idade, situação conjugal, naturalidade, profissão, filhos, cor, grau de instrução, situação jurídica, método empregado no suicídio, data, hora e local do ato, história de tentativas anteriores, baixas no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF).

4.6 Análise e Interpretação dos Dados

Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização do programa estatístico SPSS 13.0. De uma maneira geral, foram construídas distribuições de frequência simples, para todas as variáveis apuradas. Também foram realizadas associações, com o objetivo de verificar a relação entre algumas variáveis, de acordo com os delitos cometidos e a consumação suicida.

Para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas descritivas, com destaque para a média, os valores mínimos e os máximos, observados para cada variável.

Não foram feitos testes estatísticos de hipóteses, por estarem sendo estudados todos os casos de suicídio ocorridos no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, no período de interesse. Os dados analisados constituem, portanto, toda a população alvo do estudo, e não uma amostra.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi autorizado pela chefe da Divisão do Departamento de Tratamento Penal, Sílvia Lúcia Ferreira Herman, com consentimento do Superintendente dos Serviços Penitenciários, Djalma Manuel Bittencout Gautério (APÊNDICE B). Foi, também, em 16 de agosto de 2005, apreciado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Ofício n. 735/05 - CEP (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS

Os dados coletados a partir dos prontuários penais dos presos que cometeram suicídio, entre os anos de 1995 a 2005, no sistema prisional do Rio Grande do Sul, revelam uma realidade complexa, que aponta para a crise do atual paradigma institucional. Este apresenta dificuldades na reintegração do delinqüente à sociedade. Os resultados formam o perfil do apenado suicida, oportunizando, assim, reconhecer aspectos importantes na ideação do ato e, por conseguinte, possibilitando colaborar em sua prevenção.

Nos onze anos, compreendidos entre janeiro de 1995 e dezembro de 2005, (Tabela 1), a prevalência de suicídios no sistema prisional gaúcho não foi constante. Os índices variaram a cada ano. Nesse período, obteve-se uma ocorrência média de 7,27 suicídios por ano, ou seja, 80 suicídios em onze anos. A relação média aproximada, portanto, é de 30,76 casos para cada 100 mil habitantes, proporcionalmente calculados em relação à população carcerária.

Ano/ Doenças	Doenças Infecciosas	Homicídios	Suicídio	Cardiopatias
1995	27	23	03	07
1996	36	23	10	08
1997	42	17	07	07
1998	51	15	08	08
1999	37	18	03	07
2000	54	20	11	10
2001	26	33	01	07
2002	52	24	09	06
2003	85	26	10	02
2004	94	27	14	10
2005	100	34	04	09
Total	612	264	80	79
Total	612	264	80	79

QUADRO 1: Causas de morte no Sistema Prisional Penitenciário do RS, de acordo com o ano de ocorrência

TABELA 1 - Casos de suicídio no Sistema Penitenciário do RS, de acordo com o ano de ocorrência

Ano	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
1995	3	3,8	3,8
1996	10	12,5	16,3
1997	7	8,8	25,0
1998	8	10,0	35,0
1999	3	3,8	38,8
2000	11	13,8	52,5
2001	1	1,3	53,8
2002	9	11,3	65,0
2003	10	12,5	77,5
2004	14	17,5	95,0
2005	4	5,0	100,0
Total	80	100,0	

Os resultados obtidos serão agrupados sob três eixos de importância, para melhor estudar as características do suicídio no sistema prisional do Rio Grande do Sul. Os eixos são: A - achados que caracterizam o perfil do suicida; B - dados que caracterizam o ato suicida; e C - dados que apontam fatores moduladores da ideação suicida.

5.1 Dados que caracterizam o perfil do suicida

As ocorrências de suicídio distribuíram-se segundo o gênero, ou seja, houve grande diferença entre o número de suicídios executados por homens e mulheres. Com base nessa diferença (Figura 1), pode-se dizer que, para o fator gênero, o suicídio no sistema prisional é um ato predominantemente masculino: foram 78 casos de suicídio, envolvendo homens, o que representa 97,5% de todos os casos.

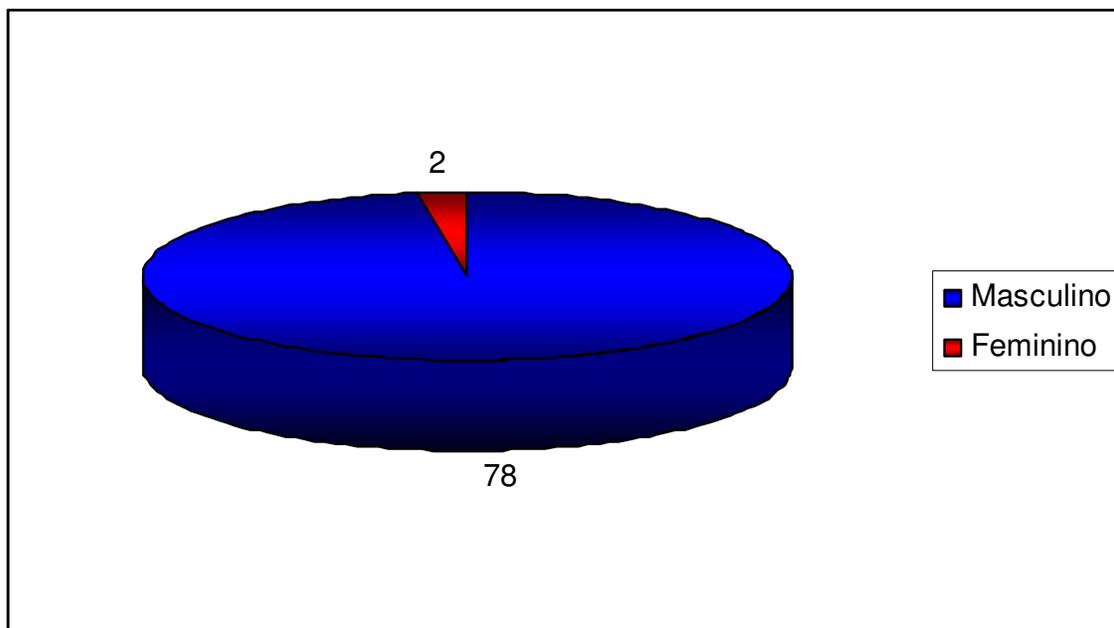


FIGURA 2: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o gênero do apenado

O gênero feminino, até por representar parcela ínfima da população carcerária, apresenta-se com apenas duas ocorrências, neste período de 11 anos. Este número representa 2,5% dos casos, o que confirma que a violência, ainda que a autodirigida, faz mais parte do universo masculino.

Um aspecto importante, que caracteriza o suicídio, é a idade de quem o pratica, no sistema prisional. A prevalência aponta para juventude, ou seja, a faixa de maior ocorrência é a dos 20 aos 29 anos. Isto representa 43,8 % de todos os casos (Figura 3).

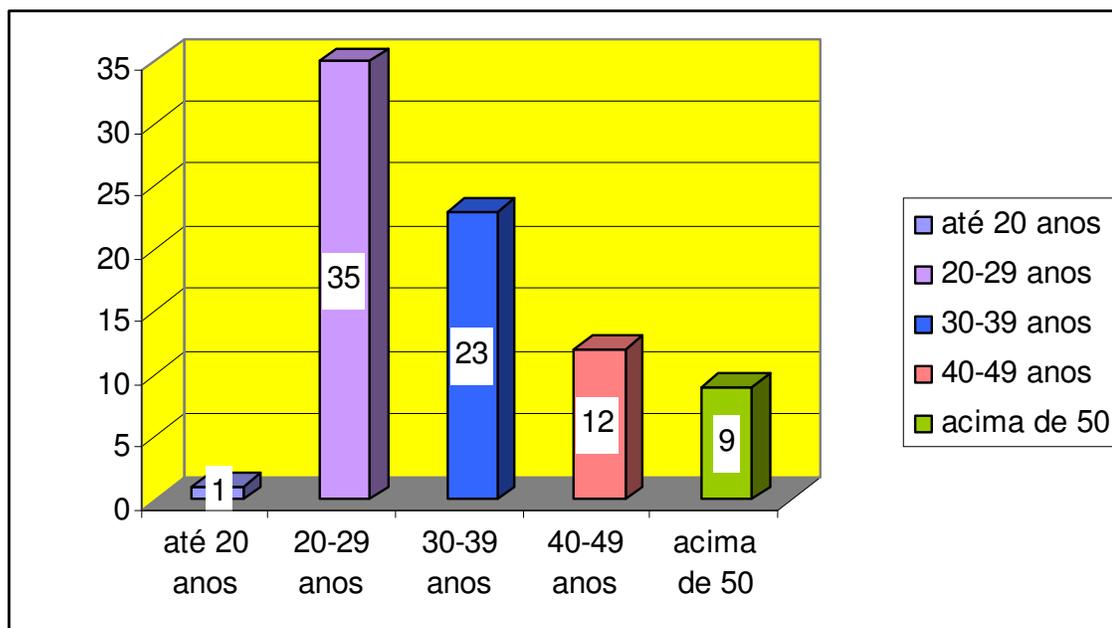


FIGURA 3: Prevalência de suicídio, de acordo com a faixa etária

A cor, assim como o gênero, distinguiu-se pela concentração das ocorrências em torno de uma característica: a cor branca apresentou predomínio, apontando um percentual de 74,7%. Na Tabela 2, verifica-se a distribuição, segundo a cor. A cor preta representou 14,7% dos casos, seguida pela cor mista, com representação de 10,7%.

TABELA 2 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a cor do preso

Cor	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Branco	56	70,0	74,7	74,7
Preto	11	13,8	14,7	89,3
Misto	8	10,0	10,7	100,0

continua

conclusão

Cor	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Total válido	75	93,8	100,0	
Não consta	5	6,3		
Total geral	80	100,0		

Dentre os aspectos individuais pesquisados, o estado civil indicou uma maior ocorrência de suicídios entre os apenados sem relacionamento conjugal. A Tabela 3 apresenta essa distribuição.

TABELA 3 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS de acordo com o estado civil do apenado

Estado Civil	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Solteiro	41	51,3	53,2	53,2
Casado	22	27,5	28,6	81,8
Separado	7	8,8	9,1	90,9
Com companheira	5	6,3	6,5	97,4
Viúvo	2	2,5	2,6	100,0
Total válido	77	96,3	100,0	
Não consta	3	3,8		
Total geral	80	100,0		

Ainda ficou demonstrado que os presos com relacionamento conjugal, como os casados (28,6%) e os “com companheira fixa” (6,5%), obtiveram menor representatividade na população suicida. Aqueles que não possuíam laços relacionais, como os solteiros (53,25%), separados (9,1%) e viúvos (2,6%), contudo, representaram 64,9% da população suicida.

A estrutura familiar do apenado foi avaliada quanto ao relacionamento e, também, quanto à ocorrência de filhos. A Tabela 4 mostra a distribuição de suicídios

entre os apenados que possuíam e não possuíam filhos. A maior prevalência suicida ocorreu entre os apenados que possuíam filhos.

TABELA 4 - Suicídios no sistema penitenciário do RS, de acordo com a existência de filhos do apenado

Tem filhos?	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Sim	46	57,5	57,5
Não	34	42,5	100,0
Total	80	100,0	

A naturalidade dos apenados variou. Destes, 41 eram de cidades gaúchas. Apenas sete eram de outros Estados e países. “Porto-alegrense” foi a naturalidade com a maior prevalência, representando 10 casos, conforme observado na Tabela 5. Verificou-se, ainda, uma concentração regional nas mesorregiões metropolitana (20 casos) e noroeste gaúcho (25 casos).

TABELA 5 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a naturalidade dos apenados, por município

Município	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Porto Alegre	10	12,5	13,0	13,0
Outros Estados/países	7	8,8	9,1	22,1
Bagé	4	5,0	5,2	27,3
Palmeira das Missões	4	5,0	5,2	32,5
São Luiz Gonzaga	4	5,0	5,2	37,7
Caxias do Sul	3	3,8	3,9	41,6
Pelotas	3	3,8	3,9	45,5
Porto Xavier	3	3,8	3,9	49,4
Santo Ângelo	3	3,8	3,9	53,2
Erechim	2	2,5	2,6	55,8
Gravataí	2	2,5	2,6	58,4
Santa Maria	2	2,5	2,6	61,0
Arroio do Meio	1	1,3	1,3	62,3
Arroio do Sal	1	1,3	1,3	63,6
Bossoroca	1	1,3	1,3	64,9

continua

conclusão

Município	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Cacequi	1	1,3	1,3	66,2
Cachoeira do Sul	1	1,3	1,3	67,5
Cachoeirinha	1	1,3	1,3	68,8
Campo Novo	1	1,3	1,3	70,1
Canoas	1	1,3	1,3	71,4
Chapada	1	1,3	1,3	72,7
Guaíba	1	1,3	1,3	74,0
Guaporé	1	1,3	1,3	75,3
Humaitá	1	1,3	1,3	76,6
Independência	1	1,3	1,3	77,9
Júlio de Castilhos	1	1,3	1,3	79,2
Nova Prata	1	1,3	1,3	80,5
Porto Lucena	1	1,3	1,3	81,8
Rodeio Bonito	1	1,3	1,3	83,1
Santana da Boa Vista	1	1,3	1,3	84,4
Santiago	1	1,3	1,3	85,7
São Borja	1	1,3	1,3	87,0
São Francisco de Paula	1	1,3	1,3	88,3
São Jerônimo	1	1,3	1,3	89,6
São Leopoldo	1	1,3	1,3	90,9
Tapes	1	1,3	1,3	92,2
Torres	1	1,3	1,3	93,5
Três de Maio	1	1,3	1,3	94,8
Três Passos	1	1,3	1,3	96,1
Uruguaiana	1	1,3	1,3	97,4
Venâncio Aires	1	1,3	1,3	98,7
Vera Cruz	1	1,3	1,3	100,0
Total válido	77	96,3	100,0	
Não consta	3	3,8		
Total geral	80	100,0		

A religião declarada mais freqüentemente, pelos apenados, foi a católica, em 66 dos casos. As demais religiões (três casos) e os prontuários sem registros em relação a este tópico (11 casos) perfizeram 14 casos. A Tabela 6 dispõe esses dados, com suas respectivas representações proporcionais.

TABELA 6 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a religião dos apenados

Religião	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Católica	66	82,5	95,7	95,7
Umbanda	2	2,5	2,9	98,6
Protestante	1	1,3	1,4	100,0
Total válido	69	86,3	100,0	
Sem registro	11	13,8		
Total geral	80	100,0		

Outro aspecto importante, sob o ponto de vista dos recursos cognitivos individuais, é o grau de instrução dos apenados suicidas. A Figura 4 apresenta a relação entre o baixo grau de instrução escolar e a ocorrência de suicídios.

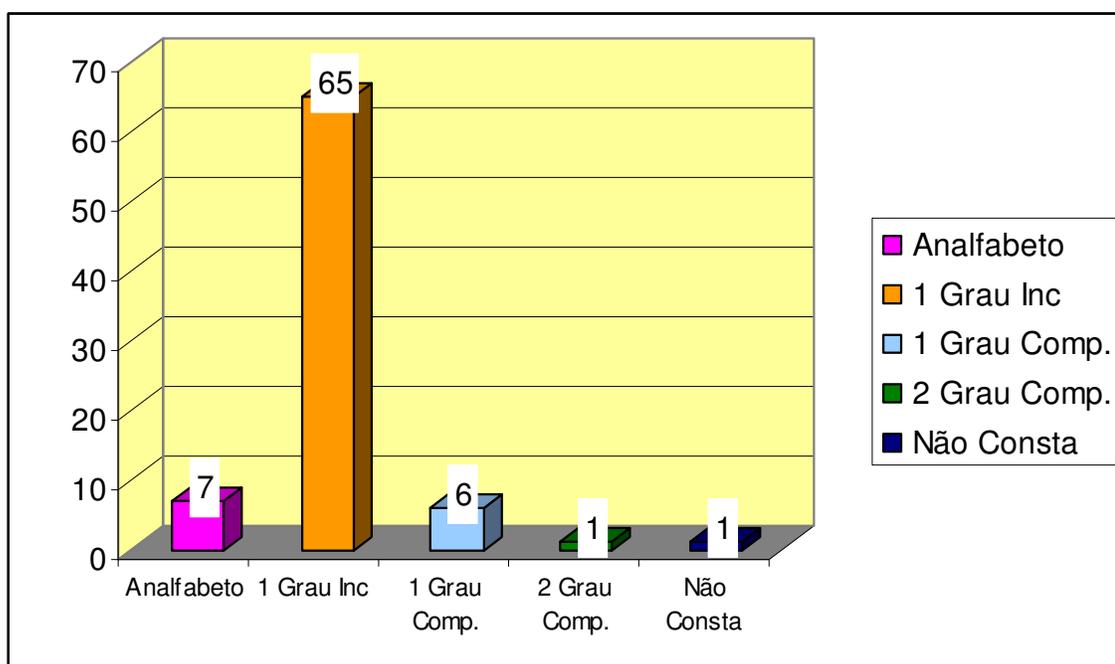


FIGURA 4: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o grau de instrução dos presos

Percebe-se, a partir destes números, a estreita associação entre o baixo grau de instrução e o suicídio, pois 91,1% dos casos envolveram apenados que tinham 1º Grau incompleto¹⁷³ e analfabetos.

Outra característica que demonstra os recursos adaptativos dos suicidas é a profissão exercida por eles, como meio de subsistência. A Tabela 7 contém os dados referentes à profissão dos apenados que cometeram suicídio. Um aspecto marcante é o grande número de atividades desenvolvidas por eles. Em comum, os apenados apresentam um baixo recurso intelectual para o exercício profissional.

TABELA 7 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a profissão dos presos

Profissão	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Serviços Gerais	15	18,8	18,8
Pedreiro	9	11,3	30,0
Agricultor	5	6,3	36,3
Não consta	4	5,0	41,3
Pintor	3	3,8	45,0
Motorista	3	3,8	48,8
Vendedor	2	2,5	51,3
Não tem	2	2,5	53,8
Eletricista	2	2,5	56,3
Empresário	2	2,5	58,8
Marceneiro	2	2,5	61,3
Comerciante	2	2,5	63,8
Carpinteiro	2	2,5	66,3
Mecânico	2	2,5	68,8
Papeleiro	1	1,3	70,0
Aposentado	1	1,3	71,3
Operador de Máquinas	1	1,3	72,5
Tratorista	1	1,3	73,8
Empreiteiro	1	1,3	75,0
Doméstica	1	1,3	76,3
Borracheiro	1	1,3	77,5
Serralheiro	1	1,3	78,8
Gari	1	1,3	80,0
Garçom	1	1,3	81,3

continua

¹⁷³ Neste trabalho, foi feita a opção por manter a denominação antiga, para ser coerente com os prontuários.

conclusão

Profissão	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Aux. Serigrafia	1	1,3	82,5
Chapeador	1	1,3	83,8
Taxista	1	1,3	85,0
Trabalhador rural	1	1,3	86,3
Estudante	1	1,3	87,5
Ajudante de Mecânico	1	1,3	88,8
Aux. Produção	1	1,3	90,0
Artesão	1	1,3	91,3
Comerciário	1	1,3	92,5
Metalúrgico	1	1,3	93,8
Estofador	1	1,3	95,0
Do lar	1	1,3	96,3
Caseiro	1	1,3	97,5
Funcionário Público	1	1,3	98,8
Calceteiro	1	1,3	100,0
Total	80	100,0	

5.2. Dados que caracterizam o ato suicida

O enforcamento foi o meio mais empregado (82,5%) para a consecução do suicídio, seguido por arma de fogo (12,5%), precipitação (2,5%), queimadura (1,3%) e ferimento corte-contuso (1,3%), em conformidade com a Figura 5. Verifica-se, portanto, a alta prevalência de meios violentos.

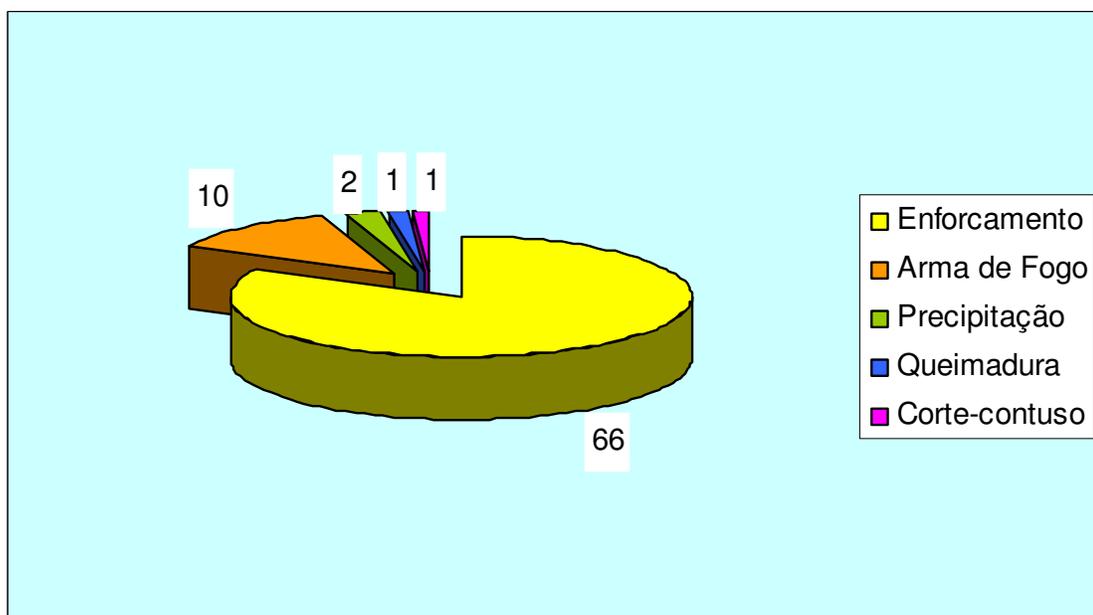


FIGURA 5: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o meio empregado

Os suicídios ocorreram dioturnamente (manhã e tarde), em sua maioria (72,7%). O período do dia que apresentou o maior número de ocorrências foi o matinal (38,6%), com 17 registros de suicídio. O período de menor prevalência foi o da noite (9,1%), com quatro ocorrências. A Tabela 8 apresenta a distribuição dos atos, no período do dia em que ocorreram.

TABELA 8 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o turno de ocorrência do suicídio

Turno do suicídio	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Manhã (7h às 11h59min)	17	21,3	38,6	38,6
Tarde (12h às 18h59min)	15	18,8	34,1	72,7
Noite (19h às 23h59min)	4	5,0	9,1	81,8
Madrugada (0h às 6h59min)	8	10,0	18,2	100,0
Total válido	44	55,0	100,0	
Não consta	36	45,0		
Total geral	80	100,0		

Os meses que registraram maiores prevalências foram os meses de Dezembro, Janeiro e Fevereiro. Nestes, houve 28 suicídios, representando 33,8% dos casos. A Tabela 9 dispõe, mês a mês, a prevalência. A tabela 10, por sua vez, representa a relação de do suicídio por estações do ano.

TABELA 9 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o mês de ocorrência

Mês	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Janeiro	10	12,5	12,5
Fevereiro	6	7,5	20,0
Março	6	7,5	27,5
Abril	5	6,3	33,8
Mai	7	8,8	42,5
Junho	4	5,0	47,5
Julho	6	7,5	55,0
Agosto	4	5,0	60,0
Setembro	6	7,5	67,5
Outubro	10	12,5	80,0
Novembro	5	6,3	86,3
Dezembro	11	13,8	100,0
Total	80	100,0	

TABELA 10 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a estação do ano

Estação	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Outono	15	18,8	18,8
Inverno	15	18,8	37,5
Primavera	25	31,3	68,8
Verão	25	31,3	100,0
Total	80	100,0	

A distribuição da ocorrência suicida nos municípios, ou seja, nas casas prisionais situadas em determinada cidade, demonstra, com a concentração de suicídio em área urbana, que há relação entre migração e suicídio. Além disso, indica as condições do aprisionamento em determinadas cidades. A Tabela 11 apresenta a distribuição dos suicídios, nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

TABELA 11 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o município de ocorrência

Município	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Porto Alegre	23	28,8	28,8
Charqueadas	11	13,8	42,5
São Luiz Gonzaga	6	7,5	50,0
Bagé	5	6,3	56,3
Erechim	3	3,8	60,0
Ijuí	3	3,8	63,8
Santa Maria	3	3,8	67,5
Caxias do Sul	2	2,5	70,0
Frederico Westphalen	2	2,5	72,5
Pelotas	2	2,5	75,0
Santa Rosa	2	2,5	77,5
Arroio do Meio	1	1,3	78,8
Bento Gonçalves	1	1,3	80,0
Cacequi	1	1,3	81,3
Cachoeira do Sul	1	1,3	82,5
Cerro Largo	1	1,3	83,8
Encruzilhada do Sul	1	1,3	85,0
Júlio de Castilhos	1	1,3	86,3
Lajeado	1	1,3	87,5
Nova Prata	1	1,3	88,8
Palmeira das Missões	1	1,3	90,0
Parobé	1	1,3	91,3
Santa Cruz do Sul	1	1,3	92,5
Santo Ângelo	1	1,3	93,8
Santo Cristo	1	1,3	95,0
São Borja	1	1,3	96,3
Sobradinho	1	1,3	97,5
Tapes	1	1,3	98,8
Uruguaiana	1	1,3	100,0
Total	80	100,0	

A Tabela 12 aponta a distribuição regional de óbitos por autodestruição no Estado do Rio Grande do Sul. Percebe-se taxas elevadas na região metropolitana (45%) - onde há concentração da massa carcerária - e no noroeste (25%).

TABELA 12 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o município de ocorrência do suicídio, por mesorregião

Mesorregião	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Metropolitana de Porto Alegre	36	45,0	45,0
Noroeste Rio-Grandense	20	25,0	70,0
Sudoeste Rio-Grandense	7	8,8	78,8
Centro Oriental Rio-Grandense	5	6,3	85,0
Centro Ocidental Rio-Grandense	5	6,3	91,3
Nordeste Rio-Grandense	4	5,0	96,3
Sudeste Rio-Grandense	3	3,8	100,0
Total	80	100,0	

O regime a que o preso está sujeito compõe o quadro das características do ato suicida, na medida em que o local de aprisionamento se relaciona com a restrição de liberdade. O confinamento máximo, associado com as condições próprias dos relacionamentos, numa situação de aprisionamento em regime fechado, aponta uma maior prevalência de suicídio nesse regime prisional.

TABELA 13 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o regime dos apenados

Regime	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Aberto	3	3,8	3,8
Fechado	65	81,3	85,0
Semi-aberto	12	15,0	100,0
Total	80	100,0	

5.3 Dados que apontam fatores de risco da prática suicida

Os fatores que não pertencem à subjetividade do preso e nem aos aspectos objetivos da materialidade do ato suicida, mas que possuem influência na consecução do suicídio, são: tempo de pena previsto; tempo de pena cumprido; reincidência criminal; prisão em flagrante delito; delito cometido (relação com a violência) e a suspeição de doença mental (verificada por baixa no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso).

Verificou-se que o tempo de pena que apresentou a maior ocorrência de suicídio foi de cinco a dez anos, seguido pelo tempo de pena menor que cinco anos.

Logo, observa-se que os presos ainda sem enquadramento cometem mais suicídios que aqueles que possuem pena fixada. A Tabela 14 apresenta essa realidade.

TABELA 14 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o tempo de pena dos apenados

Tempo de pena (em anos)	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Menos de 5 anos	11	13,8	24,4	24,4
5 - 10 anos	14	17,5	31,1	55,6
10 - 15 anos	7	8,8	15,6	71,1
15 - 20 anos	3	3,8	6,7	77,8
20 - 25 anos	5	6,3	11,1	88,9
25 anos ou mais	5	6,3	11,1	100,0
Total válido	45	56,3	100,0	
Sem condenação	35	43,8		
Total geral	80	100,0		

O tempo de prisão que suscita maior ocorrência de suicídios é a faixa de um a quatro anos, representando 35 ocorrências, o que totaliza 46,1%. Ressalta-se que o período de um dia até quatro anos representa 75% do total das mortes. A Tabela 15 demonstra uma relação inversa entre o tempo cumprido de pena e o suicídio.

TABELA 15 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com o tempo cumprido de prisão

Tempo cumprido	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
de 1 a 9 dias	10	12,5	13,2	13,2
de 1 a 6 meses	12	15,0	15,8	28,9
de 1 a 4 anos	35	43,8	46,1	75,0
de 5 a 9 anos	17	21,3	22,4	97,4
11 anos	2	2,5	2,6	100,0
Total válido	76	95,0	100,0	
Não consta	4	5,0		
Total geral	80	100,0		

Os presos primários – ou seja, aqueles que iniciam no crime - despontam com 51 casos de suicídio, perfazendo um percentual de 77,3%. Isto demonstra que o suicídio tem relação com arrependimento e outros fatores subjetivos.

TABELA 16 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a condição dos apenados

Condição	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Primário	51	63,8	77,3	77,3
Reincidente	15	18,8	22,7	100,0
Total válido	66	82,5	100,0	
Não consta	14	17,5		
Total geral	80	100,0		

Assim como a reincidência, a prisão em flagrante parece incentivar a ação do preso suicida. O preso em flagrante delito que comete suicídio representa 61,3% do total das mortes, conforme a Tabela 17.

TABELA 17 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a ocorrência de prisão em flagrante

Prisão em flagrante?	Nº.	Percentual	Percentual acumulado
Sim	49	61,3	61,3
Não	31	38,8	100,0
Total	80	100,0	

A suspeita de relação entre doença mental e ação suicida foi constatada em onze casos. Salientamos, contudo, que nesse item, estão representados 68,8% dos registros válidos.

TABELA 18 - Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com a existência de baixa no ÍPF

Teve baixa no IPF	Nº.	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Sim	11	13,8	68,8	68,8
Não	5	6,3	31,3	100,0
Total válido	16	20,0	100,0	
Não consta	64	80,0		
Total geral	80	100,0		

Na Figura 6, verifica-se existir maior prevalência de suicídio em presos que cometeram crimes contra pessoa (37,4%), seguido pelos presos que cometeram crimes contra o patrimônio (30,8%).

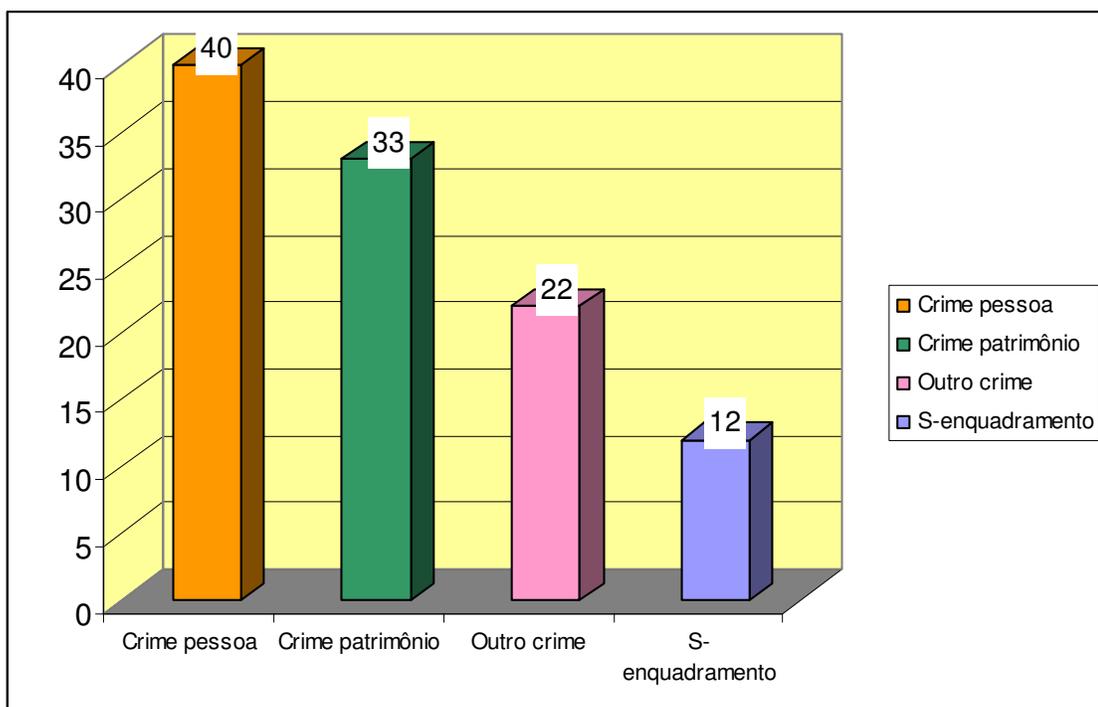


FIGURA 6: Casos de suicídio no sistema penitenciário do RS, de acordo com os tipos de delitos cometidos pelos apenados

6 DISCUSSÃO

Estudos que tratam do suicídio, em toda a amplitude do tema, têm se diversificado na literatura, ao longo dos anos. Análises sobre suicídio no sistema prisional, porém, ainda são incipientes.

A distribuição do suicídio nas populações prisionais apresenta-se de forma bastante distinta. Por este motivo, é de grande importância o estudo comparativo entre as causas de suicídios entre os detentos, a fim de esclarecer os fatores desencadeantes de tal prática. Da comparação das diferenças, surge o questionamento em relação ao papel destes fatores no complexo funcionamento e na intensidade do suicídio. Neste sentido, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de uma política de prevenção.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷⁴ entende o suicídio como uma violência autodirigida. A entidade apresenta estatísticas de impacto, sobre a ocorrência de tal prática no sistema carcerário.

Nas penitenciárias australianas¹⁷⁵, no período de 1980 a 1998, o suicídio foi a principal causa de morte, sendo responsável por 46,6% de todos os óbitos na prisão. Em nossos achados, obtivemos a informação de que, no Rio Grande do Sul, Brasil, a taxa é de 5,79% de mortes por suicídio, em relação a todas as mortes no sistema prisional. Trata-se da terceira causa de morte, nestes ambientes, perdendo apenas para doenças infectocontagiosas e homicídios. Podemos levantar algumas hipóteses, em relação a esta grande diferença entre o número de suicídios nas prisões gaúchas e nas australianas. Uma destas é que a maioria dos presos suicidas - cerca de 85% - estava isolada nas celas, devido à severa punição. Isto é um elemento de risco, para a consumação do suicídio. Cabe salientar, entretanto, que, nas prisões do Rio Grande do Sul, aspectos como superpopulação e condições precárias constituem outros fatores que podem contribuir para o suicídio. O próprio impacto causado pela entrada brusca no sistema prisional também pode influenciar, neste sentido. Há, evidentemente, outros fatores que contribuem para as peculiaridades de cada um dos estudos, principalmente relacionados às condições externas e de ingresso no sistema prisional.

¹⁷⁴ OMS, 2006.

¹⁷⁵ DALTON, 1999.

Quanto ao gênero, os homens suicidas no Rio Grande do Sul são maioria: 97,5%. Este dado aproxima-se do das instituições da Austrália¹⁷⁶, que registraram um percentual de 96,5% de suicídios cometidos por pessoas do sexo masculino, no período de 1980 a 1998. Nas prisões da província de Buenos Aires, também foi verificada uma predominância masculina, nos dados: 93,1% dos suicidas eram homens. Isto faz pensar sobre um dado importante, relacionado ao sistema prisional do Rio Grande do Sul: a população total de homens ultrapassa 22 mil presos, enquanto que as mulheres não chegam a mil. Este fato ajuda a explicar a maior prevalência de mortes por suicídio entre indivíduos do gênero masculino.

Os homens também utilizam meios mais violentos, para concretização dos atos suicidas¹⁷⁷. A análise de suicídios ocorridos nas prisões australianas¹⁷⁸ aponta o enforcamento principal método empregado, num índice de 90%. Neste ponto há consonância com este estudo, que também mostra o enforcamento como o meio mais empregado nas prisões gaúchas: 82,5%. No mesmo sentido, de acordo com o Relatório Anual do Sistema Penitenciário da Flórida,¹⁷⁹ nos Estados Unidos, no ano de 1995, a maioria dos detentos (89%) usou o enforcamento como método.

Outro fato relevante, segundo a Organização Mundial de Saúde, é o de que as mulheres, nas prisões, apresentam um índice elevado de tentativa de suicídio, embora os homens sejam apontados como maioria que concretiza o ato. Mulheres que estão na cadeia tentam se matar cinco vezes mais do que a população feminina em geral e duas vezes mais do que os homens presos¹⁸⁰. Nas prisões de Buenos Aires, houve um índice mais acentuado: 6,9% de indivíduos do gênero feminino consumaram o suicídio. Na população estudada para esta dissertação, o índice encontrado de suicídios de mulheres é de 2,5%. Isto representa uma parcela ínfima do gênero feminino. Nesta população, não foi possível averiguar as tentativas de suicídio, devido à falta de registro. Este aspecto, então, pode constituir-se em um estudo futuro.

Com relação à cor, verificou-se uma maior freqüência de suicídios em indivíduos de cor branca: 70,0 %. Este dado vai ao encontro do perfil dos detentos

¹⁷⁶ DALTON, 1999.

¹⁷⁷ MELEIRO, A.; TENG, C.T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

¹⁷⁸ DALTON, 1999.

¹⁷⁹ LESTER, 1993.

¹⁸⁰ WHO, 2000.

suicidas no Sistema Penitenciário da Flórida, ¹⁸¹ no ano de 1995, em que foi identificado um homem branco, jovem, idade em torno de 30 anos, sem história criminal prévia e que cometeu um delito contra pessoa. Contraria, entretanto, os números relacionados às prisões dos Estados Unidos em geral, nos quais, segundo Rachel Jenkins, pessoas de cor negra são as que mais cometem suicídio. As penitenciárias, nos Estados Unidos, além de serem uma forma de punição, também, abrigam grupos que apresentam altos graus de privação, como os negros e os imigrantes, configurando a exclusão social final¹⁸².

A faixa etária em que mais se comete suicídio, nas prisões do Rio Grande do Sul, é a de 20 a 29 anos. Isto perfaz uma porcentagem de 43,8% da população estudada. Tal dado vai ao encontro dos achados de Folino, Marchiano e Wilde¹⁸³. Estes constataram uma idade média de 27,8 anos, na população reclusa da província de Buenos Aires, que cometeu suicídio no ambiente penitenciário. O mesmo foi verificado nas prisões da Flórida¹⁸⁴, cujos estudos demonstram o perfil do suicida, como um homem jovem com idade em torno de 30 anos.

Em relação aos suicídios consumados pela população em geral, conforme estudos realizados no estado da Carolina do Sul, nos Estados Unidos, verificou-se que a taxa nas cadeias é aproximadamente nove vezes maior que a da população em geral. Já nas prisões da cidade de Buenos Aires¹⁸⁵, a taxa anual de suicídios foi 13 vezes a da população em geral. No Rio Grande do Sul (Brasil), obteve-se, no período de 1995 a 2005, a taxa média de 30,68 suicídios por 2,98 vezes maior do que a taxa de suicídios na população gaúcha em geral.

No que se refere ao estado civil do suicida e à presença ou não de filhos, as percentagens foram: 53,2% de solteiros, 9,1% de separados e 2,6% de viúvos. Isto significa que aqueles indivíduos sem vínculos afetivos perfazem 64,9%, e aqueles com filhos, 57%. O percentual de sujeitos considerados 'com filhos' pode não corresponder à verdadeira situação, uma vez que as relações que eles estabelecem com seus familiares são muito discutidas. Afinal, eles têm filhos, mas permanecem afastados dos mesmos. A presença de filhos, em casa, é apontada, pela literatura¹⁸⁶, como um fator de proteção, em relação ao comportamento suicida. O senso de

¹⁸¹ LESTER, 1993.

¹⁸² JENKINS, 2005.

¹⁸³ FOLINO; MARCHIANO; WILDE, 2003.

¹⁸⁴ LESTER, 1993.

¹⁸⁵ FOLINO; MARCHIANO; WILDE, 2003.

responsabilidade, despertado com a presença de crianças, pode ser uma forma de dar sentido à vida, o que não se verificou neste estudo.

Em relação à religiosidade, observa-se que a população do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil é, em sua maioria de religião católica, o que ajuda a explicar porque a maior parte dos detentos suicidas declara ser da religião católica. Não verificamos este dado em comparação com outros países.

Além de 90% dos suicidas terem baixa escolaridade, também se verifica que a baixa instrução, no que tange ao preparo profissional, ajuda a aumentar as estatísticas relacionadas ao suicídio, já que aproximadamente 70% dos apenados que se mataram tinham uma formação profissional modesta, exercendo atividades primárias. Tratava-se de auxiliares de serviços gerais, pedreiros, agricultores, pintores, eletricitas, entre outros. A literatura, pioneiramente em Durkheim¹⁸⁷, apresenta consonância para este fato, já que aponta as condições sociais, e os ciclos econômicos - principalmente os períodos de crise e desemprego - e tipo de ocupação, como padrões relacionados aos atos suicidas. A maioria dos suicidas, nos ambientes penitenciários, possui história de muitas privações. Geralmente, não têm uma profissão definida, possuem baixa escolaridade, apresentam muitas dificuldades de relacionamento e uma incapacidade de encontrar soluções para seus problemas.¹⁸⁸ Esse achado vem ao encontro da maioria dos casos analisados no presente estudo, pois, entre estes, havia um nível muito baixo de escolaridade e uma baixa qualificação profissional.

Os diferentes meses também parecem relacionar-se diretamente com o ato suicida. Foi observado que os meses de dezembro a fevereiro apresentam maiores taxas de morte por suicídio - um terço das ocorrências aconteceram neste período. No aspecto temporal, também foi observado que o turno da manhã apresenta ligeiro aumento de risco de morte, em relação ao turno da tarde. Estes dados, entretanto, são conflitantes com a literatura, que aponta os meses de inverno como os de maior risco para o suicídio, no sistema prisional. Uma possível explicação para os achados desta pesquisa no Rio Grande do Sul é a de que, nos meses de verão, os presos estão mais tempo expostos ao sol, deixando as celas menos ocupadas e, desta forma, facilitando a ação do indivíduo com intenção de suicídio. Ao mesmo tempo,

¹⁸⁶ MELEIRO; TENG, 2004.

¹⁸⁷ DURKHEIM, D. É. **O suicídio**: estudo sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

¹⁸⁸ LIEBLING, 1993.

em países de clima como o do Brasil há todo um envolvimento das pessoas com o significado do verão, como algo associado, essencialmente, à liberdade e ao prazer. Outro fator relevante é a coincidência deste período com o encerramento do ano e as festas de Natal e Ano Novo. Trata-se de um período de grande pressão psicológica, em função dos processos naturais de retrospectiva e questionamento sobre a existência, que mobilizam sentimentos de solidão e abandono nos detentos. Além disso, o período coincide com o revezamento da equipe técnica, em função das férias.

A vulnerabilidade, ocasionada pelo ingresso no sistema prisional, desempenha um papel importante no comportamento suicida, principalmente devido à situação de insegurança e falta de perspectiva do recluso, acerca da sua situação jurídica¹⁸⁹. Segundo o estudo de Folino, Marchiano e Wilde¹⁹⁰, nas penitenciárias da província de Buenos Aires, 60% dos reclusos cometeram suicídio nos primeiros meses de ingresso. No sistema prisional gaúcho, os suicídios ocorreram, em 46,1% dos casos, nos primeiros quatro anos de pena. O período que vai do primeiro dia na cadeia até quatro anos corresponde a 75% das mortes por suicídio, ou seja, ficar preso por mais tempo não indica maior possibilidade de suicídio. Conforme a Organização Mundial da Saúde, os sujeitos que já foram condenados, que têm conhecimento sobre a sua situação jurídica e o tempo em que deverão ficar presos, tendem a adaptar-se melhor ao sistema penitenciário. Este dado vem ao encontro da realidade do sistema prisional gaúcho, que apresenta índices baixos: 18% de suicídios de detentos reincidentes¹⁹¹. Outro fator relevante é o de que presos primários, ou seja, que são presos pela primeira vez, geralmente por algum flagrante, apresentam maior risco de suicídio. Talvez, este fato tenha relação com o ineditismo da situação para estes indivíduos. O sujeito que é preso, pela primeira vez, depara-se com o risco do desconhecido, algo que produz uma ruptura nas condições da sua existência, sem que, na maioria das vezes, ele tenha informações claras sobre o desenrolar dos acontecimentos dentro da prisão. Neste sentido, a detenção e o impacto do confinamento podem, ainda, provocar arrependimento nos apenados, o que contribui para o desejo de se matar.

¹⁸⁹ WHO, 2000.

¹⁹⁰ FOLINO; MARCHIANO; WILDE, 2003.

¹⁹¹ OMS, 2006.

A relação entre doenças mentais e suicídio é extremamente instigante. Os autores Marcus e Alcabes¹⁹² referem alta incidência de doença mental na população encarcerada dos Estados Unidos. Dos suicidas, 52% tinham um transtorno psiquiátrico maior, e 46%, uma história anterior de tratamento psiquiátrico. Este fato não apresenta consonância com os dados observados no sistema prisional do Rio Grande do Sul, pois somente 11% dos apenados que se suicidaram, no Estado, no período analisado para esta pesquisa, foram hospitalizados no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), ou apresentavam suspeita clínica de doença mental. A ausência de correlação entre saúde mental e suicídio, no entanto, pode ser maior do que foi constatado, por deficiências estruturais no sistema prisional do Rio Grande do Sul, que dificultam o diagnóstico.

Outro indicativo que desperta interesse, relacionado ao comportamento suicida da população carcerária, é o tipo de crime cometido. Os crimes contra a pessoa (37,4%) apareceram como os mais comumente praticados, seguidos pelos crimes contra o patrimônio (30,8%). Podemos inferir a ligação entre crimes contra a pessoa (homicídios, tentativa de homicídio), associados à impulsividade e violência do ato criminoso, e a uma maior tendência à prática suicida, no sistema prisional. Johnson et al consideram a violência do ato criminoso e a violência que configura o ato suicida, na população carcerária, como fatores que podem estar ligados à impulsividade e à agressividade, ora dirigida aos outros, ora a si mesmos¹⁹³.

O número de suicídios, entre os anos de 2002 e 2005, na população carcerária, aumentou. Este aumento ocorreu, principalmente, em 2004, ano em que ocorreram 14 suicídios na instituição prisional. Isto pode ser explicado pelo aumento do número de presos, nesse mesmo período. A superlotação é apontada como um dos fatores que influenciam na elevação do número de suicídios, pois aumenta as deficiências e precariedades do sistema prisional¹⁹⁴.

O suicídio, ainda hoje, é um ato que instiga ao estudo. Tal prática causa um forte impacto social, pela violência e autodestruição que ocasiona, não só àqueles que praticam o ato, mas também ao círculo de suas relações, principalmente familiares.

¹⁹² MARCUS; ALCABES, 1993.

¹⁹³ JOHNSON, C. et al. Suicide among forensi psychiatric patients. *Med Sci Law*. v. 33, n. 2, p. 137-143, 1993.

¹⁹⁴ GREEN, C. et. al., 2006.

Esta situação desencadeia uma série de questionamentos, acerca da relação entre a perda da liberdade no sistema prisional e a consumação do suicídio. Trata-se de um fato preocupante, já que a população carcerária está sob a vigilância e proteção do Estado. O esclarecimento destes fatos pode contribuir, de forma consistente, para a implantação de políticas de prevenção e bem-estar do apenado e, talvez, modificar as estatísticas preocupantes a este respeito.

Com relação a este tema, devemos levar em conta o fato de que muitos fatores podem influenciar as taxas de suicídio, de maneiras diferentes, dependendo do sistema correlacional, da população de presos, das circunstâncias locais e culturais e do acesso à saúde básica mental¹⁹⁵. Novos estudos devem ser feitos nesta área, para que surjam modelos mais eficazes de prevenção de suicídios.

O quadro abaixo sintetiza os dados obtidos nesta pesquisa, permitindo visualizar o conjunto das informações.

		Característica	Valor Absoluto	Valor Relativo
Perfil do suicida	Gênero	Masculino	78	97,5%
	Cor	Branca	56	74,7%
	Estado Civil	Solteiro	41	53,2%
	Filhos	Com Filhos	46	57,5%
	Naturalidade	Porto Alegre	10	12,5%
	Religião	Católica	66	95,7%
	Grau de Instrução	Primeiro Grau Incompleto	65	82,3%
	Profissão	Serviços Gerais	15	18,8%
Idade	20 a 29 anos	35	43,8%	
Ato Suicida	Meio Empregado	Enforcamento	66	82,5%
	Turno de Ocorrência	Dioturnamente	32	72,7%
	Sazonalidade	Dez/Jan/Fev	27	33,8%
	Município	Região Metropolitana	36	45,0%
	Regime	Fechado	65	81,3%
Fatores Moduladores	Tempo de Pena	5 a 10 anos	14	31,1%
	Tempo Cumprido	1 a 4 anos	35	43,8%
	Condição Penal	Réu Primário	51	77,3%
	Prisão	Flagrante	49	61,3
	Baixa no IPF	Baixa	11	68,8
	Tipo de Crime	Contra a Pessoa	40	37,4%

QUADRO 2: Perfil do suicida no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul

¹⁹⁵ WHO, 2000.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ambientes penitenciários detêm aqueles indivíduos que romperam com os códigos produzidos e impostos pela sociedade. Para muitos desses indivíduos, ter infringido a lei é somente uma parte da situação de violência, de negligência, de falta de condições educacionais, sociais, culturais e de saúde, que sempre vivenciaram. Nessa população, muitas vezes, a prisão corresponde à exclusão social final.

Esta pesquisa identificou as características dos detentos que cometeram suicídio, no sistema prisional do Rio Grande do Sul. Tal prática correspondeu a 5,79% do total de mortes ocorridas nas penitenciárias gaúchas, entre 1995 e 2005. Neste mesmo período, a taxa de suicídios, nas prisões, foi de 30,68, sendo 2,98 vezes maior que a taxa de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul (10,28 por 100 mil) e a terceira causa de morte no sistema prisional, perdendo apenas para doenças infectocontagiosas e homicídio.

A investigação permitiu identificar as principais características demográficas e criminológicas dos presos que cometeram suicídio, no sistema prisional do Rio Grande do Sul, entre 1995 e 2005. Os resultados evidenciaram o perfil, dos detentos suicidas. As características são: homem, jovem, branco, solteiro, com filhos, urbano, religião católica, com baixa qualificação profissional e pouca escolaridade. Estes são aspectos individuais, sem esgotar a multifatorialidade do suicídio.

Então, o suicídio compreende traços do indivíduo, ou seja, o perfil do suicida e também as características do ato. Estas são: o enforcamento como meio empregado, a ocorrência durante o dia, maior incidência nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro e o regime fechado de prisão.

Existem, também, os fatores de risco para a tomada de decisão de suicidar-se como o tempo de pena que foi cumprido, o tempo e a expectativa da pena não cumprida, doença mental, tipo de crime realizado e as condições da prisão. Esses fatores, apesar de não se constituírem em características próprias do suicida - nem do ato suicida - concorrem para a definição do desejo de morrer e compõem o quadro que pode ser evitado, para a consecução do ato.

Enfim, pelo estudo, foi possível compor o quadro do suicídio nas prisões estaduais no Rio Grande do Sul. Com os dados obtidos, há informações importantes para a prevenção e o combate deste que é um grave problema de saúde pública.

Fica demonstrado que, em conformidade com os dados, é possível intervir, de forma a minimizar os índices de suicídio no sistema prisional.

Percebe-se, ainda, o desgaste emocional dos funcionários que lidam com essa população prisional. Isto exige compreensão e manejo técnico adequado, para enfrentar esta complexa realidade do sistema prisional. O suicídio, além de ocasionar a perda de uma vida, suscita diferentes sentimentos e formas de reação, nas pessoas envolvidas. Os outros internos, a família e os profissionais envolvidos com o suicida podem apresentar sentimentos ambivalentes, como raiva, culpa, impotência. Podem, até mesmo, devido a uma identificação contratransferencial, incentivar o ato. Assim, fica ressaltada a importância de programas de treinamento para os profissionais envolvidos no manejo dessa clientela, com a finalidade de amenizar e melhorar a detecção do risco suicida e o tratamento dado aos detentos, bem como implicações legais que possam advir, conforme responsabilidade do Estado em relação aos detentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILERA, D. C. **Crisis intervention: theory and methodology**. Missouri: Mosby, 1993.
- ALVES, I. F. **Crimes Contra a Vida**. Belém: UNAMA, 1999.
- ANDRADE, V. R. P. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, v.6, n.14, p. 277-287, 2002.
- ANGERAMI – CAMON, V. A. **Suicídio: fragmentos de psicoterapia existencial**. São Paulo, 1997.
- ANISTIA INTERNACIONAL. “Aqui ninguém dorme sossegado” – Violações dos direitos humanos contra detentos. Londres, Amnesty Internacional, 1999.
- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BARBOSA, L. H. **Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica** *Ciência e Cognição*, v. 3, p. 63-65, 2004.
- BARROS, M. B. A; MARÍN-LEÓN, L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 45-58.
- BARTOL, C. R. **Criminal Behavior – A Psychosocial Approach**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991. Disponível em: <http://www.cscscc.ca/crd/forum/eo43i.htm>
Acesso em: jun. de 2005.
- BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BEATO, C. C. Suicídio e a teoria social. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 61-78.
- BECCARIA, C. B. M. **Dos delitos e das penas**. Bauru, São Paulo: EDIPRO, 2001.
- BECK, A. T.; RUSCH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **a Terapia cognitiva depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- BERTOLOTE, J. M. O suicídio e sua prevenção. In: MELEIROS, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 193-205.

BERTOLETE, J. M; FLEISHANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 35-44.

BÉZIAU, Jean-Yves. O Suicídio segundo Arthur Schopenhauer. In: **O Discurso**, nº 28, p. 127-143, 1997.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

BISMUTH, C. Entrevista, 15 de maio de 1981 apud BONNIEC, I. L.; GUILLON, C. Suicídio: Modo de Usar. São Paulo: EMW, 1984.

BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

BLAAUW, E.; KERKHOF, A. J.; HAYES, L. M. Demographic criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. **Suicide Life Threat Behavior**. v. 35-75, feb., 2005.

BOECHAT, L. F. Comentários sobre uma Atuação Suicida-Homicida. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 4 (2):164-5, maio/ago. 1982.

BONNIEC, I. L.; GUILLON, C. **Suicídio**: Modo de Usar, São Paulo: EMW, 1994.

BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 45-58.

_____; RAPELI, C. B. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, J. N. (Org.) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 365-377.

BRASIL. **Administração Penitenciária**: uma abordagem de Direitos Humanos. International Centre for Prison Studies. Brasília: Ministério da Justiça, 2002

_____. **Constituição Federal, Código de Processo Civil**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. 6ª Edição. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

_____. **Constituição Federal**: Código de Processo Civil. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. 6. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

_____. **Lei de Execução Penal n 7.210**: de 11 de julho de 1984. Organizada por Juarez Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRUNO, A. **Direito penal**: parte especial – crimes contra pessoa. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

_____. **Perigosidade criminal e medida de segurança**: Rio de Janeiro: Forense, 1989.

CAIRES, M. A. **Psicologia Jurídica**: implicações conceituais e aplicações práticas. São Paulo: Vetor, 2003.

CARDOSO, R. G.; BLANK, P.; TABORDA, J. G. V. Exame de superveniência de doença mental. In: TABORDA, J. G. V.; CHALUB; ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: ARTMED, 2004. p. 153-160.

CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

_____. Jovens que tentam suicídio - características demográficas e sociais-um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 3-12, 1984.

_____. Psicoterapia de Pacientes com Risco Suicida e Aspectos Peculiares com Adolescentes. **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria**, v.5, n. 16, p. 52-56, 1983.

_____. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.21-33.

CATALDO NETO, A, GAUER, GJC, FURTADO, NR. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: EdiPucrs, 2003.

_____. et. al.. O médico e o Paciente Suicida. **Revista Médica PUCRS**. Porto Alegre, v.8, p.182-188, out./dez.1998.

CAVALCANTI, E. M. **Crime e Sociedade Complexa**: Uma abordagem interdisciplinar sobre o processo de criminalização. Campinas/São Paulo: LZN editora, 2005.

CHALUB, M. Perícias de responsabilidade penal e dependência química. In: TABORDA, J.G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, É. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: ARTMED, 2004. p.130-151.

COHEN, C; MARCOLINO, J. A. M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C; FERRAZ, F. C; SEGRE, M. **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996, p. 13-23.

COMISSÃO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL. Relatório Azul, Garantias e Violações dos Direitos Humanos 2002/2003. Assembléia Legislativa, 2003.

CORRÊA, A. C. Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 3, p. 149-57, 1996.

CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas da violência**. Curitiba: Juruá, 2003. p.167-193.

COSTA JR., P. J. **Direito Penal**: curso completo. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

- COSTA, Á. M. **Direito Penal**: parte especial. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.
- COX, J. F. et al. A model for crisis intervention services Within local. **International Journal of Law & Psychiatry. Local**, v.11, n. 4, p. 391-407, 1990
- CRESPO DE SOUZA, C. A . **Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento**: um grande e permanente desafio. Disponível em: <http://www.polmed.com.br> >. Acesso em: mai. 2006.
- DALTON, V. **Suicide in prison 1980 to 1998**: National Overview, - trends & issues in crime and criminal justice, Australian Institute Of Criminology, n. 126, August, 1999.
- DIAS, M. L. **Suicídio**: testemunhas de adeus. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DITTON, P. Mental Health and treatment of inmates and probationers. **Bureau of Justice Statistics- Special Report**. July, 1999;
- DÖRNER, K. **Ciudadanos y Loucos**: história de la Psiquiatria. Madrid: Taurus, 1974.
- DUMAIS, A.; LESAGE, M.; PHIL, M. et al. Risk factors for suicide in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. **American Journal of Psychiatry**, v.162, n. 11, p. 2116-2124, nov. 2005.
- DURKHEIM, D. É. **O suicídio**: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- _____. **O suicídio**: estudo sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- DUTRA, E. Comportamento autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto Alegre: Casa do Psicólogo. 2002, p.53-87.
- FÁVERO, F. **Medicina legal**. São Paulo: Martins, 1966.
- FEIJÓ, M. **Suicídio**: entre a razão e a loucura. São Paulo: Lemos, 1998.
- FELTHOUS, A. R. et al. **Factors in prison suicide**: one year study in Texas. [Resumo]. Disponível em: <http://www.scielo.medline.>> Acesso em: 20 de mai. 2005.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1988.
- FLORIANI, A; VIANA, A. **Triste Record**: Porto Alegre é a cidade brasileira com maior índice de suicídio entre adolescentes. Disponível em: <http://www.veja.com.br/250899>. Acesso em: 12 dez. 2004.
- FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonarenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**. v. XIV, p. 286-291, 2003.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

_____. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **Vigiar e Punir**. Trad. Raquel Ramalhete. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

_____. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1987.

FREIRE, I. R. **Raízes da Psicologia**. São Paulo: Vozes, 2002.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XIV, Tradução de Jayme Salomão et. al. Rio de Janeiro: Imago, p.17-85, 1980a.

_____. Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XVIII, Tradução de Jayme Salomão et. al. Rio de Janeiro: Imago, p.275-291, 1980b.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psychodynamic**: baseado no DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GAUER, G. J. C. **A Fenomenologia da Violência**. Curitiba: Juruá, 1999.

_____; GUILHERMANO, T. F. Fatores biológicos associados à conduta agressiva. In: GAUER, G.C. (Coord.) **Agressividade**: uma leitura biopsicossocial. Curitiba: Juruá, 2001. p.11-33.

_____; MACHADO, D. S. Filhos e Vítimas do tempo da violência. Curitiba: Juruá, 2003.

GAUER, R. M. C.; LAZZARIN, S. K. Suicídio: um direito à morte?. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, a. 3, n. 11, p. 69-76, 2003.

GLIATTO, M.F.; RAI, A. K. Avaliação e tratamento de pacientes com idéias suicidas. In: **Neuropsiconews - Internet**. São Paulo, n. 35, p.10-14, 2001.

GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GRANDINI, L. D. et al. Suicide Option: increasing education and awareness. **Journal of Clinical Psychiatry**. v. 62(suppl 25), p.12-16, 2001.

GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners**: prison violence and self injury. v. 4, n. 3, 1992. Disponível em: <http://www.csc-scc.ca/crd/forum/eo43/3043i.htm> >. Acesso em: mai. 2006.

GREGÓRIO, S. B. **Suicídio**. Disponível em: <http://www.universoespirita.net/ed31/p4.html>. Acesso em: 20 mai. 2004.

GROSSI, R.; VANSAN, G. A. Mortalidade por suicídio no município de Maringá (PR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Maringá, v. 51, n. 2, p. 101-111, 2002.

HANNA, S. **Psicanálise, literatura e guerra**: artigos 1972-1995. Rio de Janeiro: IMAGO, 1998.

HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides**: seven years later. Disponível em: <<http://www.nicic.org>>. Acesso em: 20 mai. 2004.

HEIMANN, P. Notas sobre a teoria dos instintos de vida e de morte. In: KLEIN, M. et. al. **Os processos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, p. 344-365.

HUNGRIA, N. **Comentários ao Código Penal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1958. v. 5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mortalidade**. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>>. Acesso: em: abril de 2006.

JACÓ- VILELA, A. M. Os primórdios da Psicologia Jurídica. In: AUTORES. **Temas de Psicologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. p.11-18.

JACOBS, D. G.; BALDESSARINE, R. J.; CONWELL, FAWCET, J. A.; HORTON, L. Y.; MELTZER, H. PFEFFER, C. R.; SIMON, R. I. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior. **Am J Psychiatry**, v.160, p.1-60, 2003.

JENKINS, R. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. **Psychological Medicine**. Cambridge:Cambridge University Press, v.35, p. 257-269, 2005.

JESUS, D. E. **Direito Penal**: parte especial. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1966.

JOHNSON, C. et al. Suicide among forensi psychiatric patients. **Med Sci Law**. v. 33, n. 2, p. 137-143, 1993.

KALINA, E; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPLAN H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. Volume II. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____; GREBB, J. A. Emergência psiquiátrica: suicídio. In. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1973**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. **Uma Contribuição à Psicogênese dos estado maníaco-depressivo**, 1935.

_____. **O sentimento da solidão**: nosso mundo adulto e outros ensaios. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

LADSBERG, G.; MORSCHAUSER, P.. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: ROSNER, R. **Principles and practice of forensic pschiartry**. 2.ed. London: ARNOLD, 2005, p. 513-517.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEJDERMAN, F. Suicídio: é preciso falar do assunto. **Revista do Centro de Estudos Luís Guedes**. Porto Alegre, out. 2002.

LESTER. D. et al. **Suicide behind bars**: prediction and prevention. Pennsylvania: The Charles Press, Publisher, Inc., 1993. p. 1-14.

LIEBLING, A. Suicides in young prisoners: a summary. **Death Study**. v.17, n. 5, p. 381-389, 1993.

LLOYD, C. **Suicide and self-injuy in prison**: a literature review. Home Office Research and Planning Unit Report. Ldon: Her Majesty's Stationery, 1990. Disponível em: <http://www.csc-scc.ca/> > Acesso em: 5 mai. 2006.

MACKINNON & MICHELS. **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

MAGGIORE, G. **Derecho Penal**: parte especial. Bogotá: TEMIS, 1955. v. 4.

MARCHETTI, R. L.; CASTRO, A. P. W.; KURCGANT. Transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 32, n. 3, p.170-82, 2005.

MARCUS, P.; ALCABES, P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. **Hosp Community Psychiatry**. v. 44, n. 3, p.256-261, 1993.

MARIN, I. S. K. **Violência**. São Paulo: Escuta-Fapesp, 2002.

MARQUES, J. F. **Tratado de Direito Penal**. Campinas, São Paulo: Millenium, 1999.

MARTINS, F. P.; ZIMMERMANN, P. R. Avaliação do Risco de Suicídio. Porto Alegre: Acta Médica, 1996.

MELEIRO, A. WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÃ NETO, M. R. (Org.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____; BAHLS, Saint-Clair. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A. TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.13-36.

_____; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.;TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELLO- SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

_____. **Homicídio e esquizofrenia**: estudo de fatores associados. 2001 Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2001.

MENNINGER, K. **Eros e Tântatos**: O Homem contra si mesmo. São Paulo: IBRASA, 1970.

MINAYO, M. C. de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.421-428, abr./jun.,1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo**: saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Base de dados de mortalidade, Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. >. Acesso em: abril de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL NO SUS** - Informativo da saúde mental. Brasília, a. 4, n. 18, 01 jan. 2005-17 mai. 2005.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Doutrina**: Pesquisa revela que prisões se tornaram “depósitos de loucos”. Disponível em: http://www.mp.rs.br/just_terapeutica/doutrina/id425.htm. Acesso em: 10 abr. 2006

MIRABETE. **Manual de Direito Penal**: parte especial - artigos 121 a 234 do Código Penal. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

NIETZSCHE, apud CROCE, D. **Manual de medicina legal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

NOGUEIRA, P. L. **Em Defesa da Vida**: Aborto, Eutanásia, Pena de Morte, Suicídio, Violência /Linchamento. São Paulo: Saraiva, 1995.

NORONHA, E. M. **Direito penal**: dos crimes contra a pessoa, dos crimes contra o patrimônio. São Paulo: Saraiva, 2000.

NUCCI, G. S. **Código penal comentado**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

NUNES, D. E. Perspectiva Sociológica. In: WERLANG, B.; BOTECA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004. p. 93-106.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: World health Organization – Banco de dados- Relatório sobre suicídio, 2000 e 2001. Disponível em:<<http://www.who.int.word>>Acesso em abril de 2006

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental-nova concepção, nova esperança. Genebra: 2001.

PEDROSO, F. A. **Homicídio, participação em suicídio, infanticídio e aborto**: crimes contra a vida. Rio de Janeiro: Aide,1995.

PÉREZ, T. G. **La Autopsia psicologica en el suicidio**. Medicina Legal de Costa Rica. Vol. 15. n. 1-2, Heredia Dec.1998. Acesso em: 08 mar. 2006.

PESSOTTI, I. **A loucura e sua época**. Rio de Janeiro: Editora 34,1995.

PINHO, M. C.; GONÇALVES, R. A.; MOTA, V. A propósito de 4 ou 5 suicídios em homicidas detidos. **Revista Psiquiátrica F. M. P. III**, Série (XIX), p. 40, 1-2 jan./jun. 1997.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O. e OLINDA, Q. B. Suicídio no Ceará na década de 90. **Reccs: Ver. Cent. Ciênc. Saúde**. Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 16-22, 2002.

POTTER, L. B. et al. The influence of geographic mobility on nearly letahal suicide attempts. **Suicide and Life - Ting Behavior**. v. 32(suppl), p.42-48, 2001.

PRADO, L. R. **Curso de Direito Brasileiro**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

RAMIREZ, J. B. **Manual de derecho penal**: parte especial. Barcelona: Editorial Ariel, 1991.

REINECKE, M. A. Suicídio e depressão. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. F. (Orgs.). **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenções em crise**. (v.1). Campinas: Editorial Psyll, 1995.

ROUDINESCO, E. Leituras da história de loucura (1961-1986). In: ROUDINESCO, E. Et al. **Foucault**: Leituras da história da loucura. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SÁ, M. F. F. **Direito de Morrer**: eutanásia, suicídio, assistido. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SCIELOSP. Muertes por homicidio, suicidio y accidentes em pacientes com transtornos mentales. **Revista Panam Salud Publica**. [on line]. v.11, n 1, p.23-33, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 20 de mai. 2006.

SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE - SSMA. **Estatística de saúde**: mortalidade. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 2000.

SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL.
Coordenadoria de Informações em Saúde: Mortalidade. Porto Alegre, 1998.

SILVEIRA, E. C. **Direito penal:** crime contra a pessoa. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1973.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C.; MALAQUIAS, J. V. Suicide among people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.3, p.673-683, mai./jun. 2002.

STALENHEIM, E. G. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. **Euer Psychiatry**. Local, v.16, n. 7, p. 386-394, nov. 2001.

STENGEL, E. **Suicídio e tentativa de Suicídio.** Lisboa: Dom Quixote, 1980.

STJ.GOV. **Revista eletrônica de Jurisprudência.** Disponível em: <<http://www.stj.gov/SCON/jurisprudência>.> Acesso em: mai. 2006.

TABORDA, J. G.V., CHALUB, M., ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria Forense.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

TENG, C. T.; DEMETRIO, F. N. Neurobiologia do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.133-155.

THE CORRECCINAL SERVICE OF CANADÁ, 1996-97: Retrospective Report on inmate suicide. **Centre for Suicide Prevention, Canadá.** Disponível em:<<http://www.suicideinfo.ca>.>. Acesso em 05 jun. 2006.

TRINTADE, J. **Manual de Psicologia Jurídica:** para operadores do Direito. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2004.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. 21, p. 21, out.1999.

WANG, Y. P; MELLO-SANTOS, C; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.97-108.

_____; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C.T.; WANG, Y.P. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 79-96.

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. **PSICO.** Porto Alegre, v.33, n.1, p. 97-112, jan./jun. 2002.

WHO. **Preventing suicide**: a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. Geneva: World Health Organization, 2000.

ZAFFARONI, E. R. **Em busca das penas perdidas**. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PROTOCOLO)

<u>PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)</u>			
Protocolo de pesquisa			
Data da pesquisa:- -----			
Identificação da casa prisional que o apenado se encontrava no momento do suicídio:- --- -----			
<u>Seção I- Dados demográficos</u>			
1. Nome: _____			
2. Gênero:.....(1)masculino (2) feminino			
3. Data de nascimento: _____			
4. Cor:..... (1)branco (2)preto (3)misto (4) amarelo (5)outras			
5. Estado Civil..... (1) solteiro (2)casado (3) separado (4) viúvo			
6. Filhos..... (1)sim (2) não			
7. Naturalidade: _____			
8. Religião: _____			
9. Grau de Instrução: (1) Analfabeto (2) 1º Gr. Inc. (3) 1º.Gr.Comp. (4) 2º.Gr. Inc. (5) 2º.Gr. Comp. (6) 3º.Gr. Inc. (7) 3º.Gr. Comp.			
10. Profissão: _____			
<u>Seção II – DADOS JUDICIAIS</u>			
Delito: Descrição sumária do(s) delitos de entrada: (em ordem decrescente de gravidade)			
	Delitos	Artigo	Data
A. 11	_____	_____	11. _____
B. 12	_____	_____	12. _____
C. 13	_____	_____	13. _____
D. 14	_____	_____	14. _____
15. Número de delitos: _____ delito(s)			
16. Idade no delito: _____ anos			
VÍTIMAS - sumário (marcar no parêntese a LETRA (a,b,c,d,- do delito respectivo)			
	Delito	Vítima+Parentesco	Idade
	Sexo		
17. ()	_____	_____	_____
18. ()	_____	_____	_____
19. ()	_____	_____	_____
20. ()	_____	_____	_____
21. Número de vítimas: _____			
22. Meio Empregado - descrever: _____			
23. Tempo da pena: _____ 24. Tempo cumprido: _____			
25. Regime: a) aberto b) fechado c) semi-aberto d) aberto			
26. () Primário () recidivante			
27. Cidade onde ocorreu suicídio: _____			
28. Horário: _____			
29. Situação jurídica na morte: _____			

<u>Seção III- Dados Clínicos</u>			
30. tratamento ambulatorial após a alta?	(1) sim	(2) não	(3) não há dados
31. Data do Suicídio: _____			
32. Idade na morte: _____			
33. Local na Instituição: _____			
34. Hora: _____			
35. Outros dados: _____			
36. Meio empregado: _____			
37. Esteve baixado no IPF: (1) sim	(2) não	(3) não consta	

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO PARA PESQUISA (SUSEPE)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL



Memo. 286/05- DTP/GD.

Porto Alegre, 29 de setembro de 2005.

Sr. Diretor:

Solicitamos sua especial atenção no sentido de viabilizar, junto ao banco de dados deste Departamento, o acesso aos prontuários no período de 1995 à 2004, com indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a dezoito anos, com histórico positivo de suicídio, para a servidora **Andréia Maria Negrelli Schneider**, cujos dados serão objeto de pesquisa de campo de sua dissertação de mestrado.

Certos de sua compreensão, enviamos nossas mais cordiais saudações,

Sílvia Lúcia Ferreira Herman
Chefe de Divisão
Departamento de Tratamento Penal

Ilmo Sr.
Diretor DSEP
N/C

SUSEPE
Gabinete

Protocolo nº 21957
Recebido em 29/09/05

Rua Voluntários da Pátria, 1358 -3º andar – Porto Alegre – RS – CEP 90230-010
Fones: 3288-7348; 3288-7304; Fax: 3288-7349 – e-mail: dtp@susepe.rs.gov.br
SUSEPE-DTP-10/10/2005-Pág.: 1 de 2



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL



RESUMO DA PESQUISA

“O SUICÍDIO E A SUA CORRELAÇÃO COM O PERFIL BIOPSISSOCIAL DO DETENTO NAS CASAS PRISIONAIS GAÚCHAS”

A relação do suicídio no sistema prisional vem demonstrando grande preocupação pelo crescente número de ocorrências nos últimos anos. Dentro dos inúmeros problemas enfrentados nas casas prisionais do Rio Grande do Sul, o suicídio vem sendo deflagrado com índices considerados elevados.

A partir desta realidade surge o crescente interesse em estudar este fenômeno tão complexo, nunca antes pesquisado nas casas prisionais, auxiliando o sistema prisional a buscar novas modalidades de atuação, buscando elaborar mecanismos para compreender melhor este fenômeno, com o sentido de prevenção a atos deste natureza. Este trabalho irá contribuir para todas as áreas que trabalham em conjunto no sistema prisional, quais sejam, segurança, técnicos, administradores e demais funcionários.



Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Justiça e da Segurança
Superintendência dos Serviços Penitenciários
Gabinete do Superintendente



Folha de Informação

Ref. ao Memo. nº 286/05-DTP/GD

Informou-me a diretora do DTP que a estudante **Andréia Maria Negrelli Schneider** já foi autorizada por mim a efetuar as pesquisas necessárias à elaboração de seu trabalho acadêmico, do qual uma cópia será entregue à SUSEPE.

Em 20 de outubro de 2005.


Djalma Manuel Bittencourt Gautério,
Superintendente.

APÊNDICE C - CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 735/05-CEP

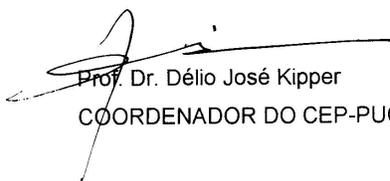
Porto Alegre, 16 de agosto de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "O suicídio e a sua correlação com o perfil bio-psicossocial do detento nas casas prisionais gaúchas".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a).
Mest Andréia Maria Negrelli Schneider
N/Universidade