



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MOTIVOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO
EXPRESSOS POR HOMENS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Danilo Bertasso Ribeiro

Santa Maria, RS, Brasil

2012

MOTIVOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO EXPRESSOS POR HOMENS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Danilo Bertasso Ribeiro

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marlene Gomes Terra

Santa Maria, RS, Brasil

2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ribeiro, Danilo Bertasso

Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas / Danilo Bertasso Ribeiro.-2012.

105 p.; 30cm

Orientadora: Marlene Gomes Terra

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Tentativa de suicídio 2. Homens 3. Abuso de substâncias psicoativas 4. Suicídio 5. Enfermagem I. Terra, Marlene Gomes II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**


**MOTIVOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO EXPRESSOS POR
HOMENS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

elaborada por
Danilo Bertasso Ribeiro

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:


Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)


Jacó Fernando Schneider, Dr. (UFRGS)


Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 10 de dezembro de 2012.

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação
a minha mãe Elisabete e a minha irmã Daiane,
a presença de vocês no meu mundo da vida orientou-me
na escolha dos melhores caminhos, contribuindo para eu ser quem sou hoje!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meu caminho e guiar minhas decisões no mundo da vida.

À minha mãe Elisabete por se mostrar exemplo de mãe, de mulher, de dedicação, de amor e carinho, incentivando-me a buscar os meus objetivos e a seguir meu caminho.

Às minhas irmãs Daiane e Luana pelo carinho, amor, escuta, diálogo, incentivo, segurança, companheirismo e pela relação intersubjetiva de amizade e respeito.

À Universidade Federal de Santa Maria, pelos seis anos de aprendizado e pelo conhecimento de qualidade oferecido durante o Curso de Graduação e Mestrado em Enfermagem.

Ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – GP/PEFAS pelos momentos de conhecimento e de aprendizado em torno da pesquisa, assistência, e formação na saúde mental, desde a graduação.

À minha orientadora Marlene Gomes Terra, amiga, conselheira e super mãe que me auxiliou na trajetória acadêmica e profissional. Seu abraço, sua presença, sua escuta e suas palavras de conforto suavizaram meu coração nos momentos difíceis, em que não pude ter a minha família por perto. É uma satisfação imensa tê-la como mestre, exemplo a ser seguido, pessoal e profissionalmente. Meu muito obrigado por todos os ensinamentos.

Agradeço também as demais professoras do Mestrado pelos ensinamentos compartilhados, em especial o meu agradecimento e respeito às professoras: Lúcia, Margrid, Maria de Lourdes, Stela, Laura, Nara, Eliane, Tânia, Elisabeta, Silviamar e Cristiane.

Aos meus colegas de Mestrado, em especial a Cristiane (Tóia), Fernanda, Karine, Bruna, Paola, Carolina, Raquel e Naiana por todos os momentos de aprendizado, trocas e reflexão.

A todos os meus amigos em especial a Keity, Laura, Karine, Tóia, Bruna, Karen, Fabi, Marcia, Bruna, Claudelí, Cris, Carol e Renata. Nossos encontros revigoram as energias e fortalecem laços de carinho, amizade e admiração que tenho por vocês.

Estendo o meu agradecimento novamente à Keity e sua família, pela estada na casa de vocês nos momentos em que precisei estar em Santa Maria para as orientações, obrigado pelo espaço e pela oportunidade de conviver e compartilhar bons momentos.

Às Prof^{as} Stela Maris de Mello Padoin e Maria de Lourdes Denardin Budó por participarem na construção e aprimoramento deste trabalho, por meio de suas contribuições.

Ao professor Jacó Fernando Schneider, que desde a construção do objeto de pesquisa me recebeu em seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o meu profundo agradecimento, respeito e admiração pelo trabalho e implicação com a formação de docentes

e pesquisadores. Obrigado por me acolher em sua instituição, sinto-me privilegiado em seguir a caminhada da docência e pesquisa contigo no Doutorado.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas “Caminhos do Sol”, pelo acolhimento e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa, meus agradecimentos especiais à Fátima, Volnei, Andréia, Lúcia, Lionara, Marcia e Mariane.

O meu profundo respeito e agradecimentos aos homens que participaram da pesquisa e que se mostraram receptivos ao falar de suas vidas, suas angústias e sofrimento vivido no mundo da vida, sem as contribuições deles seria inviável concretizar esta dissertação.

Dias de Luta
(*Edgard Scandurra/Ira!*)

Só depois de muito tempo fui entender aquele homem
Eu queria ouvir muito, mas ele me disse pouco...

Quando se sabe ouvir, não precisam muitas palavras
Muito tempo eu levei pra entender que nada sei
Que nada sei!...

Só depois de muito tempo comecei a entender
Como será meu futuro, como será o seu...

Se meu filho nem nasceu, eu ainda sou o filho
Se hoje canto essa canção, o que cantarei depois?
Cantar depois!...

Se sou eu ainda jovem passando por cima de tudo
Se hoje canto essa canção, o que cantarei depois?...

Só depois de muito tempo comecei a refletir
Nos meus dias de paz, nos meus dias de luta...

Se sou eu ainda jovem, passando por cima de tudo
Se hoje canto essa canção, o que cantarei depois?...
Cantar depois!...

*“Quando alguém tira a própria vida,
deixa para trás interrogações que nunca serão inteiramente respondidas.
Tudo passa a ser questionado, a vida dos que ficam muda para sempre” (Fontenelle, 2008).*

*“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás,
mas só pode ser vivida olhando-se para a frente” (Soren Kierkegaard).*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

MOTIVOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO EXPRESSOS POR HOMENS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

AUTOR: DANILO BERTASSO RIBEIRO
ORIENTADORA: MARLENE GOMES TERRA

Data e Local de Defesa: Santa Maria, 10 de dezembro de 2012.

A saúde masculina nos últimos anos vem sendo abordada em alguns estudos. Isto decorre do aumento da morbimortalidade que tem acometido esta população. Entre os óbitos por causas externas, o suicídio é a terceira maior causa de morte que atinge os homens. Em virtude desses achados, esta pesquisa tem como objetivo compreender os motivos porque da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, na perspectiva do referencial teórico-filosófico da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz, realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS – Ad) “Caminhos do Sol” no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram homens adultos, na faixa etária de 24 a 50 anos, usuários e/ou dependentes de álcool e outras drogas que tentaram suicídio e que realizavam tratamento nesse serviço. A coleta das informações ocorreu no mês de dezembro de 2011, por meio da entrevista fenomenológica, gravada, a qual foi encerrada após onze encontros, quando se percebeu a convergência nos discursos. Foi desenvolvida a análise e interpretação compreensiva dos depoimentos, na qual foram utilizados os passos elaborados por autores da área de enfermagem que são referências nacionais da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz. Foram respeitados os aspectos éticos, conforme Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Na análise compreensiva do típico da ação dos homens que realizaram a tentativa de suicídio, foram desveladas três categorias concretas: Tentativa de suicídio pelo uso de álcool e outras drogas – revelou que o consumo, a dependência e os sintomas da abstinência de álcool e outras drogas e as diversas circunstâncias da situação biográfica vivida contribuíram para a ação suicida; Tentativa de suicídio pelas situações do mundo da vida familiar – relacionou a situação biográfica dos homens no cotidiano da vida familiar, relações intersubjetivas conturbadas neste âmbito, constituídas pela falta de atenção, diálogo, escuta e a dependência de álcool e outras drogas, que contribuíram para estes homens sentirem-se como um incômodo para a família; Tentativa de suicídio por sentimentos vividos no cotidiano – apresentou sentimentos de aflição, externalizada por meio da consciência dos homens ao realizar a tentativa de suicídio, os quais foram: baixa autoestima, dificuldades para verbalizar angústias, culpa, covardia, fraqueza, não aceitação, decepções amorosas, solidão, tristeza e desesperança em relação ao sentido na vida. Espera-se que o presente estudo forneça subsídios aos profissionais de saúde para que estes compreendam os motivos que levam os homens à ação suicida e, desta maneira, elaborar estratégias de prevenção ao suicídio.

Palavras chave: Homens; Tentativa de Suicídio; Suicídio; Abuso de Substâncias Psicoativas, enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

MOTIVES OF SUICIDE ATTEMPT EXPRESSED BY MEN USERS OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS

AUTHOR: DANILO BERTASSO RIBEIRO
ADVISER: MARLENE GOMES TERRA

Date and Place of Defense: Santa Maria, December 10th 2012.

Men's health nowadays has been addressed in some studies. This follows from the morbidity and mortality increase that has affected this population. Among deaths due to external causes, suicide is the third leading cause of death that affects men. Given these findings, this research aims to comprehend the reasons why the suicide attempt in male alcohol and/or other drugs users. This is a qualitative, Sociological phenomenological perspective based on the theoretical and methodological framework of Alfred Schütz, held at the Center for Psychosocial Care of Alcohol and Drug (CPC - Ad) "Paths of the Sun" in Santa Maria, Rio Grande do Sul. Research subjects were male adults, aged from 24 to 50 year old, alcohol and/or other drugs users, attempted suicide and who were undergoing treatment in this service. Data collection occurred in December 2011, through the phenomenological interview, recorded, which was closed after the 11th meeting empathic when they realized the sufficiency of meanings. We developed the analysis and interpretation of the testimonies, which were used by authors elaborate the steps of national nursing field references on Phenomenological Sociology of Alfred Schütz. We respected ethics, according to Resolution N° 196/96 of the National Health Board in the comprehensive analysis of typical action of the men who carried out the suicide attempt, three categories were revealed concrete: Suicide attempt for alcohol and other drugs use – revealed that the use, dependence and withdrawal symptoms of alcohol and other drugs use and various circumstances of the biographical situation experienced contributed to the suicidal action; Suicide Attempt for world situations in the family life - related to biographic situation of men in everyday family life, interpersonal relations in this troubled context, constituted by the lack of attention, dialogue, listening and dependence on alcohol and other drugs that contributed to these men feel like a nuisance to the family; Suicide Attempt for experienced feelings in daily life - presented verbalization of distress feelings, externalized through the consciousness of men to carry out the suicide attempt, which were: low self-esteem, difficulty verbalizing anguish, guilt, cowardice, weakness, rejection, heartbreak, loneliness, sadness and hopelessness in relation to meaning in life. It is hoped that this study will provide grants to health care professionals so that they understand the motives that lead individuals, especially men, to suicidal action and thus, develop strategies for suicide prevention.

Key words: Men; Suicide attempt; Suicide; Psychoactive substance abuse, nursing.

RESUMEN

Proyecto del Master
Programa de Postgrado en Enfermería
Universidade Federal de Santa Maria

RAZONES DE INTENTO DE SUICIDIO EXPRESADO POR LOS HOMBRES USUARIOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

AUTOR: DANILO BERTASSO RIBEIRO
ORIENTACIÓN: MARLENE GOMES TERRA

Fecha y Defensa Local: Santa Maria, 10 de diciembre de 2012.

La salud de los hombres en los últimos años ha sido objeto de algunos estudios. Esto se deriva del aumento de la morbilidad y la mortalidad que afecta a esta población. Entre las muertes por causas externas, el suicidio es la tercera causa de muerte que afecta a los hombres. Dados estos resultados, esta investigación tiene como objetivo comprender las razones por las cuales el intento de suicidio en hombres usuarios de alcohol y otras drogas. Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico, en vista de la sociología fenomenológica teórico-filosófica de Alfred Schütz, que se celebró en el Centro de Atención de Drogas y Alcohol Psicosocial (CAPS - Ad) "Caminos del Sol" en Santa Maria, Rio Grande do Sul. Los sujetos del estudio eran hombres adultos, con edades entre 24-50 años, usuarios y / o alcohol y otras drogas, intento de suicidio y que se encontraban en tratamiento en este servicio. La recolección de datos tuvo lugar en diciembre de 2011, a través de la entrevista fenomenológica, grabado, que fue cerrada después de once reuniones, cuando se dieron cuenta de la convergencia en el discurso. Hemos desarrollado un análisis exhaustivo y la interpretación de los testimonios, los cuales fueron utilizados por los autores de la elaboración de los pasos de enfermería que son de referencia nacional sociología fenomenológica de Alfred Schütz. Respetamos la ética, de acuerdo a la Resolución N ° 196/96 del Consejo Nacional de Salud en el análisis global de la acción típica de los hombres que llevaron a cabo el intento de suicidio, tres categorías fueron revelados concreto: Intento de suicidio por el alcohol y otras drogas - reveló que los síntomas del consumo, dependencia y abstinencia de alcohol y otras drogas y las diversas circunstancias de la situación contribuyó a la biografía acción suicida con experiencia; Intento de suicidio por situaciones del mundo de la vida familiar - relacionado con la situación biográfica de los hombres en la vida cotidiana de la familia, las relaciones interpersonales en este contexto problemático, constituido por la falta de atención, el diálogo, la escucha y la dependencia del alcohol y otras drogas que contribuyeron a estos hombres se sienten como un estorbo para la familia, intento de suicidio por sentimientos experimentados en diario - tenía sentimientos de angustia, exteriorizados a través de la conciencia de los hombres para llevar a cabo el intento de suicidio, que fueron: baja autoestima, dificultad para verbalizar la angustia, la culpa, la cobardía, la debilidad, el rechazo, el desamor, la soledad, la tristeza y la desesperanza en relación con el sentido de la vida. Se espera que este estudio proporcionará becas a los profesionales sanitarios para que puedan comprender los motivos que llevan a los hombres al suicidio acción y, por tanto, desarrollar estrategias para la prevención del suicidio.

Palabras clave: Hombres, Intento de suicidio, Suicidio, Abuso de sustancias, Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Dimensão do comportamento suicida.....	25
Figura 2. Imagem de Alfred Schütz.....	30

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 Contextualização da temática.....	14
1.2 Justificativa, problema de pesquisa e objetivo.....	16
1.3 Estrutura da dissertação.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 Concepções acerca do fenômeno do suicídio.....	20
2.2 Produções científicas na temática tentativa de suicídio.....	21
2.3 Tentativa de suicídio e o uso de álcool e outras drogas.....	26
2.4 Comportamento suicida masculino e estratégias de atenção.....	27
3. REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	30
3.1 A opção pelo referencial teórico.....	30
3.2 A fenomenologia e a perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.....	31
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1 Tipo de pesquisa.....	38
4.2 Cenário da pesquisa.....	39
4.3 Participantes da pesquisa.....	40
4.4 Dimensões éticas da pesquisa.....	41
4.5 Aproximação e ambientação com o campo de pesquisa.....	43
4.6 Coleta das informações.....	44
4.7 Análise das informações.....	47
5. SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS HOMENS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
6. ANÁLISE FENOMENOLÓGICA.....	54
6. 1 Construção das categorias concretas do vivido.....	54
6. 1. 1 Categoria Concreta 1: Tentativa de suicídio pelo uso de álcool e outras drogas...54	
6. 1. 2 Categoria Concreta 2: Tentativa de suicídio pelas situações do mundo da vida familiar.....	57
6.1. 3 Categoria Concreta 3: Tentativa de suicídio por sentimentos vividos no cotidiano.....	61
7. INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA.....	65
8. TÍPICO DA AÇÃO DE HOMENS QUE TENTARAM SUICÍDIO.....	86

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	98
ANEXO.....	104

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização da temática

A saúde masculina nos últimos anos vem sendo pauta de estudos em nível nacional e internacional. O sistema de saúde brasileiro está investindo cada vez mais em estratégias de atenção a saúde dos homens, por meio da consolidação de políticas públicas e expansão das mesmas neste âmbito. O investimento em políticas e programas direcionados aos homens decorre do aumento da morbimortalidade que acomete essa população.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) criada em 2009, pelo Ministério da Saúde, é uma estratégia inicial a saúde desta população e propõe qualificar a saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, objetivando de forma geral:

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009, p. 31).

Dentre os agravos de saúde trazidos pela política, daremos enfoque às causas externas, que incluem um conjunto de agravos, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais e as causas intencionais (OMS, 2000). Entre as causas intencionais, encontram-se o suicídio e suas tentativas. No Brasil, a PNAISH destaca o suicídio em homens como sendo a terceira causa de óbitos do sexo masculino por causas externas, com um percentual de 7,4%, atrás dos homicídios, 40,3%, e dos acidentes de transporte, 30,0 %, e de 22,3% por outras causas (BRASIL, 2009).

O suicídio é caracterizado por ser uma emergência psiquiátrica, definido pela CID-10 (X-60 a X-84) como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” por diversos métodos (OMS, 2000). Relaciona-se etiologicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, religiosa, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos (ROY, 1999).

Ele representa a tentativa de resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (KAPLAN;

SADOCK; GREBB, 2002). As atitudes suicidas com intenção de morte, sem levar ao óbito são denominadas tentativas de suicídio, e caracterizam como sendo os atos intencionais de autoagressão, sem resultar em morte (BRASIL, 2010).

Os índices de suicídio em alguns países como a China, a Suíça, a França e nos Estados Unidos estão em torno de 16/100.000 habitantes (h) (CATALDO et al., 2003). No Brasil, as taxas epidemiológicas são menores, em torno de 4,5/100.000h (BRASIL, 2006 b). No entanto, cabe destacar que existe uma disparidade nos estados brasileiros ao que se refere aos óbitos por suicídio. O estado do Rio Grande do Sul (RS), por exemplo, possui um dos maiores índices de suicídios efetuados no Brasil, cerca de 10,7/100.000 h. A cidade de Santa Maria (RS) apresenta em torno de 13,3/100.000h casos de suicídio (BRASIL, 2011).

Diante do aumento dos episódios de suicídio no país, o Brasil criou em 2006 estratégias direcionadas a prevenção do suicídio. As Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que permite através do artigo 2º:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, III - organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade [...] (BRASIL, 2006 a).

Esta iniciativa do governo brasileiro encontra-se como um dispositivo positivo para a prevenção do suicídio no âmbito social. No entanto, os achados epidemiológicos destacam que os números de óbitos por esta causa vêm aumentando, ao invés de diminuir, atingindo diversas populações e faixas etárias, o que nos permite refletir sobre a implementação desta estratégia de prevenção no meio social e no setor da saúde.

O Manual de Prevenção ao Suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental refere que os fatores considerados como de risco para o suicídio são os transtornos mentais; os aspectos sociodemográficos; psicológicos e as condições clínicas incapacitantes (BRASIL, 2006 b). Somam-se a isto, outros fatores que estão relacionados às situações de adição de drogas, eventos estressores, doenças terminais e depressão, além da história familiar, história pregressa do indivíduo, sexo e idade (MELEIRO et al., 2004).

Um estudo realizado sobre o suicídio no Brasil revela que os homens têm efetuado mais suicídio do que as mulheres. Este destaca o Estado do RS com um número de mortes por

suicídio mais elevado em indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino (MENEGHEL et al., 2004). A mortalidade por suicídio em mulheres jovens deste Estado é de 4,1/100.000h, já os óbitos masculinos são de 17,4/100.000 h (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de gênero, em relação às mulheres, a menor ocorrência de suicídio tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida (MENEGHEL et al., 2004). Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam nas redes de apoio social (STACK, 2000).

Já o desempenho da masculinidade envolve comportamentos que predisõem ao suicídio, incluindo: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. A falência em cumprir os tradicionais papéis de gênero, que para o homem significa constituir o provedor econômico da família pode ser fator de estresse para os homens (MENEGHEL et al., 2004). Inseridos na cultura patriarcal, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e empobrecimento e mais propensos ao suicídio (LEAL, 1992).

Nesta linha de pensamento, as tentativas, bem como, os suicídios estão ligadas a uma série de fatores de risco que devem ser levados em consideração por profissionais de saúde, equipes de ambulatórios e enfermarias, para que seja possível diagnosticar precocemente indivíduos que tenham ideação suicida, e acompanhar, de forma mais direta, aqueles que já tentaram o suicídio (BAPTISTA; BORGES, 2005).

A tentativa de suicídio é um sinal de alarme, que revela a atuação de fenômenos psicossociais complexos afetando pessoas que vivem sob tensão e que expressa de modo agudo o seu padecimento. Sendo assim, tentativa de suicídio apenas nomeia um comportamento, o diagnóstico a ser feito, em cada caso, de ser situacional. Para os profissionais de enfermagem, que se ocupam desses pacientes, uma revisão de atitudes e temores em relação ao comportamento suicida pode facilitar o caminho para um bom contato interpessoal com o paciente e o estabelecimento do vínculo terapêutico (WERLANG; BOTEGA, 2004).

1.2 Justificativa, problema de pesquisa e objetivo

O interesse pela temática surgiu no decorrer da minha trajetória como ser no mundo quando vivenciei a consequência de uma situação de suicídio em âmbito familiar. Ainda, ao

longo da minha formação acadêmica, em especial na disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida, no tópico de saúde mental, mais precisamente nas aulas práticas realizadas no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos - (SERDEQUIM), do Hospital Universitário de Santa Maria - (HUSM), e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas - (CAPS ad II) “Caminhos do Sol”, do município de Santa Maria (RS), nos quais desenvolvi meus estágios supervisionados no final da graduação em Enfermagem.

Nestes serviços observei, por meio dos prontuários dos pacientes, alguns casos de internações por ideação e tentativa de suicídio, bem como recomendações à equipe profissional acerca do possível risco de tentativa de suicídio de alguns pacientes. Ter vivenciado uma tentativa de suicídio em um dos serviços, observar e atuar no manejo profissional e nesta situação, perceber o impacto deste problema no ambiente de trabalho, levou-me refletir sobre essa possível intercorrência nos serviços de saúde mental, bem como, questionar-me sobre os motivos que levam os indivíduos a tentarem suicídio.

A afinidade com os estudos direcionados a população masculina, partiram da minha vivência nos serviços de dependência química e, também do aprofundamento acerca dos estudos com esta população que realizei no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)¹ em Enfermagem, que teve como objetivo analisar por meio de uma pesquisa documental como a saúde dos homens é abordada nos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem no município de Santa Maria – RS. Esta pesquisa apresentou como resultados principais a abordagem generalizada à saúde dos homens e a inserção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na formação em Enfermagem.

A inquietação com a assistência à saúde masculina desde a graduação e o contato com pacientes usuários de álcool e outras drogas, que majoritariamente era composto por homens, me propiciou buscar entender os agravos à população, justificando a minha intencionalidade em pesquisar sobre a tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas.

Neste sentido, ao olhar para este fenômeno como enfermeiro, entendo que cuidar desses homens, prevenir o suicídio e promover a saúde requer uma postura observadora e compreensiva não só aos enfermeiros, mas a todos os profissionais de saúde. Cabe estarem atentos a qualquer sinal de comportamento suicida, além de promover nestes sujeitos a valorização da vida.

¹RIBEIRO, D. B. Abordagem sobre a saúde dos homens na formação de enfermeiros dos cursos de graduação em enfermagem de Santa Maria – RS, 2010. 41 p. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

Assim, delimita-se, como **objeto de pesquisa**: os motivos atribuídos por homens usuários e/ou dependentes de álcool e outras drogas à ação da tentativa de suicídio, destacando-se como **questão de estudo**: Os motivos porque da ação da tentativa de suicídio realizada por homens usuários de álcool e outras drogas?

Desta maneira, desenvolvi esta pesquisa numa abordagem compreensiva, fundamentada no referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz, com o **objetivo** de compreender os motivos porque da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas.

1.3 Estrutura da dissertação

Após a contextualização da temática e o delineamento do objeto de pesquisa, apresento a estrutura desta dissertação. Início apresentando o capítulo da Revisão de literatura que foi constituído por subcapítulos. O primeiro subcapítulo foi denominado – Concepções acerca do fenômeno do suicídio, onde faço um resgate histórico das concepções sobre o suicídio utilizando como principais autores Durkheim (2000), Cassorla (2004), Werlang e Botega (2004).

No segundo subcapítulo – Produções Científicas da temática tentativa de suicídio, destaco o estado da arte, realizado por meio de uma revisão narrativa, de caráter bibliográfico. Partindo destes achados teóricos, foi definido três categorias, as quais foram nomeadas: Tentativa de suicídio: perfil e motivações; Fatores potencializadores para a tentativa de suicídio; Assistência aos indivíduos que realizaram tentativa de suicídio, tendo como principais autores Bernardes, Turini, Matsmo (2010), Sá et al. (2012), Almeida et al. (2009), Botega et al. (2009), Pordeus et al. (2009).

O terceiro subcapítulo - Tentativas de Suicídio e o uso de álcool e outras drogas, fiz uma relação entre as tentativas de suicídio e o consumo de álcool e demais drogas utilizando como fontes (DIEHL, LARANJEIRA, 2009; WERNECK et al., 2006; STEFANELLO et al., 2008; CORRÊA, BARRETO, 2006, etc.). No quarto e último subcapítulo da revisão de literatura – Comportamento suicida masculino e estratégias de atenção, relaciono as posturas masculinas e sua relação com a autodestruição, enfatizo a problemática e aponto os principais esforços para a prevenção, utilizando como referência (PASCHOALICK, LACERDA, LENTA, 2006; MELEIRO et al., 2004; WASSERMAN, 2004, etc).

Dando continuidade a estrutura da dissertação apresento o capítulo do Referencial teórico-filosófico, constituído pelos seguintes subcapítulos: A opção pelo referencial; A

fenomenologia e a perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz em que justifico a minha opção pelo referencial, construindo elementos sobre o mesmo, utilizados nesta pesquisa.

Após apresento o seguinte capítulo – Percurso Metodológico, que apresenta os subcapítulos: Tipo de estudo; Participantes do estudo; Dimensões éticas da pesquisa; Aproximação e ambientação com o campo de pesquisa, Coleta das informações e Análise das informações. Seguindo esta linha de pensamento, apresento o capítulo da Situação biográfica dos homens participantes do estudo, caracterizado pelas situações cotidianas do presente e do passado, fazendo parte do mundo da vida apresentado pelos sujeitos no encontro face-a-face, por meio do estoque de conhecimento a mão.

Na sequência apresento o capítulo – Análise fenomenológica, onde apresento a construção das categorias concretas do vivido, caracterizada por apresentar os resultados dos depoimentos dos homens entrevistados, com a criação das três categorias: Tentativa de suicídio pelo uso de álcool e outras drogas; Tentativa de suicídio pelas situações do mundo da vida familiar; Tentativa de suicídio por sentimentos vividos no cotidiano. Após, no seguinte capítulo apresento a Interpretação compreensiva, constituída pela análise dos depoimentos com o referencial da Sociologia Fenomenológica e com demais autores. O último capítulo denomina-se o Típico da ação de homens que tentaram suicídio, que apresenta as características típicas, o que é comum do grupo social pesquisado. E, por fim faço o fechamento do estudo, por meio, das Considerações finais, em que resgato elementos pertinentes da presente pesquisa, sintetizando os resultados encontrados, e apontando os desafios e as perspectivas para a atenção ao suicídio.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de fundamentar a presente pesquisa, considero oportuno apresentar as dimensões que envolvem o fenômeno da tentativa de suicídio em homens trazendo as ideias dos autores que a fundamentaram.

2.1 Concepções acerca do fenômeno do suicídio

O termo suicídio é derivado do latim a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar). É um fenômeno descrito como existente desde a pré-história e que evoluiu com significados conceituais diferentes ao longo da história humana (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Hipócrates (400 a.c) atribuía o suicídio à melancolia como uma consequência da depressão. Já Santo Agostinho (354-430) entendia o suicídio como algo relacionado ao pecado baseado do mandamento não matarás “ não matarás nem a ti próprio”. Em 967 na Inglaterra o suicídio se torna, então, um crime. Com Esquirol em 1827, o fenômeno do suicídio adquire a conotação de um problema psiquiátrico. Em 1976, o suicídio passou a ser compreendido em uma abordagem mais biológica (CORRÊA; BARRETO, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), suicídio constitui-se em um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Observa-se, assim, que se convencionou chamar de suicídio apenas as mortes em que a pessoa, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento, que acreditava levá-la à morte (CASSORLA, 2004).

A palavra suicídio possui várias definições, entre as quais uma delas encontra-se no ato de “terminar com a própria vida”, agregada a ideias menos evidentes relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade do ato (WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 17-8). Além disso, o suicídio é todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria este resultado. Assim, a tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que ele resulte em morte (DURKHEIM, 2000).

O suicídio caracteriza-se como um fenômeno social, não suscetível a uma explicação estreitamente individual, e o desenvolvimento industrial, urbano e científico da sociedade provoca em algumas instituições sociais básicas, como a família e a igreja, uma perda da

capacidade integradora para o processo de socialização do indivíduo. Assim, por meio do estudo da religião, do casamento, da família e da comunidade política, o suicídio torna-se o resultado de uma série de condicionamentos sociais que se originam da relação do indivíduo com a sociedade e suas instituições. Os tipos de suicídio relacionados com o grau de integração do indivíduo ao grupo social: egoísta, altruísta e anônimo (DURKHEIM, 2000).

No suicídio egoísta é possível perceber a baixa integração social. Este tipo, caracteriza os indivíduos que não estão fortemente integrados a qualquer grupo social, não se encontrando mais sob influência da sociedade, da família e religião. Quanto ao suicídio altruísta, os indivíduos sacrificam a vida pelo bem do grupo, sofrem influência dos mecanismos de identificação e excessiva integração em um grupo social (DURKHEIM, 1996).

Já o suicídio anônimo é um dos conceitos mais importantes em toda a investigação do suicídio. Haveria em toda a sociedade um choque de duas forças no que se refere ao aumento ou diminuição da integração entre seus membros, o que resultaria em um “tecido social” com uma “trama” mais ou menos firme e densa, disso resultando uma tendência maior ou menor para o suicídio entre seus membros. Ocorre em indivíduos vivendo numa sociedade em crise, refere-se à instabilidade social, à integração do indivíduo na sociedade perturbada, alterando as normas costumeiras de comportamento (DURKHEIM, 1996).

2.2 Produções científicas na temática tentativa de suicídio

Neste momento, apresentaremos algumas produções de uma revisão narrativa de caráter bibliográfico, realizada em Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e, também, na Biblioteca virtual do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no período de maio a junho de 2011, utilizando os descritores *tentativa de suicídio*, *homens*, *abuso de substâncias psicoativas* num recorte temporal de 2001 à 2010. O ano de 2001 foi escolhido como recorte temporal, por ser o ano da Consolidação da Reforma Psiquiátrica e abertura de alguns serviços substitutivos e 2011 não foi incluído devido a este ainda estar em andamento.

Por meio desta revisão, objetivou-se conhecer a produção do conhecimento acerca da tentativa de suicídio em homens adultos usuários de álcool e outras drogas. Após a leitura dos artigos selecionados, utilizamos para a análise dos dados, a Análise Temática proposta por Minayo (2010).

Inicialmente, com o descritor *tentativa de suicídio*, foram identificados 409 artigos na

LILACS, posteriormente foi feita a mesma busca na BDENF o que acusou 22 artigos, e por fim utilizou-se o mesmo descritor para buscar também no SCIELO, o que resultou em 59 artigos, no total buscado nas três bases de dados tivemos o número de 490 artigos. Na BDENF e no SCIELO foi utilizado somente o descritor *tentativa de suicídio*, pois, no refinamento com descritores *homens*, e *abuso de substâncias psicoativas* tivemos somente 01 artigo selecionado.

Após a leitura dos 59 artigos encontrados no SCIELO com o descritor *tentativa de suicídio*, foi selecionado o número de 11 artigos. Já na BDENF dos 22 artigos encontrados com o mesmo descritor, apenas 02 convergiam com o objetivo do estudo.

A seguir, foi realizado o refinamento dos 409 artigos encontrados no LILACS por ter sido o número elevado de produções encontradas com os descritores *homens*, e *abuso de substâncias psicoativas*. Na LILACS com o refinamento com o descritor *homens* foram encontrados 17 artigos, já com o descritor *abuso de substâncias psicoativas* foi acusado 26 produções. Com isso, após este cruzamento, somaram-se 43 artigos, que após a leitura e análise destes resultaram em 16 produções. Foram excluídos os artigos que não respondiam o objetivo deste estudo; os que se repetiam nas bases e os que não se encontravam na íntegra. Por fim, utilizamos para revisão 29 artigos, dos quais analisamos abaixo os que mais convergiram com a presente pesquisa.

Dos artigos selecionados, os idiomas foram: português, inglês e espanhol; os tipos de pesquisas foram distintos, destacando-se: pesquisas retrospectivas e documentais, estudos descritivo-exploratório, estudos analítico-descritivo e exploratório, estudos epidemiológicos, estudos de caso clínico, estudos transversais, estudo de escalas psicométricas e inquérito domiciliar. As áreas do conhecimento que se destacaram foram a Medicina Psiquiátrica, Psicologia, as Ciências da Saúde em geral e as Ciências Sociais e Humanas.

Os achados realizados por meio dos descritores citados acima apontaram uma visão geral do perfil de quem tentou suicídio, não especificando o gênero. As produções acerca dessa temática encontravam-se majoritariamente na abordagem quantitativa, epidemiológica, mais especificamente os da área médica. Outro aspecto interessante a destacar, é que poucos estudos deram voz aos sujeitos que já tentaram suicídio. Neste sentido, o presente estudo contribuirá para preencher uma possível lacuna do conhecimento científico, que é ouvir dos próprios homens usuários de álcool e outras drogas, o que os motivou a tentar dar fim a sua vida. A seguir apresentaremos as categorias encontradas com esta busca.

Diante disso, as produções científicas foram analisadas e compiladas em três categorias, conforme descrito a seguir:

2.2.1 Tentativas de suicídio: Perfil e Motivações

A prevalência de ideação suicida, a realização de um plano suicida e a tentativa de suicídio ao longo da vida foi mais frequente entre as mulheres, e em adultos de 30 a 44 anos e nos indivíduos que vivem sozinhos (solteiros, viúvos, desquitados e separados) (BOTEGA et al., 2009; PORDEUS et al., 2009). A faixa etária mais atingida foi entre 15 a 34 anos (66,6%) para ambos os sexos. As mulheres corresponderam a 53% e os homens representaram 47% dos casos (ALMEIDA et al., 2009).

A ocupação das pessoas que tentaram suicídio mostra que a maioria era domésticas (18,9%), donas de casa (18,9%) e estudantes (18,4%). Juntas, essas ocupações constituíram um total de 56,2%. Essas principais atividades são condizentes com o fato de que a maioria das tentativas seja executada por mulheres (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007). Em outro estudo, as tentativas de suicídio foram significativas entre homens desempregados e mulheres donas de casa/aposentadas (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010).

As razões pelas quais as mulheres realizam mais tentativas de suicídio do que os homens são motivos de numerosas especulações. No entanto, é plausível supor que a utilização significativamente mais frequente pelas mulheres do que pelos homens de métodos menos violentos, como medicamentos, deve contribuir para uma proporção mais elevada de mulheres que tentam o suicídio. Ao contrário, o emprego mais frequente de métodos violentos pelos homens, predispõe a menor probabilidade de salvamento a eles ao tentarem suicídio, isso mostra uma proporção maior de homens que conseguem efetivar o suicídio (FISCHER; VANSAN, 2008).

O estudo realizado no estado de São Paulo (SP) refere que 17% dos habitantes de 14 anos ou mais já “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, 5% chegaram a planejar o ato, e 3% tentaram o suicídio. Cabe salientar que esses achados correspondem a indivíduos com idade inferior a 30 anos. O que nos mostra a pouca perspectiva de vida destes jovens adultos brasileiros. Ainda este estudo confirma a ideia de que apenas numa parcela (6 entre 16) das tentativas de suicídio havia o desejo de se matar, o ato é marcado por ambivalência em relação a viver ou morrer, adquirindo o caráter de externalização da dor psíquica, ou de um pedido de ajuda. Este estudo também apresenta a intencionalidade de cada ação de tentativa de suicídio. Para seis pessoas o ato foi “uma tentativa séria de se matar”; para sete, “um grito por socorro”, e três responderam que “não sabiam se o método escolhido para morrer era garantido” (BOTEGA et al., 2009).

Em outro estudo do estado do Ceará (CE), apenas duas mulheres declararam o motivo que as levou a tentar contra a própria vida: uma citou o suicídio da irmã há seis meses e outra,

o suicídio do namorado cinco dias antes de sua tentativa, o que revela a interrelação entre os indivíduos vulneráveis a tentativa de suicídio. Os principais sinais e sintomas relatados pelas vítimas, antes da prática da tentativa de suicídio foram: tristeza, insônia, anorexia, nervosismo, vontade de chorar e agressividade, e algum tipo de relacionamento afetivo com outra pessoa que se suicidou (PORDEUS, 2009).

2.2.2 Fatores potencializadores para tentativa de suicídio

Dentre os fatores que contribuíram para a tentativa de suicídio está a relação de casos de tentativas ou suicídio na família, além dos vínculos não familiares (WERNECK et al., 2006). Em oito tentativas realizadas, uma namorava um jovem que se suicidou, uma tinha um irmão que cometeu suicídio e duas eram amigas de outro suicida (PORDEUS et al., 2009).

No sexo masculino, os fatores potencializadores mais frequentes foram: os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, predominantemente devido ao uso de álcool; os transtornos de ajustamento e outros transtornos neuróticos; os transtornos de personalidade; as esquizofrenias; e, os transtornos depressivos (FICHER; VANSAN, 2008).

Pode-se sinalizar a relação direta da tentativa de suicídio com a depressão e a história de depressão na família. Ainda, existe a relação da tentativa de suicídio com uso de álcool, uso de drogas ilícitas, uso de medicamentos psicoativos e associadas com sujeitos que possuem algum tipo de deficiência física (WERNECK, et al., 2006). Soma-se a isto, esta relação da tentativa de suicídio com presença de algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva, outras deficiências/síndromes) foram registradas em 6,8% de todos os atendimentos, variando de 5,3% entre as mulheres a 8,8% nos homens.

A suspeita de consumo de bebida alcoólica pela pessoa atendida foi registrada em 24,4% dos atendimentos, sendo maior entre os homens (33,3%) do que entre as mulheres (18%) (SÁ et al., 2010). Ainda, há uma relação direta entre o abuso de substâncias psicoativas e comportamentos suicidas, principalmente entre jovens, a natureza desta relação ainda não está claramente estabelecida, e requer mais investigações (FICHER; VANSAN, 2008).

2.2.3 Assistência aos indivíduos que realizaram tentativa de suicídio

Ao que se refere à assistência de saúde após o ato efetivado, nem todas as tentativas de suicídio chegam aos serviços de saúde, dos cinco casos de tentativa de suicídio (aproximadamente, um de cada três) chegaram a ser atendidos em um serviço médico hospitalar do Estado de São Paulo (SP) (BOTEGA et al., 2009). O que nos permite refletir sobre os tabus, a vergonha e o julgamento que o ator da tentativa de suicídio tem em relação

aos serviços de saúde e/ou profissionais.

A procura por um serviço médico, após tentativa de suicídio, depende de vários fatores, entre os quais o grau de gravidade (ou o potencial de risco de morte) da autoagressão, o acesso e a confiança no sistema de saúde, o estigma da população em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato (BOTEGA et al., 2009).

Aos casos que chegavam à atenção hospitalar, a maioria das tentativas de suicídio ocorreram por meio da ingestão de altas doses de medicamentos, seguidas por ingestão de pesticida, enforcamento, afogamento e precipitação de altura (BOTEGA et al., 2009; PORDEUS et al., 2009).

Os principais meios utilizados para a tentativa de suicídio em homens foram: envenenamento (21,4%), arma branca (19%), ingestão medicamentosa (19%), salto/pulo (14,3%) e automutilação (9,5%) (ALMEIDA et al., 2009). Soma-se a estes, o enforcamento (3,7%) e arma de fogo (3,7%) citados como meios mais usados entre os homens (SÁ et al., 2010). Para as mulheres a ingestão medicamentos (52,1%), o envenenamento (37%) e o salto/pulo (4,3%) foram os principais métodos utilizados para dar fim a sua vida (ALMEIDA et al., 2009).

As internações se concentraram na faixa etária jovem dos 15 aos 39 anos. Os homens constituíram a maioria dos internados (61,1% dos casos). Esse dado que mostra a maioria da internação de homens por tentativas de suicídio contradiz a crença de que mais mulheres provocam lesões auto-infligidas. Mas, pode também estar escondendo sérios problemas de notificação. Ou ainda, pode estar ressaltando que apenas as tentativas de maior gravidade, que geralmente ocorrem com homens ao empregarem dosagens e meios mais nocivos, chegam aos serviços de saúde (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007). As internações por tentativas de suicídio corresponderam a 4,0% do total de causas externas. As internações femininas foram superiores, representando 60,1% de um total de 476 casos (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007).

O estudo realizado no Ceará refere, por meio dos sujeitos que realizaram tentativa de suicídio, que o profissional do serviço de saúde que realizou o atendimento fez orientação aos seus familiares para a busca de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico (PORDEUS et al., 2009). Isto nos mostra uma positiva atenção dos profissionais ao atuarem no momento do atendimento, e também quando este profissional indica acompanhamento ao indivíduo para outro serviço, demonstrando preocupação com o futuro das pessoas que tentaram suicídio.

Torna-se relevante salientar a importância de que o atendimento às pessoas que, por algum motivo, já tentaram suicídio seja realizado em rede, articulando os serviços de urgência

com os demais serviços existentes em cada município, como, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), buscando-se, desta forma, garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio (SÁ et al., 2010).

2.3 Tentativa de suicídio e o uso de álcool e outras drogas

O suicídio e as tentativas de suicídio vem sendo alvo de grande preocupação nas últimas décadas, em muitos países, pois, observa-se que a idade média dos indivíduos que cometem suicídio está diminuindo (MELO; BERTOLOTE; WANG, 2005). Soma-se a isso, o fato de que estudos têm mostrado que o consumo de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, pode potencializar e aumentar a probabilidade de tentativas de suicídio e do efetivo suicídio (DIEHL; LARANJEIRA, 2009).

A ideação suicida é mais prevalente entre dependentes de álcool em tratamento e a ingestão de álcool está fortemente associado com a ideação suicida, sobretudo em mulheres, que pode ter esse tipo de reação até mesmo com o beber ocasional (CONNER, et al., 2003), como para as tentativas de suicídio (CHERPITEL; BORGES; WILCOX, 2004).

Em uma amostra de 183 usuários de cocaína, foi observado que 31% tinham tentado suicídio, 18% tinham tentado suicídio em mais de uma ocasião e 8% tinham feito uma tentativa nos 12 meses que antecederam a entrevista da pesquisa. Dos 38% usuários de cocaína injetável tiveram mais propensão a tentar suicídio do que os usuários de não injetável (10%) e a ter mais de uma tentativa, 23 e 3% respectivamente. Isso talvez evidencie uma tendência maior à impulsividade em usuários de drogas injetáveis do que em não injetáveis (DARKE; KAYE, 2004).

No que diz respeito à ingestão de pesticidas e o abuso de medicamentos, percebe-se que foram os principais métodos utilizados para realizar tentativa de suicídio. Destaca-se, no entanto, que 15% tinham história de uso de álcool, 11% drogas ilícitas, e 27%, uso de medicamentos psicotrópicos (WERNECK et al., 2006).

Pode-se destacar que os homens apresentaram mais transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que as mulheres (26,1% *versus* 7%) e que o álcool é com mais frequência usado na tentativa de suicídio, na comparação entre os gêneros (28,3% homens *versus* 7% mulheres) (STEFANELLO et al., 2008).

As características comuns entre os indivíduos com problemas relacionados ao abuso ou dependência de álcool que cometem suicídio são: iniciaram o uso de bebidas muito jovens; - pertencem ao gênero masculino; tendem a ser brancos, de meia-idade, solteiros, sem amigos e

socialmente isolados; consumiram álcool compulsivamente durante vários anos de forma pesada e tem história familiar de dependência de álcool; apresentam saúde física comprometida, sentimentos depressivos, vida pessoal prejudicada e caótica, sofreram uma grande perda interpessoal recente, com luto ou separação conjugal, e têm baixo rendimento no trabalho ou estão desempregados (CORRÊA; BARRETO, 2006).

As perdas interpessoais e outros eventos indesejáveis muito provavelmente podem ser consequência da própria síndrome de dependência de álcool e que tenha contribuído para o desenvolvimento de um transtorno de humor que muitas vezes está presente nas semanas que antecederam o suicídio (CORRÊA; BARRETO, 2006).

2.4 Comportamento suicida masculino e estratégias de atenção

O comportamento suicida é caracterizado como todo o ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo que o ocasionou. Essa noção possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um *continuum*: a partir de ideação suicida, passando por ameaças de suicídio, tentativas de suicídio e, por fim, o suicídio, conforme a figura abaixo (WERLANG; BOTEGA, 2004).

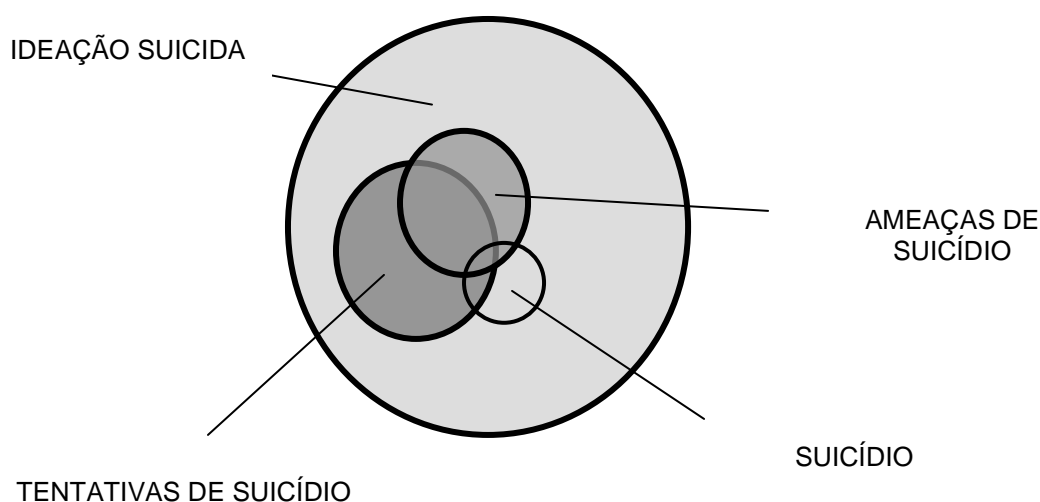


Figura 1: Dimensão do comportamento suicida.

Fonte: Modificado de Werlang; Botega, (2004).

O homem ao constituir sua biografia possui na sua essência uma forte bagagem cultural, constituída no decorrer da história, a qual o coloca numa posição de forte, provedor, produtivo, desafiador a aventuras e obstáculos e expondo-se diretamente a riscos de saúde, bem como, aos comportamentos suicidas. Com a contribuição das características

socioculturais, o homem apresenta dificuldades para expor suas fragilidades e isso consequentemente colabora para o aumento da mortalidade e agravos a saúde, uma vez que dificilmente esse irá desenvolver cuidados preventivos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Assim, podemos inferir que a cultura representa grandes estímulos e ações durante todo processo de viver (BUDÓ et al., 2007). Nesse sentido, a trajetória cultural trazida, ao longo das décadas, reflete diretamente na saúde dos homens acarretando em dados epidemiológicos negativos.

Dentre outros aspectos característicos de alguns homens, pode-se destacar a dificuldade da aquisição de bons hábitos alimentares, cuidar de si e preocupar-se com a qualidade de vida. Precisa-se levar em consideração ao prestar a assistência aos homens no geral e aqueles que apresentam predisposição ao suicídio, todo o processo histórico, social e cultural que engloba essa população, pois questões de gênero ainda estão fortemente enraizadas. Nesta perspectiva, o gênero é a forma pela qual as capacidades reprodutivas e as diferenças sexuais dos corpos humanos são trazidas para a prática social e tornadas parte desse processo histórico (CONNEL, 1995).

O reconhecimento e o entendimento de que gênero é algo que vai se construindo e que é um produto histórico, torna-se imprescindível para se compreender que é possível modificar determinados comportamentos (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006). Salienta-se que para prestar assistência qualificada a essa parcela da população é necessário, também, profissionais instrumentalizados para lidar com as peculiaridades desses indivíduos. A assistência à população masculina não necessita ser afastada daquela que é oferecida a outras populações, porém, entende-se que é relevante os homens terem atendidas as suas especificidades.

Desse modo, as estratégias de atenção, desenvolvidas nos cenários da saúde, são fatores que podem ser utilizados para uma maior aproximação entre os saberes, facilitando que assim possam ser entendidas e respeitadas as questões que abarcam a vida dos indivíduos do sexo masculino. É importante que os profissionais de saúde reflitam sobre os aspectos de gênero que poderão contribuir para o suicídio. Para isso, a prevenção do suicídio necessita estar pautada no conhecimento dos fatores de risco.

Ao tomar como base o referencial de saúde pública para as doenças crônicas, é possível dividir os fatores de risco em três grupos (MELEIRO et al., 2004): constitucionais e hereditários, não passíveis de intervenção, como idade, sexo, história familiar, genética; condições endógenas passíveis de serem controladas, como doenças físicas e mentais, em

como os transtornos de personalidade, que envolvem características como impulsividade, agressividade, perfeccionismo, insegurança, baixa tolerância a frustração, personalidade limítrofe; características fortes de grande parcela de homens; e, hábitos e ambientes, passíveis de serem mudados ou corrigidos, como o estado civil, isolamento social, religião, classe social, profissão, desemprego/aposentadoria, família suidogênica, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, acesso aos métodos e seu grau de letalidade.

Compreendendo os fatores de risco é possível ajudar a dissipar o mito de que o suicídio é um ato aleatório que resulta unicamente do sofrimento. Algumas pessoas são particularmente vulneráveis ao suicídio como é o caso da população masculina, porque têm uma maior associação de importantes fatores que a predispõem a ele. A importância de certos fatores de risco e de sua combinação varia de acordo com idade, sexo e etnia (WASSERMAN, 2004).

Além dos fatores de risco para o comportamento suicida, existem alguns elementos que atuam como protetores, tais como a composição genética ou neurobiológica de um indivíduo, características de atitudes ou de comportamento e atributos ambientais (WASSERMAN, 2004). Logo, medidas que aumentam a resistência e até a ocorrência desses, são tão essenciais para prevenir o suicídio quanto para a redução dos fatores de risco (MELEIRO et al., 2004).

Os fatores protetores incluem: atendimento clínico eficiente e apropriado para transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicoativas; fácil acesso a várias intervenções clínicas e apoio para busca de ajuda; acesso restrito a métodos altamente letais de suicídio; apoio à família e à comunidade; apoio constante de relações com profissionais de saúde e de tratamento de saúde mental; aprendizagem de práticas de solução de problemas, resolução de conflitos e manipulação não-violenta de disputas; e, crenças culturais e religiosas que desestimulem o suicídio e apoiem os instintos de autopreservação (WASSERMAN, 2004).

Diante da diversidade de fatores e de problemas associados à tentativa de suicídio, nenhuma medida singular é suficiente para todas as pessoas de risco. O determinismo multifatorial do suicídio impõe, de início, a necessidade de analisar cada fator de risco com prudência. As correlações estatísticas existentes entre os fatores envolvidos não são as causas, mas permite formular hipóteses, mesmo que de certeza variada. Somente estudos prospectivos de avaliação de métodos de prevenção que procurem resposta para essas hipóteses podem permitir o engajamento de uma adequada política de prevenção relacionada ao suicídio (MELEIRO et al., 2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

Neste capítulo apresento uma contextualização geral da fenomenologia, a opção por trabalhar com o referencial teórico-filosófico da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz e o aprofundamento de alguns conceitos de Schütz que permearam a pesquisa.

3.1 A opção pelo referencial teórico

Considerando que o objetivo desta pesquisa é compreender os motivos porque da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas, optei por realizar uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico de Alfred Schütz.

A escolha pela Sociologia fenomenológica ocorreu em virtude da compreensão de que esse método é pertinente ao objeto de estudo que escolhi desenvolver, bem como, as pesquisas no campo da saúde mental, já que nessas se quer dar voz aos sujeitos envolvidos, no caso, os homens usuários de álcool e outras drogas, considerando as suas singularidades, desejos e subjetividades.

A minha aproximação com o método ocorreu em decorrência da minha trajetória acadêmica durante a graduação em Enfermagem na UFSM, junto ao grupo de pesquisa, com a professora orientadora e colegas que utilizavam o referencial da fenomenologia. O que me fortaleceu na realização do referencial da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz foi o objeto de estudo que escolhi estudar, que foi compreender os motivos da ação suicida expressos por homens usuários de álcool e outras drogas.

Este objeto de investigação direcionou-me a buscar aporte teórico acerca do referencial de Schütz. Ainda, propiciou-me a realização de uma disciplina específica sobre o fenomenologia social, tendo a oportunidade de compartilhar ideias os professores e discentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bem como, com professores de outras instituições que já vinham utilizando o método há mais tempo.

A abordagem fenomenológica vem despertando a atenção e suscitando popularidade entre pesquisadores e teóricos da enfermagem como um método alternativo de investigação em substituição aos tradicionais utilizados pelas ciências naturais. Ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida dos seres humanos, tem trazido contribuições valiosas para o conhecimento das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver

humano, até então inexploradas, o que mostra a pertinência desta metodologia na área da saúde (TERRA et al., 2006; POPIM; BOEMER, 2005).

Na área da saúde mental, apesar de ainda não haver muitos trabalhos utilizando tal metodologia (NASI; SCHNEIDER, 2010; CAMPOY; MERIGHI; STEFANELLI, 2005; CAMATTA, 2010) considero que o uso do referencial é condizente, já que com o referencial da sociologia fenomenológica procura-se ouvir os sujeitos, considerando suas subjetividades, na tentativa de revelar a essência das ações sociais.

3.2 A Fenomenologia e a perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz

Concebida como conhecimento da essência das coisas, a fenomenologia teve seu início com Husserl, que sob a influência de Franz Brentano, concebeu a ideia de fazer da filosofia uma ciência rigorosa, baseada num novo método, o fenomenológico (SCHNEIDER et al., 2007). A fenomenologia é compreendida como ciência descritiva e concreta, que mostra e explica o ser nele mesmo, que se preocupa com a essência do vivido. Em suma, ela se apresenta como uma ciência eidética material, pois os vividos intencionais oferecem formas aos conteúdos de significação (CAPALBO, 1994).

A fenomenologia surge em um momento de revisão das verdades científicas tidas como inabaláveis, quando as investigações passam a ter uma configuração humana. Neste contexto, a fenomenologia se estabelece com uma preocupação em desenvolver uma descrição pura da realidade (SCHNEIDER, 1996). Para atingir isso, o pesquisador precisa descrever os fenômenos tais como acontecem neles mesmos, tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida, das relações.

Na fenomenologia, os fenômenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência, levando-nos a refletir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver cotidiano (TERRA et al., 2006).

Para se chegar à essência das coisas, a fenomenologia propõe superar a atitude natural por meio da atitude fenomenológica. Na primeira apresentamos o foco que temos quando estamos imersos em nossa postura original, orientada para o mundo, quando intencionamos coisas, situações, fatos e quaisquer outros tipos de objetos. Na atitude fenomenológica refletimos sobre a atitude natural e todas as intencionalidades que ocorrem dentro dela, contemplamos os envolvimento que temos com o mundo e com as coisas nele, considerando o mundo em seu envolvimento humano (SOKOLOWSKI, 2004).

Na busca do fenômeno puro, da sua essência, precisamos colocar o mundo entre parênteses, ou seja, utilizarmos da redução fenomenológica (*epoché*). Isto significa dizer que devemos colocar em suspensão todos os nossos valores, crenças, pressupostos, pré-conceitos, para se ter uma atitude fenomenológica, e assim, descrever o mundo como se apresenta na consciência, seguindo em direção à essência do fenômeno, ir-à-coisa-mesma (SCHNEIDER et al., 2007).

A partir deste momento, dou início a apresentação da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz, partindo da sua biografia, influências teóricas e metodológicas e concepções acerca do mundo das relações sociais, buscando aproximar o referencial escolhido aos homens dependentes de álcool e outras drogas que realizaram tentativa de suicídio em algum momento de sua vida.

Alfred Schütz (Figura 2) nasceu em Viena, na Áustria no ano de 1899 e faleceu em 1959, em Nova Iorque. Estudou Direito e Ciências Sociais e, interessado pela Sociologia de Max Weber e pela filosofia de Edmund Husserl, contribuiu para estabelecer os fundamentos de uma Sociologia Fenomenológica. Por ter formação em ciências sociais tinha o propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia compreensiva (SCHÜTZ, 1979; 2012).



Figura 2 – Imagem de Alfred Schütz.
Fonte: Google Imagens (2012).

Segundo Capalbo (1998) Schütz apropriou-se de conceitos básicos da fenomenologia de Husserl: intencionalidade, intersubjetividade e mundo-vida, tendo como eixo a volta ao núcleo essencial. E, utilizou da teoria da Ação Social de Weber, os conceitos de compreensão, ação e do significado subjetivo para fundamentar filosoficamente as ciências sociais.

Como possuía conhecimento e apreciação pelas áreas da filosofia, sociologia e psicologia social, Schütz, em seus estudos, abarcava problemas desses três domínios.

Procurava concretizar uma filosofia da realidade do mundo cotidiano, ou seja, buscava a compreensão da realidade do mundo da vida (SCHÜTZ, 2003).

Alfred Schütz investigou os fundamentos das ciências sociais e afirmava que a fenomenologia de Husserl oferecia um método rigoroso para a análise descritiva da constituição do mundo da vida cotidiana na experiência humana, mas advertiu que faltava aplicar o método fenomenológico ao mundo social (SCHÜTZ, 2003).

Ao se apropriar dos conceitos husserlianos para utilizá-los na sociologia de forma sistemática e fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurou saber o que é a sociologia nela mesma. Schütz buscou mostrar que a tarefa das ciências sociais não pode negar que certos fatos, como as crenças e convicções, sejam reais e façam parte da experiência vivida do homem e do mundo da sua vida social (CAPALBO, 1998).

Schütz foi influenciado pela concepção da sociologia compreensiva de Weber especialmente quanto aos conceitos de tipologia, ação social e relação social. A tipologia de Weber refere-se a um instrumento de pesquisa ligado à ideia de classificação, com o objetivo de sintetizar traços típicos de um fenômeno social (CAPALBO, 1998).

A partir do estudo do referencial de Alfred Schütz, discorro alguns elementos conceituais no intuito de subsidiar as discussões presentes neste estudo. Abordo especificamente os conceitos descritos por Schütz de relacionamento social, ação familiar e anônima, ação social, motivações, típico da ação, relação face a face, intersubjetividade, situação biográfica e o estoque de conhecimento à mão.

Na Fenomenologia Social, a implicação se dá ao investigar o mundo das relações sociais. O foco de interesse é o que pode se constituir como característica típica de um grupo social ao vivenciar uma determinada situação (MERIGHI, 2002). Nesse sentido, para compreender a ação da tentativa de suicídio dos homens usuários de álcool e outras drogas é, necessário voltar à consciência do indivíduo. Quando esse homem, em seu mundo da vida cotidiana, interage com os outros, materializa seus anseios e necessidades em forma de ações, atribui significados a isso, portanto é preciso compreender seu movimento no mundo da vida.

Schütz aponta a correspondência entre o sujeito e o mundo social em que está inserido em um tempo-espaco-histórico-cultural; sendo um sujeito de um mundo social e um mundo social de um sujeito. Dessa forma, é o ser humano que constitui este mundo social, e ele, é capaz de perceber e interpretar as ações em um mundo que faz sentido para ele (SCHÜTZ, 2003).

O mundo da vida é algo que se manifesta no sujeito através de suas relações. Ele o sente, concebe, julga, raciocina, imagina e age, a partir de sua existência - assim se forma sua

consciência (SCHÜTZ, 2003). Para Schütz, o ser humano é nascido em um mundo social e vive nele sua existência cotidiana, experimenta-o como construído em volta do lugar que ocupa nele, aberto a sua interpretação e ação, mas sempre com referência a sua situação biográfica determinada (CAMATTA et al., 2008).

A correlação entre sujeito e mundo social é essencial, e é nesse mundo social que os homens em sofrimento psíquico pelo uso de álcool e outras drogas convivem, estabelecem relações com seus pares, familiares, vizinhos, amigos, contemporâneos; estabelecem trocas intersubjetivas, constituem grupos sociais, e são movidos por motivos pragmáticos que orientam suas condutas, ações e trabalho.

A conduta refere-se a todos os tipos de experiências espontâneas subjetivamente significativas, sejam aquelas que se passam internamente, como as que acontecem no mundo exterior. Uma conduta que é prevista, ou seja, baseada em um projeto preconcebido, deve ser chamada de ação, seja ela aberta ou encoberta. No que se refere a esse último caso, é preciso definir se existe ou não no projeto uma intenção de realmente realizá-lo, isto é de tornar real o estado de coisas projetado. Tal intenção transforma a simples previsão em um objetivo, e o projeto em um propósito (SCHÜTZ, 2012).

O trabalho é uma ação no mundo externo, baseada em um projeto e caracterizada pela intenção de realizar o estado o estado de coisas projetado mediante movimentos corporais. Dentre todas as formas de espontaneidade mencionadas, a do trabalho é a mais importante para a constituição do mundo da vida cotidiana (SCHÜTZ, 2012).

Ao aproximarmos estes três conceitos de conduta, ação e trabalho podemos relacionar com a tentativa de suicídio realizada pelos homens pesquisados. Estes foram acumulando suas experiências internas e aproximando com as que aconteceram no mundo exterior, como isso, podemos dizer que a ideação suicida foi se formando na consciência, em que os homens foram tomando a decisão de tentar se suicidar ou não. O projeto de suicídio só pode ser concretizado por meio dos movimentos corporais, em que o uso do corpo expressa a ação no mundo externo, no caso, o trabalho foi a decisão definitiva da ação de tentar suicídio pelos homens em questão.

Conforme Schütz, vivemos em um mundo cotidiano, onde as nossas ações e intenções indicam um mundo subjetivo. Esse mundo cotidiano representa o mundo de todos nós, espaço que nossas comunicações e relacionamentos ocorrem tanto com nossos antecessores como com os sucessores (POPIM; BOEMER, 2005). Dessa forma, o mundo da vida, também denominado o mundo do senso comum, é a forma de descrever o mundo subjetivo experienciado pelos homens (TOCANTINS; SOUZA, 1997).

Schütz considera que no mundo da vida fazemos experiências de familiaridade e de anonimato. De forma que, a relação de familiaridade é vivida sob a forma de nós e permite a apreensão do outro como único em sua individualidade. Por outro lado, em uma relação social, há também um afastamento da unicidade e individualidade dos semelhantes, no qual poucos são os aspectos considerados relevantes para o problema que se deseja tratar, caracterizando uma relação de anonimato (CAPALBO, 1998).

A Fenomenologia Social fundamenta-se naquele que vivencia a experiência de determinado fenômeno, pois só o próprio indivíduo pode dizer o que pretende com a ação. Com este entendimento a abordagem valoriza o sujeito, suas vivências e suas ações conscientes. Schütz (2003) propõe que em toda ação que o sujeito estabelece há um sentido intencional e busca aí atender suas expectativas, suas necessidades, contudo este sentido e significado somente o próprio indivíduo pode expressar.

Com o intuito de compreender a ação subjetiva dos indivíduos, Schütz, apóia-se em motivos “*porque*” e motivos “*para*” ou “*afim de*”. Os motivos *porque* são evidentes nos acontecimentos concluídos, que explicam certos aspectos da realização de projetos, tendo, portanto uma direção temporal voltada para o passado. Formam uma categoria objetiva, acessível ao observador. Os motivos *para* se refere a algo que se quer realizar, objetivos que se procura alcançar, tendo uma estrutura temporal voltada para o futuro, formando uma categoria subjetiva da ação (SCHÜTZ, 1979). A utilização dos motivos “*porque*” nesta pesquisa, parte do objeto em foco, ou seja, da tentativa de suicídio realizada e concluída, em que foi possível direcionar a consciência dos homens pesquisados ao passado, na busca das motivações atribuída por eles a ação.

Os motivos *porque* e os motivos *para* da ação de um indivíduo determinam a tipificação, ou seja, um modelo científico do mundo social do qual o indivíduo pode ser enquadrado. Isso corresponde a uma idealização, no sentido de ideia, não de uma pessoa em particular, mas de um tipo social constituído pelo estoque de conhecimento que se tem sobre o mundo e que determina esquemas interpretativos do mundo social (MACHINESKI, 2011).

Neste sentido, os tipos ideais habituais, a motivação pessoal é substituída por padrões de comportamento culturalmente entandartizados (SCHÜTZ, 2012). Assim, um indivíduo é conhecido como pertencente a um grupo que tem características comuns e o determinam enquanto tipo social, ou seja, que apresenta um comportamento e uma função social, como por exemplo, a ação da tentativa de suicídio pelos homens estudados. A tipificação, portanto, não individualiza o sujeito e sim o faz pertencer a um grupo social que possui características típicas do comportamento vivido.

Os motivos de cada sujeito são expressos em ações quando se dirige a outro, e este, do mesmo modo, se reporta com uma ação, o que Schütz denomina de relação social. O estabelecimento de uma relação social acontece quando um sujeito compartilha com o semelhante um ambiente comum ou quando está orientado para um contemporâneo. Dessa maneira, é possível experienciar o outro de forma direta, numa situação denominada face a face (CAMATTA et al., 2008).

A situação face a face é constituída do ponto de vista de um participante dela. Para se tornar consciente de tal situação o participante deve tornar-se intencionalmente consciente da pessoa diante dele. Ele precisa assumir uma orientação voltada para o outro de tipo face a face em relação ao seu parceiro, essa atitude é chamada de orientação-pelo-Tu que é o modo puro segundo o qual estou consciente de outro ser humano enquanto pessoa (SCHÜTZ, 2012).

A orientação-pelo-Tu pode ser unilateral ou recíproca. Ela será unilateral se apenas um dos sujeitos perceber a presença do outro. Ela será recíproca se ambos os sujeitos estiverem mutuamente conscientes em relação ao outro. A relação face a face na qual os parceiros estão conscientes um em relação ao outro e participam um da vida do outro, ainda que por um curto período de tempo, pode ser chamada de relação-do-Nós pura, este tipo de relação nada mais é do que a forma recíproca da orientação-pelo-Tu (SCHÜTZ, 2012).

Na Sociologia fenomenológica, a relação do pesquisador com o pesquisado possibilita o encontro face a face, ao ter na consciência dos sujeitos pesquisados, o pesquisador ocupa a orientação-pelo-Tu de forma unilateral, em que possivelmente de maneira inicial apenas ele percebe a presença do outro. No encontro face a face, realizado por meio da ambientação, aproximação e entrevista fenomenológica é possível ter uma relação recíproca em que ambos terão consciência um do outro, acontecendo assim a orientação-do-Nós, pesquisador – homens.

Seguindo esta linha de pensamento, o referencial da Sociologia Fenomenológica trata de uma estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação face a face, apreendendo que as ações sociais têm um significado contextualizado de configuração social e não puramente individual (SCHÜTZ, 1979). De forma que a relação face a face configura-se como um modo de aproximação, de interação, que possibilita ao sujeito verbalizar seus medos, sentimentos, angústias, frustrações, ou sonhos, dando suporte para minimizar o desconforto dessas situações (RIBEIRO; RODRIGUES, 2005).

Neste sentido, utilizar este referencial na presente pesquisa, possibilitou aproximar o homem usuário de álcool e outras drogas que realizou a ação suicida a falar de sua vivência, angústias e motivações, propiciando uma relação face a face de familiaridade entre o

pesquisador e os homens, permitindo assim, valorizar as questões sociais e relacionais presentes no mundo da vida desta clientela, desvelando o outro em uma forma mais global e contextualizada no seu viver no mundo.

O mundo da vida cotidiana não é o mundo privado de um indivíduo, é um mundo intersubjetivo, compartilhado com meus semelhantes, experienciado e interpretado por outros, é um mundo comum a todos nós (SCHÜTZ, 2012). Schütz, ao conceituar intersubjetividade, enfatiza que o mundo tem sentido não somente para mim, mas para todos os seres humanos, de modo que a experiência do mundo se justifica e corrige mediante a experiência com os outros, com quem acontece as relações e as experiências vividas no mundo social. Portanto, o mundo intersubjetivo é interpretado como um possível campo de ação de todos nós (SCHÜTZ, 1974).

Ao estabelecer, o relacionamento social, esses sujeitos apresentam a sua situação biográfica e o seu estoque de conhecimento à mão. Uma determinada situação biográfica é todo o momento da vida de um homem em que ele se encontra: seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição. Essa posição, em termos de espaço físico e tempo exterior, de status e papel dentro do meio social, e de posição moral e ideológica. Dizer que essa definição da situação é determinada em termos biográficos significa que ela tem a sua história, ou seja, é a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem, organizadas de acordo com as poses habituais de seu estoque de conhecimento à mão (SCHÜTZ, 1979).

O uso e/ou a dependência de álcool e outras drogas se faz presente na situação biográfica dos homens investigados, como um processo dinâmico que sofre mudanças, podendo se agravar ou diminuir. Entretanto, a situação biográfica dos usuários não é marcada apenas por situações de sofrimento, mas também por elementos como a participação em atividades culturais, domésticas, de lazer e de trabalho (NASI, 2009).

O estoque de conhecimento à mão que o homem tem a qualquer momento na vida diária, lhe serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes e também determina sua antecipação das coisas que virão. O estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo e muda em termos de extensão e de estrutura, e as vivências posteriores o enriquecem e aumentam suas experiências no mundo em que esta inserido (SCHÜTZ, 1979).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste momento será descrito os aspectos referentes à metodologia, o tipo de pesquisa, cenário da pesquisa, participantes da pesquisa, dimensões éticas da pesquisa, aproximação e ambientação com o campo de pesquisa, coleta das informações, análise das informações.

4.1 Tipo de pesquisa

A busca por estudar o fenômeno complexo do suicídio e suas tentativas, bem como, a relação desta ação suicida com o uso de álcool e outras drogas, encaminhou-me para a realização de uma pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, na perspectiva do referencial da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz.

A pesquisa qualitativa se aprofunda no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010). Essa abordagem propõe buscar a “relação da qualidade dos fatos e fenômenos, bem como encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo; a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (MINAYO, 2007, p. 24).

Nesse sentido, esta opção metodológica apresenta “fundamento teórico pertinente”, além de possibilitar “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos dos referentes grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2010, p. 57).

A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz propicia o aprofundamento do conhecimento da realidade social como um mundo social, que é vivenciada por atores sociais e seus semelhantes, também dotados de uma consciência capaz de atribuir significados a suas vivências e ações (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Em todas as ações que o sujeito estabelece, tem um sentido intencional e busca atender suas expectativas e suas necessidades. Para compreender a ação humana, é preciso compreender os motivos da ação. Conceitualmente ‘motivo’ refere-se ao “estado de coisas, o fim, em função do qual a ação foi levada a cabo” (SCHÜTZ, 1979, p.124). Contudo, este sentido e significado somente o próprio indivíduo pode desvelar (SCHÜTZ, 2003). Assim, pretendeu-se compreender por meio deste estudo os motivos porque dos homens usuários de

álcool e outras drogas que realizaram a ação da tentativa de suicídio, não só no contexto individual da ação, mas também num mundo de relações com os outros e tem por isso um significado intersubjetivo, contextualizado no mundo social.

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa proposta foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e drogas (CAPS ad) “Caminhos do Sol”, localizado na Avenida Borges de Medeiros, nº 1897, Bairro Fátima, do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Este local foi selecionado por ser um serviço de saúde que presta assistência e realiza acompanhamento contínuo a uma parcela de homens que realizam tratamento para dependência de álcool e outras drogas. Além disso, alguns usuários que fazem acompanhamento no serviço já realizaram tentativa de suicídio segundo registros em prontuários e, também por informações dos profissionais. A experiência acadêmica e a supervisão de estágios que realizei durante a docência orientada do mestrado no serviço me fortaleceram a ideia de investigar os sujeitos nesse cenário.

As Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio trazem por meio do Manual de Prevenção ao Suicídio que as equipes dos CAPS lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio encontra-se agudizado. Também, por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade. Eles estão em posição privilegiada para a avaliação da rede de proteção social dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede (BRASIL, 2006 a, b).

Os CAPS ad caracterizam-se por prestar atendimento a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, em que propicia a redução de danos e a diminuição das internações psiquiátricas, articulando-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção dos indivíduos na sociedade.

A estrutura física é contemplada por uma recepção; um escritório; um consultório de enfermagem; um consultório de psicologia; um consultório médico; um consultório de assistência social; uma sala de aula para alfabetização; uma sala de artesanato e oficinas de costura; três salas de grupos; uma cozinha; um banheiro para funcionários e dois banheiros para usuários (um masculino e outro feminino). A área aberta de comunicação entre refeitório e espaço externo (pátio) tem um refeitório; dois banheiros para usuários (um masculino e outro feminino); área de serviço.

A equipe é composta por dois médicos (um clínico geral e um psiquiatra), um

enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois psicólogos, um assistente social, um fisioterapeuta, dois técnicos em saúde mental, um redutor de danos, um auxiliar em assistência administrativa, um assistente administrativo, uma auxiliar de serviços gerais. Além disso, a unidade recebe apoio da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com os graduandos dos Cursos de Enfermagem e Psicologia em seus Estágios Supervisionados, bem como de profissionais que estão inseridos na Residência Multiprofissional em Saúde e mestrandos do Programa de Mestrado em Enfermagem. Além destes, alunos da graduação dos Cursos de Psicologia e Serviço Social do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) e da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

No CAPS Ad são realizadas diferentes atividades com os usuários, como grupos terapêuticos, de saúde e de acolhimento, oficinas de costura, de colagem, de música, oficinas de culinária e a manutenção de hortas, tendo como objetivo a reintegração dos usuários de álcool e outras drogas no ambiente familiar e social, a promoção da saúde e a prevenção de recaída.

Também, são realizados grupos com os familiares, no intuito de fortalecer o vínculo entre o familiar, o usuário e o serviço. Estes são realizados por meio de conversas informais sobre a dependência química, relações familiares e convívio social, o que propicia momento de conforto e cumplicidade entre os familiares que vivenciam as mesmas dificuldades.

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa foram homens adultos² usuários e/ou dependentes de álcool e outras drogas que tentaram suicídio e realizam tratamento no CAPS ad – ‘Caminhos do Sol’. Estabeleceram-se como critérios de inclusão para participar da pesquisa, indivíduos do sexo masculino, adultos, com faixa etária de 19 a 59 anos e que estivessem inseridos em uma das modalidades terapêuticas (intensiva, semi-intensiva, não intensiva) do serviço.

Ao se aproximar dos sujeitos desta pesquisa e trocar informações com os profissionais da equipe, optamos por não realizar uma demarcação temporal para a ação suicida feita pelos sujeitos, assim foram abordados, homens que realizaram tentativa de suicídio em períodos

²No Brasil, tendo como parâmetro as idades cronológicas que estabelecem os direitos da criança, do adolescente e do idoso, por meio dos respectivos estatutos da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/900 e do Idoso (Lei n.10.741/2003), referem que está na fase adulta a pessoa que tem entre 19 e 59 anos de idade (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

indeterminados. A não utilização de um recorte temporal para selecionar os homens que tentaram suicídio parte da premissa de que cada sujeito tem um momento diferente para verbalizar sobre o que o motivou a tentar suicídio, assim foram abordados os sujeitos que há pouco tempo tentaram suicídio, bem como, os que realizaram esta ação no período retrospectivo.

Neste sentido, foram entrevistados intencionalmente onze (11) homens de 24 a 50 anos que tentaram de suicídio a partir do ano de 1997 até o momento da coleta das informações dessa pesquisa em 2011. Os homens foram selecionados por meio dos registros nos prontuários e pela indicação dos profissionais do CAPS. Após esta busca, foi realizado o contato pessoal com os sujeitos para expor sobre o projeto e posteriormente, eles foram convidados para participar da entrevista.

Os critérios de exclusão foram os homens que se encontrassem em estado de confusão mental, com limitações cognitivas e com sequelas neurológicas que restringissem a participação no estudo; e os homens que estivessem alcoolizados ou sob efeito de outra droga no momento da entrevista. No entanto, não houve situações que impedissem a participação dos sujeitos selecionados para a pesquisa conforme a descrição dos critérios de exclusão acima citados.

4.4 Dimensões éticas da pesquisa

A autorização para a realização da pesquisa foi solicitada junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria. Realizamos contato prévio com os profissionais do CAPS ad para apresentar a proposta de pesquisa, sendo a mesma bem acolhida e de interesse do serviço. Após, a pesquisa foi registrada no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM e, posteriormente foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM. A aproximação com o campo e início da coleta das informações ocorreu após aprovação do Protocolo do Projeto de Pesquisa pelo CEP/UFSM, sob o N° 0297.0.243.000-11 (ANEXO A).

Foram respeitados os preceitos da bioética e ética em pesquisa com seres humanos de forma a proteger os direitos dos participantes quanto a equidade, justiça, autonomia, privacidade, benefícios e riscos, conforme a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Além disso, os participantes da pesquisa tiveram em qualquer uma de suas etapas,

acesso aos profissionais responsáveis pela mesma caso fosse necessário quaisquer esclarecimentos ou eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento de participação na pesquisa a qualquer momento.

Sendo assim, os participantes receberam informações a respeito do objeto e o objetivo da pesquisa, sendo realizada a solicitação de sua colaboração, antes de iniciar a entrevista, garantindo-lhes o anonimato. Acordou-se que caso eles recordassem algum fato que os sensibilizaram em suas vidas, eles poderiam ser atendidos pelos profissionais do CAPS ad ‘Caminhos do Sol’, que ficou a cargo da médica do serviço. No entanto, não houve necessidade de nenhum encaminhamento no andamento da pesquisa.

Os participantes receberam as informações no que diz respeito a benefícios. Estes seriam a partir dos resultados, o pesquisador fomentar reflexões e mobilizar ações de cuidado de enfermagem as tentativas de suicídio. Também, constava o esclarecimento do direito de sua livre participação na pesquisa, sem prejuízo do seu atendimento no CAPS ad, do seu anonimato, bem como a autorização para o uso dos depoimentos no momento da divulgação dos resultados, na academia e nos meios de comunicação científicos.

Também, destacamos que não houve despesas para os participantes e nem compensação financeira relacionada a sua participação. As despesas adicionais foram absorvidas pelo orçamento da pesquisa.

Assim, a entrevista foi realizada em uma sala reservada disponibilizada pelo serviço e o tempo foi determinado pelo próprio indivíduo. Os pesquisadores assumiram o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Para tanto, os participantes foram identificados pela letra ‘H’ seguida de um número (H1, H2, H3, H4, sucessivamente), letra inicial da palavra homem seguido de um adjetivo sugerido por cada homem, que representava a maneira como ele se sentia no momento de ação suicida, tornei os adjetivos em codinomes, e por esses codinomes os sujeitos foram identificados. Também, informamos que a entrevista seria gravada para posterior transcrição dos dados. Porém, caso os participantes não quisessem aceitar a gravação, o depoimento não seria gravado e as informações seriam registradas em um diário de campo pelo pesquisador. Todos os participantes aceitaram gravar seus depoimentos. Com isso, os pesquisadores preservaram a privacidade e integridade pessoal.

Os dados coletados serão parte integrante desta pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos pesquisadores, foi entregue em duas vias, sendo que uma delas ficou de posse do participante e a outra com os pesquisadores, assinado pelo

participante.

Além do TCLE, os pesquisadores assumiram o compromisso ético pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B) que foi assinado pelos mesmos. Os pesquisadores comprometeram-se com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. Para tanto, estes estarão guardados em um banco de dados por 5 anos junto a pesquisadora orientadora Dr^a Marlene Gomes Terra, na sala 1445, 4^o andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e, após esse período serão destruídos. Os participantes poderão ter acesso a eles para dirimir quaisquer dúvidas.

4.5 Aproximação e ambientação com o campo de pesquisa

A minha inserção no cenário como pesquisador aconteceu desde a construção do projeto de dissertação, em que, me direcionei ao CAPS para apresentar a proposta de projeto aos profissionais, bem como, compartilhar algumas dúvidas e realizar alguns ajustes acerca dos sujeitos pesquisados com os membros da equipe.

Iniciei a ambientação mais diretamente alguns dias antes do começo da coleta dos depoimentos junto aos sujeitos. Foi um momento, em que pude me reencontrar com os profissionais da equipe e com os usuários do serviço os quais foram receptivos.

No primeiro momento busquei observar e compreender como estava acontecendo o processo de trabalho da equipe, bem como, as atividades desenvolvidas naquele momento. Neste cotidiano de trabalho, fui dialogando com os profissionais sobre a minha pesquisa, tendo em vista a seleção intencional dos meus sujeitos. Os profissionais foram fundamentais nesta etapa, pois me indicaram os homens que haviam tentado suicídio, além de me fornecerem os registros dos prontuários para captar mais dados para seleção dos meus sujeitos. Também busquei estar presente nos momentos dos grupos dos pacientes não intensivos para convidar alguns sujeitos a participar da pesquisa.

Logo no início da ambientação, foi necessário mostrar a minha intencionalidade ao estar no serviço, esclarecendo a minha posição naquele momento, principalmente aos profissionais que, às vezes, sem perceber solicitavam o meu auxílio em algumas ações, sendo assim, precisei esclarecer que naquela ocasião não estava mais na posição de acadêmico, enfermeiro e/ou supervisor de estágio, e sim de pesquisador. Como o passar do tempo, tanto os profissionais, como os usuários foram entendendo a minha posição no serviço, e se referiam a minha posição, como a de pesquisador.

Essa vivência como pesquisador, possibilitou-me compartilhar o estoque de

conhecimentos teórico do assunto disponíveis a mão, em que, busquei em todo o período de coleta dos depoimentos conversar com a equipe sobre a temática do suicídio, sobre as ações de prevenção e situações que poderiam levar a ação suicida. Percebi ao falar sobre o assunto, que alguns profissionais tinham resistência para dialogar sobre o tema e alguns naturalizavam as situações de suicídio e tentativas ocorridas por usuários do serviço. Para Schütz (1979), o homem em atitude natural está situado no mundo da vida e o conhecimento deste homem é a sedimentação dos conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida.

Segundo Padoin e Souza (2008), na etapa de ambientação há a necessidade de um movimento mediado pela subjetividade, buscam-se os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, procura-se respeitá-los e exercita-se a escuta. Nesta perspectiva, busquei exercitar esse movimento, e por meio de uma relação face-a-face de diálogo reconhecer o outro como um ser único e singular, mas também influenciado pelo meio social e cultural em que se encontra inserido no seu mundo da vida, com isso, há a possibilidade de conseguir chegar a redução dos pressupostos.

Chegar à atitude fenomenológica de encontro com o outro, pressupõe ter clareza das inquietações e do estranhamento do/a sujeito pesquisador/a de modo a apontar obscuridades inerentes à constituição do objeto de estudo (NEVES; SOUZA, 2003).

4.6 Coleta das informações

Ao buscar compreender os motivos porque da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas, foi utilizada a entrevista fenomenológica para a coleta das informações, realizada no mês de dezembro de 2011.

A distinção entre os motivos e causa é importantíssima para se compreender a sua aplicação e aprofundamento no campo da entrevista numa abordagem fenomenológica. As vivências pertencem à ordem dos motivos e precisam ser compreendidas, necessitando que sejam previamente descritas tal como se apresentam na experiência vivida. Isto não tem nada a ver com uma explicação causal buscada pela ciência positiva. É pela fenomenologia que se pode mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos e que mostram e se expressam de si mesmos na entrevista empática (CARVALHO, 1987).

A entrevista, nesta abordagem, acontece por meio da interação face a face, na qual há características de intersubjetividade e de intercomunicação direta, aquelas que acontecem em presença vivida. Os pensamentos são expressos através de combinações de palavras, as quais requerem um veículo para a sua transmissão de uma pessoa para a outra: sons que podem ser

ouvidos, gestos que podem ser vistos, mensagens escritas que podem ser lidas (SCHÜTZ, 1979).

Uma entrevista fundamentada em uma metodologia fenomenológica, conseqüentemente, não submete a situação observada e o indivíduo a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de idéias e direcionada para determinados fins. Ao contrário, descartam-se de modelos, projetos, alternativa e valores últimos que possibilitam um saber “sobre” o indivíduo, mas não um saber “do” indivíduo (CARVALHO, 1987).

A entrevista fenomenológica não inclui etapas rigorosas. Entretanto, possui fatores de aproximação para entrevista, em que o pesquisador necessita encontrar a forma mais adequada de aproximação aos depoentes, considerando o alcance do objetivo proposto e aspectos como o ambiente físico favorável ao encontro social, as particularidades dos participantes, a adequação da pergunta fenomenológica e o modo como os depoimentos foram obtidos. Esses fatores valorizados conduzem a descrições singulares do objeto de estudo proposto (SIMÕES; SOUZA, 1997).

Outro aspecto valorizado para o encontro com os participantes da pesquisa é a ambientação do pesquisador no cenário de produção dos dados. A ambientação inaugura a etapa de campo propriamente dita e configura um momento essencial para o desenvolvimento da investigação (SIMÕES; SOUZA, 1997). O momento de encontro social estabelece relações com as pessoas que ali se encontram, tanto com os profissionais do serviço, quanto com os participantes da pesquisa (PADOIN, 2006).

Antes de iniciar a entrevista, busquei estabelecer uma conversa, a fim de favorecer um encontro agradável e de empatia, que possibilitasse uma relação de confiança entre os participantes e pesquisador. Para começar a entrevista, confirmava se poderia utilizar o gravador, explicando que o único interesse em gravar a nossa conversa era para que eu tivesse a liberdade de ouvi-los, sem fazer anotações durante o nosso diálogo, facilitando a interação e compreensão das falas. Reiterei que somente eu estaria ouvindo as gravações e digitando tudo que havíamos conversado naquele momento e que, após cinco anos, os registros seriam devidamente destruídos. Todos os homens autorizaram o uso do gravador.

Reiterei também o seu anonimato e, para garantir o segredo da identidade dos participantes, foi assegurado no primeiro momento da entrevista o uso de códigos de letra e números, conforme descrito na dimensão ética.

Também, esclareci, que a entrevista não seria compartilhada com outras pessoas, que eu assumiria o compromisso com a confidencialidade das informações da pesquisa. Busquei no encontro, colocar-me frente a frente do homem entrevistado, sem que nada ficasse entre

nós, e de forma que pudéssemos interagir e olhar diretamente para ele. Posicionei o gravador digital, em uma distância que assegurasse a qualidade da gravação e que, se possível, não fosse visível pelo meu entrevistado, não interferindo na nossa interação.

No roteiro da entrevista constavam questões sobre a situação biográfica dos entrevistados, e uma questão norteadora: “conte-me sobre os motivos que levaram você a tentativa de suicídio?”.

A condução das entrevistas, uma a uma, possibilitou os ajustes necessários, o que exigiu atenção, disponibilidade, envolvimento e esforço para alcançar a atitude fenomenológica (PAULA, 2008). O aprendizado nessa etapa foi constante e cada momento foi único e singular.

No primeiro momento, aconteceram alguns desafios, como minimizar sentimentos de ansiedade e medo de despertar algum sentimento de tristeza ou culpa aos entrevistados. No entanto, tentei ao máximo proporcionar um momento empático e tranquilo.

Na primeira entrevista, tais sentimentos e questionamentos me impossibilitaram de indagar algumas questões que poderiam ser exploradas, e, por vezes, não aproveitei a oportunidade de aprofundar o que era necessário, visando o objeto do estudo, sentindo certa dificuldade na condução da entrevista, pois tinha receio de interromper a linha de pensamento que o sujeito estava seguindo.

Ao poder dividir esses anseios, dificuldades e sentimentos com a orientadora, fazer os ajustes necessários na condução da entrevista, consegui dar continuidade as entrevistas de maneira mais segura e confiante, possibilitando o desenvolvimento de uma escuta mais atenta, sem me preocupar com possíveis intercorrências.

Destaco o quanto foi difícil escutar esses homens, deparar-me com histórias de sofrimento e situações decorrentes do mundo da vida do suicida. Além disso, fazer parte de uma família que sofreu com uma situação de suicídio, fez-me em vários momentos nos encontros com os entrevistados, ou sozinho, ouvindo, os depoimentos me sentir triste e pensante. Enfim, pelo movimento empático compreendi que este contexto vivencial pode ser comum a muitos homens, mulheres e famílias que como eu se relacionam no mundo da vida.

Vivenciei um sofrimento como pesquisador em ouvir situações biográficas e bagagens de conhecimento de situações de sofrimento psíquico. Assim, foi necessário despir-me dos meus pressupostos, preconceitos, pontos de vistas e contextos, e compreender que cada encontro empático era singular e que apesar de acreditar que estava preparado para o encontro, cada história compartilhada elucidava sentimentos e sensações diversas no meu ser existencial.

Ainda nesta etapa, à medida que fui ouvindo e transcrevendo as entrevistas, foi possível chegar aos motivos da ação suicida, expressos nos depoimentos dos homens, que remeteram para o modo de agir dos mesmos, tendo possibilitado uma aproximação com o mundo da vida cotidiana desses sujeitos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no CAPS, com exceção de um sujeito que preferiu ser entrevistado no domicílio. O horário das entrevistas foi definido com cada participante, sendo que as mesmas foram encerradas no 11º encontro, no momento em que foi percebido a repetição acentuada das informações nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, visto que o interesse que se busca é a variação e a amplitude do fenômeno e não a sua quantificação (CAMATTA, 2008).

4.7 Análise das informações

Ao se encerrar as entrevistas, ouvi novamente cada depoimento, com o intuito de compreender o contexto da mensagem trazido por cada participante. Neste momento, tive a oportunidade de resgatar o encontro singular e de subjetividade que tive com cada sujeito. Os depoimentos foram transcritos de maneira atenta, tendo como perspectiva o objeto do estudo e a busca pela compreensão dos motivos da ação suicida por homens usuários de álcool e outras drogas.

Para a análise compreensiva dos depoimentos utilizei os passos elaborados por Tocantins (1993, 1997) e Schneider (1996) e adaptados para compreender os motivos porque dos homens usuários de álcool e outras drogas que realizaram a ação de tentativa de suicídio à luz do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.

Assim, cumpri as seguintes etapas: leitura dos depoimentos para captar a situação vivenciada e os motivos porque dos homens tentarem suicídio; identificação de categorias concretas que abrigam o ato dos sujeitos; releitura dos depoimentos para selecionar e agrupar trechos que contivessem aspectos significativos semelhantes da ação dos sujeitos; a partir das características típicas dos depoimentos, estabeleci o significado da ação dos sujeitos, buscando descrever o típico da ação dos homens que realizaram a tentativa de suicídio, representando a essência, o que é comum a esse grupo social. Os resultados foram interpretados por meio das concepções da sociologia fenomenológica (SCHÜTZ, 1974; 1979; 2012).

Além disso, foi utilizado símbolos para facilitar o entendimento do texto, ao quais foram: [...] – utilizado reticências entre em um trecho incompreensível no depoimento, ou

que fogia da linha de raciocínio que o homem estava verbalizando e; ... – utilizado reticências no fim de uma frase quando o entrevistado não conclui a mesma, sem comprometer o sentido expresso por ele. Para facilitar a leitura dos depoimentos, algumas palavras e expressões foram suprimidas do corpo do texto, como “né!”, “sabe!”, “aham!”, “hum!”, “entende!”, “digamos assim!”, entre outras, sem alterar o seu sentido no contexto do depoimento. Busquei preservar nos depoimentos a linguagem coloquial utilizada pelos entrevistados.

5 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS HOMENS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O momento da vida de um homem é a situação biográfica determinada que ele se encontra, seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição, em termos de espaço físico e tempo exterior, de status e papel dentro do meio social, de posição moral e ideológica (SCHÜTZ, 1979).

Situação biográfica para Schütz, diz respeito a um indivíduo que atravessou uma longa cadeia de experiências vividas anteriormente, onde tanto o conteúdo como a sequência dessas experiências são exclusivos dele. Assim, subjetivamente, dois homens jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma. Acima de tudo, cada um chegou a essa atitude atual tendo em mente seus próprios propósitos e objetivos e avalia de acordo com isso; e esses propósitos e avaliação correspondentes estão enraizados no seu passado, na história singular de sua vida (SCHÜTZ, 1979).

Nesta perspectiva, busquei nos depoimentos, organizar as informações verbalizadas pelos homens, pautadas em seus estoques de conhecimento, que os situassem em seu mundo da vida cotidiana e em suas relações sociais, ou seja, em sua situação biográfica determinada:

H1. VINGATIVO - 45 anos de idade, completou o Ensino Médio, divorciado, tem um casal de filhos, não está trabalhando, encontra-se ocupado com o tratamento semi-intensivo no CAPS e nos grupos de Alcoólicos Anônimos (AAs). Não há história familiar de suicídio, realizou tentativa de suicídio em alguns anos atrás. Trabalha desde os sete anos de idade, começou a beber quando entrou no quartel, a bebida era presente em todos os seus empregos, seu cotidiano se resumia em trabalhar e beber. Os anos foram passando, e a bebida continuava presente em sua vida. Foi deixando a família de lado, se afastou da Igreja devido a dependência de álcool, com isso, separou-se da mulher e deixou a casa para ela e os filhos.

H2. CORAJOSO - 39 anos de idade, estudou até a quinta série do Ensino Fundamental, é solteiro, não tem filhos e trabalha com biscate e, está envolvido com o tratamento intensivo no CAPS. Tem histórico

de suicídio na família. Realizou várias tentativa de suicídio, sendo a primeira com vinte e três anos e a última há pouquíssimo tempo. Começou a trabalhar desde a infância, junto com o trabalho começou a ingerir álcool e posteriormente drogas. Depois que se tornou alcoolista começou a ficar triste, pois queria parar de beber e não conseguia. Perdeu muitas coisas, e tornou-se um escravo do álcool.

H3. BAIXA AUTOESTIMA - 35 anos de idade, estudou até a quarta série do Ensino Fundamental; solteiro, mas vive com outra pessoa; tem filhos; ocupa-se com os serviços de casa e com o tratamento semi-intensivo no CAPS. Há história familiar de suicídio; realizou tentativa de suicídio há um tempo atrás. Teve uma infância com muita cobrança, uma relação perturbada com seu pai, foi crescendo e começou a usar álcool e drogas, com isso teve que deixar a casa da família, pois seu pai não o aceitava, com o tempo casou e depois se separou da mulher com quem teve filhos, não conseguindo assumir a paternidade, por ser dependente químico. Com a separação, entrou em conflito com muita coisa, atirou-se mais no álcool.

H4. NÃO SE RECONHECE - 42 anos de idade, possui Ensino Superior, solteiro, universitário, não tem filhos. Há história familiar de suicídio, realizou duas tentativas de suicídio em alguns anos anteriores. Realiza acompanhamento não-intensivo no CAPS. Ao longo da vida foi se tornando dependente de álcool e sempre teve dificuldades para dialogar com os pais, além de não ser ouvido por eles. O álcool acabou com a sua vida, já andou nas ruas como mendigo, comendo comida do lixo, pedindo esmola e alcoolizado.

H5. INÚTIL - 50 anos de idade, estudou até o segundo ano do Ensino Médio, solteiro, não tem filhos. É aposentado, mas está se ocupando com jardinagem. Faz acompanhamento não-intensivo no CAPS. Tem história familiar de suicídio, realizou a tentativa de suicídio há alguns anos atrás. Na adolescência entrou no mundo do álcool, da maconha e da cocaína. Esteve em desespero por não

conseguir deixar de usar álcool e as outras drogas, não sabia que a dependência dessas substâncias se tratava de uma doença. Ao longo da vida, teve relações conflituosas com a família, de preconceito e discriminação devido a dependência química e as questões da sua homossexualidade.

H6. RAIVA DE SI - 48 anos de idade, estudou até o primeiro ano do Ensino Médio. É casado, tem três filhos, trabalhou como porteiro, foi instalador de linhas telefônicas, vigilante. O consumo de álcool sempre esteve presente no seu cotidiando de vida. Já esteve internado no hospital e fazendas terapêuticas para tratamento. No momento está envolvido com tratamento semi-intensivo no CAPS e sobrevivendo com o auxílio doença. Não há histórico familiar de suicídio, realizou tentativa de suicídio há alguns anos atrás. Acha-se um homem muito reservado, vê as coisas erradas e guarda muito para si, tem dificuldade para desabafar alguém, sente muita de raiva si, por se achar fraco e por ter se tornado um dependente químico.

H7. DEPRIMIDO - 42 anos de idade, estudou até a quinta série do Ensino Fundamental. É solteiro, não tem filhos e trabalha como pedreiro. Não há história familiar de suicídio. Realizou várias tentativas de suicídio, a última tentativa aconteceu há pouco tempo. Ao longo da sua vida teve muitas perdas, dentre elas, a de sua mãe ainda na infância e a morte de sua companheira na vida adulta, o que despertou o início do consumo de álcool. Já esteve várias vezes internado no hospital devido a dependência de álcool e as tentativas de suicídio, além disso, faz acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no CAPS. Relata ser emotivo e ansioso. Não gosta de ficar sozinho, pois pensa muita besteira e tem ideação suicida.

H8. TRISTE - 24 anos de idade, estudou até a sétima série do Ensino Fundamental, é presidiário em regime fechado e realiza acompanhamento não-intensivo no CAPS. É solteiro, não tem filhos, e trabalhava como autônomo. Não há história familiar de suicídio.

Realizou sua última tentativa de suicídio há pouco tempo atrás. Teve uma infância difícil, com dificuldades financeiras ao lado de sua mãe, não teve muitas oportunidades na vida. Ao longo dos anos foi conhecendo a malandragem e usando álcool e outras drogas, vendeu muitas coisas de dentro de casa para pagar as dívidas do consumo de drogas. Sentia muito nojo de si próprio, por fazer serviços para o tráfico de drogas, por ser dependente de álcool e drogas, por dar trabalho para sua mãe, e por muitas vezes não conseguir se sustentar.

H9. ANGUSTIADO - 42 anos de idade, estudou até a oitava série do Ensino Fundamental, trabalha como marceneiro. Esta realizando tratamento não-intensivo no CAPS. É casado e tem uma filha. Não há história familiar de suicídio, realizou tentativa de suicídio já a algum tempo. O consumo de álcool sempre fez parte do seu cotidiano de vida, antes do casamento sentia-se muito sozinho. Após o casamento diminuiu a solidão, mas continuou a consumir álcool e com isso, tornou-se violento e agressivo com sua esposa, a presença de sua filha fez com que ele busca-se acompanhamento no CAPS.

H10. SEM IDENTIDADE - 26 anos de idade, completou o Ensino Médio. Atualmente é aposentado (recebe benefício), canta na Igreja, é ministro da eucaristia, faz trabalhos voluntários com os idosos e é secretário da Igreja. Esta solteiro e não tem filhos. Não há histórico familiar de suicídio, realizou a tentativa de suicídio duas vezes há alguns anos. Teve uma infância conturbada, desde os seis anos de idade sofreu abuso sexual dos irmãos mais velhos e teve algumas situações de abuso no colégio também. Essas situações da infância repercutiram fortemente na adolescência e na vida adulta. Com o passar do tempo, foi fechando-se no seu mundo, na sua solidão, no seu eu, e começou a usar álcool e outras drogas, mais tarde desenvolveu esquizofrênia. Esteve internado e hospital psiquiátrico algumas vezes pelo abuso de drogas e por tentativas de suicídio. No momento faz acompanhamento não-intensivo no CAPS.

H11. COVARDE - 47 anos de idade, estudou até a sexta série do Ensino Fundamental. Trabalha como cozinheiro, mas atualmente está encostado. É divorciado e tem filhos. Há histórico de suicídio na família e realizou tentativa de suicídio há algum tempo atrás. Sempre teve problemas com álcool, diante do abuso desta substância ao longo da sua vida teve muitas perdas e estas desencadeavam mais abuso de álcool. Já teve algumas internações e atualmente faz acompanhamento não-intensivo no CAPS e luta para viver, se aproximar de alguns integrantes da família e se manter em abstinência de álcool.

6 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

6.1 Construção das categorias concretas do vivido

A construção das categorias concretas do vivido foi realizada pelo agrupamento dos depoimentos dos homens usuários de álcool e outras drogas que realizaram ação da tentativa de suicídio. Após identificar estas categorias na análise, buscou-se a compreensão dos motivos *porque* expressos na vivência dos homens que tentaram suicídio, à luz do referencial teórico filosófico da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz (1979; 2012).

Na busca dos motivos *porque* que expressaram a atribuição dos homens ao realizar a tentativa de suicídio foi desvelado as seguintes categorias:

- *Tentativa de suicídio pelo uso de álcool e outras drogas*
- *Tentativa de suicídio pelas situações do mundo da vida familiar*
- *Tentativa de suicídio por sentimentos vividos no cotidiano*

6.1.1 Categoria concreta 1: Tentativa de suicídio pelo uso de álcool e outras drogas

Eu comecei com onze pra doze anos, a minha infância, a minha adolescência, foi jogada no álcool e na droga, só que meus pais não percebiam, eu era mais forte, mais resistente quando mais novo, a minha irmã foi descobrir que eu usava droga quando eu tinha dezessete anos. [...] Eu entrei em conflito com muita coisa, me separei, me atirei mais no álcool, as várias tentativas é por pensar, ou eu tiro a minha vida ou eu tento tirar a vida dos outros, então é melhor tirar a minha vida. (H3. Baixa Autoestima)

[...] A pessoa nasce para ser uma couve-flor, ela vai se abrindo, vai crescendo e abre suas folhas e eu fui um repolho, eu fui crescendo e fui me fechando no meu mundinho, daí veio a esquizofrenia, dependência química, depressão, transtorno bipolar [...] eu não tinha mais voz, eu não tinha mais vez, [...] eu não tinha mais visão de nada, a minha vida estava uma droga, eu só pensava em usar droga. (H10. Sem Identidade)

Para tentar o suicídio, foi quando eu estava mais alcoolizado. [...] Eu ficava bebendo e sempre com aquilo na cabeça (AFASTAMENTO DA IGREJA) [...] começou a me dar um desespero, e quando me dava esse desespero eu tomava um álcool, e junto com o álcool, vinha a raiva de pensar que eu era o certo, e porque que estava acontecendo aquilo comigo, daí já pensava que era alguma coisa de feitiçaria, alguma coisa que tinham feito, por eu ter deixado de ir na Igreja.(H1. Vingativo)

Eu sou um cara reservado, eu vou vendo as coisas erradas e fico pra mim, não desabafo com ninguém, naquela ocasião eu tinha ingerido álcool, daí a primeira coisa que veio para eu não agredir a minha família, não agredir ninguém, não bater na minha esposa, eu tentei me suicidar. [...] É através da bebida, através do álcool mesmo, se não botar álcool na boca, eu fico quieto, fico quieto mesmo. [...] Tinha horas que me dava depressão dentro de casa, estava muito bem conversando, e quando vão me procurar, eu estou no quarto chorando, sozinho, deprimido, pensando, [...] pensando na minha vida, o porque que eu cheguei nesse ponto, o porque cheguei ao ponto de tirar a minha própria vida...é através do álcool. (H6. Raiva de Si)

Nas tentativas de suicídio o que acontecia é que as vezes me dava uma vontade de não ver mais ninguém, bebia bastante e qualquer coisinha que eu bebia assim, me dava uma coisa na cabeça. Eu me sentia angustiado, com nojo de tudo, de viver, de comer, eu tomava um álcool, só cerveja que eu tomava e pegava o carro e saía em alta velocidade [...] Eu não podia beber, daí eu bebia duas ou três cervejas e já ficava alterado, qualquer coisinha que tu me olhava de atravessado eu já queria briga contigo, eu brigava, ficava nervoso e acabava arrebatando na esposa, quase matei ela, eu só não to prezo hoje por causa da família. (H9. Angustiado)

Eu pra mim foi a depressão, eu moro sozinho e começo a beber,

beber, beber direto e aí, antes de tentar o suicídio, esse último aí, eu fiquei uma semana pensando em me suicidar e eu começo a beber e não tem como escapar. (H7. Deprimido)

Na primeira tentativa [...] me deu uma louca, saí correndo atrás de bebida e não tinha bebida [...] daí eu voltei e cravei a faca no meu braço [...] depois me tranquei no banheiro e me disseram, se eu te der bebida tu larga a faca? Daí, eu disse que se me derem bebida eu largava a faca, daí me deram uma quantidade exorbitante de bebida [...] A loucura da falta do álcool era tanta, que eu chegava, pegava a faca, ou revolver e fazia o ato, era muita loucura no momento, muita loucura devido ao álcool. (H4. Não se Reconhece)

[...] Foi no momento que eu estava bebendo, a bebida fica forte e a gente já começa a ficar tonto, daí eu fui usar crack, fuma pedra, daí comecei a fumar duas, três e já estava acabando e quando vi não tinha dinheiro e fiquei batendo cabeça pra ver o que eu ia fazer pra arrumar dinheiro e começa aquela ansiedade, nervosismo, parece que a gente fica num tremelico só e aqueles pensamentos que vai e vem, faz isso, faz aquilo e as vezes eu acabava vendendo alguma coisa de dentro de casa mesmo. (H8. Triste)

[...] Depois que eu me tornei um alcoólatra verdadeiro, que antes de conhecer a droga eu só bebia [...] eu queria parar, mas não conseguia. Virei um escravo do álcool. Eu praticamente bebia pra dormir e acordava pra beber, era a minha função. Então, me dava muita tristeza eu me batia demais, perdi o meu primeiro relacionamento por causa da bebida. E, eu tentei, tentei me matar. (H2. Corajoso)

[...] saí fora colégio sem nunca ter rodado, entrei no mundo da bebida, e já veio a maconha, a cocaína, aí eu fiquei praticamente quinze anos quase que usando direto álcool e cocaína, álcool e cocaína, que chegou a um ponto assim que eu me via num desespero

que eu queria parar e não conseguia.[...] Os motivos era que eu achava que a vida sem o álcool e sem a droga não era vida [...] pensava que a vida não teria sentido sem o álcool e sem a cocaína. O que se passava na minha cabeça naquele momento que era a única saída, eu não tinha mais saída, nunca mais eu seria uma pessoa normal, então eu achava melhor fazer isso para acabar com o sofrimento, por não conseguir se achar uma pessoa normal. (H5. Inútil)

Quando eu bebia, eu me transformava num leão, num macaco e num porco. Num leão porque eu brigava em casa, batia na minha ex mulher. O porco, porque chegava um ponto que eu tava na sarjeta, e o macaco porque quando eu estava no bar e todo mundo ria de mim e chegava no ponto de eu entrar em depressão que o álcool levou a essa depressão e eu achava que não adiantava mais[...]A primeira vez da tentativa de suicídio foi quando eu tive a primeira recaída, eu levei dois anos pra ingerir o primeiro gole, que o meu problema é só com o álcool e eu tava com dois anos e um mês, e eu tive a primeira recaída. (H11. Covarde)

O uso de álcool e outras drogas juntamente com situações que aconteceram no mundo da vida e na situação biográfica de cada homem se fizeram presente como motivações para realizarem da ação suicida. A ingestão de álcool e outras drogas, o sintomas de abstinência, a culpa da recaída, a autoagressão, a heteroagressão, a desesperança em relação a dependência e ao sentido da vida, bem como, a dificuldade nas relações sociais e familiares foram os principais pontos referenciados pelos participantes.

6. 1. 2 Categoria concreta 2: Tentativa de suicídio pelas situações do mundo da vida familiar

[...] Quando era pequeno, o finado pai fazia uma mesa grande assim e se reunia todos os irmãos pra almoçar, jantar. [...] Tive sempre uma boa criação. Meu pai me tirou do colégio para eu trabalhar porque ele não podia caminhar e não podia fazer serviços braçais. Eu

comecei a trabalhar muito cedo, com doze anos de idade. [...] Eu praticamente não tive infância. Eu comecei a beber muito cedo também. Comecei a trabalhar e comecei a tomar cerveja, uísque...[...] Meus familiares foram me abandonando, ou melhor, eu fui abandonando eles e acabei sozinho [...] e muitas vezes eu entro em depressão, bebo, uso drogas e me bate uma vontade de terminar, acabar com tudo, com esse sofrimento todo que a minha vida virou [...]Hoje, nem serviço não arrumo mais, minha família se afastou de mim, eu perdi, eu acho que perdi tudo, única coisa que falta perder e a minha vida (H2. Corajoso)

[...] Eu tive uma vida não muito boa, eu sofri muito nas mãos do meu pai, meu pai me batia muito, e eu era muito cobrado [...] Primeira vez que eu bebi, eu bebi bastante, eu fiquei na casa de um amigo meu, [...] e já fiquei morando na casa dele, porque lá em casa o meu pai não me aceito, daí o meu pai tentou me bater, mas daí eu não deixei ele me bater, eu já tinha me alistado no quartel. Não, em mim não bate mais não, chega, agora parou.[...]Eu me separei da mulher que eu tive filhos com ela. Só que por desgraça, ela colocou outros nome e sobrenome de outros pais. Achou que eu não tinha compostura de ser pai dos filhos dela. Então, daí tudo isso aí foi gerando um conflito dentro da minha cabeça. Eu ser pai, mas não poder ser pai. Tu ter filhos, mas ao mesmo tempo parecer que não tem.[...] É como se a minha vida não valesse nada [...] eu não me sentia com nenhum prestígio, sem serviço, fora de casa. [...] Eu pensava que ser adulto era muito simples. Eu tinha que ter como me sustentar, ter a minha sustentabilidade sem contar com pai, mãe e irmãos. (H3. com baixa autoestima)

[...] Sofri abuso desde os seis anos de idade dos meus dois irmãos, abuso sexual. [...]E eu fui me embolando, fui virando uma bola de neve. Começou com aquilo (ABUSOS) e pensei que alguém ia fazer comigo [...] Eu fugia e me trancava. E, eu sonhava com aquilo (ABUSOS), [...] porque isso me deixou frágil demais, como se eles

fossem me bater, me estuprar [...] Daí, começou os delírios, e fui me prendendo, prendendo, prendendo, prendendo, até que eu explodi, surtei e tentei suicídio,. [...] a esquizofrenia que me levou ao suicídio. (H10. Sem Identidade)

Eu tive há um tempo atrás [...] uma esposa, e ela morreu tragicamente acidentada e estava grávida de oito meses, depois daí eu comecei a beber e ficava só em casa, tentei me matar cinco vezes [...]. Quando eu começo a lembrar muito disso aí, me vem na cabeça de tentar suicídio [...] eu tenho uns sonhos bobos de noite [...] sonhei duas ou três vezes com a minha ex mulher, eu me sinto culpado por isso aí tudo.[...] (H7. Deprimido)

[...] Fui me aprofundando no álcool, sem sentir que estava afetando a minha família [...] já começavam a ver o jeito que eu chegava em casa, mas nunca cheguei a bater em nenhum dos meus filhos e nem na minha ex esposa. [...] Começou a ter cobranças da minha ex esposa, tu só bebe, tu só trabalha, e não tira espaço pra família [...] depois do serviço eu ia pro bar beber e no final de semana eu passava bebendo e jogando futebol, então, realmente eu constatei que faltava alguma coisa pra família[...] e começava aquela discussão, daqui, dali e começou afetar os filhos também e o álcool sempre no meio, [...] eu já estava bem afim de me separar...[...] Saí de casa [...] só com a roupa [...] alcoolizado, e dali uns três dias eu voltei [...] e me deparei com um caminhão já na frente da minha casa, fazendo a minha mudança sem a minha autorização[...] Então depois de um tempo, eu comecei a pensar em tudo, passei noites bebendo e eu entrei em parafuso [...] fiquei desesperado, me deu um branco e me veio na cabeça que eu tinha que saber onde que estava a minha ex-mulher com os meus filhos e onde estava os móveis da casa, eu me preocupava com a minha ex-mulher e meus filhos [...] e aí, pensei em me suicidar mesmo.(H1. Vingativo)

[...] Eu acho que foi mais pra chamar atenção dos dois (PAI; MÃE),

que não davam atenção a mim [...] eu não medi as consequências porque eu estava alcoolizado. (H4. Não se Reconhece)

[...] Nas tentativas de suicídio o que acontecia é que as vezes me dava uma vontade de não ver mais ninguém (FAMÍLIA), qualquer coisinha que eu bebia, me dava uma coisa na cabeça (H9. Angustiado)

[...] Eu me identificava assim como uma pessoa inútil para sociedade e um incomodo para a família. Eu achava que com essa atitude eu daria paz pra eles (FAMÍLIA), já que eles achavam que o problema era todo eu. Então, eu pensava que com essa minha atitude eu tiro o meu sofrimento e acabava com sofrimento deles também. (H5. Inútil)

[...] Tô cansado de tá me incomodando com os outros. As pessoas já tão cansadas. A minha mãe já esta cansada, o meu filho. Eu pegava e pensava: vou me atirar. Aí, não incomodo mais ninguém. Isso aí a gente pensa, primeira coisa que a gente pensa. (H11. Covarde)

[...] Tentei montar um negócio pra mim e pra minha família e não deu certo. Perdi dinheiro naquilo ali, e não veio na hora outra alternativa, a não ser, tentar me suicidar [...] se não fosse pelo dono da sucata chegar na hora, não sei, eu já estava com a corda no pescoço e ele chegou me agarro. Fiz sem avisar dentro de casa, fui lá pra onde eu estava montando o negócio e vi que não ia dar certo e tentei me suicidar.[...] Pra não machucar a minha família, não bater na minha esposa, nos meus filhos eu prefiro eu sair machucado. (H6. Raiva de Si)

[...] Pensar no meu no meu passado me da muita tristeza [...] minha vida não foi tão fácil [...] Foi uma vida de mais baixos do que altos, daí conheci um pouco da malandragem [...] e acabei usando droga, vendendo as coisas da casa da minha mãe [...]E eu pensei o que eu quero aqui, incomodando direto a minha mãe, fazendo ela ficar mais velha cada dia mais, doente também, então vou tirar a minha vida de

uma vez, acabar com esse sofrimento pra minha mãe.[...] Na minha família sempre fomos eu e a minha mãe, sempre fomos eu e ela e não éramos muito bem financeiramente, as vezes, eu me sentia meio triste quando via os outros ter as coisas[...]Eu ficava pensando nas vendas que eu fazia das coisas da minha mãe e a minha mãe não tem nada e eu vendendo, me batia um arrependimento, foi isso que me forçava a me matar.(H8. Triste)

A categoria desvelou que os motivos porque da tentativa de suicídio está relacionado com situações do mundo da vida familiar. Nesta está presente as situações vividas na infância indo ao encontro da vida adulta em que definem a posição social de homem enquanto ser no mundo que vivenciou e experienciou lembranças, perdas, traumas, auto e heteroagressão, dependência de álcool e outras drogas e insucesso de sustentabilidade e desempenho de papéis. Os homens participantes desta pesquisa revelaram que a desesperança ao estar no mundo, as relações conturbadas no âmbito familiar, a falta de atenção, diálogo, escuta e a dependência química neste âmbito, contribuíram para estes homens sentirem-se como um incomodo para a família, assim, com a ação suicida eles acabariam com o sofrimento familiar. A tentativa de suicídio também se mostrou como um ato de proteção destes, aos demais membros da família, pois, para não agredir a família é preferível se autoagredirem.

6. 1. 3 Categoria concreta 3: Tentativa de suicídio por sentimentos vividos no cotidiano

[...] Eu me sentia com a autoestima muito baixa com a vida e com todo mundo, principalmente comigo mesmo. [...] A gente quando pensa em suicídio é porque não esta boa a vida. Tudo tá ruim! A pessoa só pensa em tirar a própria vida, em pensamento muito ruim, mas contra si mesmo. [...] Ela pratica coisas mau, com pessoa de mesma afeição, e chegou a um ponto que na vida a pessoa tem que ter uma decisão, tem que fazer uma opção, como eu tentei. [...] O suicídio é uma bolinha de neve, bem feita, começa pequenininha, mas lá dentro da cabeça da pessoa é muito grande, não é fácil distorcer o pensamento... [...] Isso aí (TENTATIVA DE SUICÍDIO) vem por sentimentos amorosos, a gente vai pensando, pensando, e a bebida e a droga já tornam isso mais fácil e eu não sei [...] já pensava em

morrer por causa do próprio vício [...] Essas ideias começou a vim pelos ciúmes, eu tive esse problema [...] eu aprendi a controlar esses impulsos, esse sentimento que faz corroer a gente por dentro. (H3. Baixa Autoestima)

[...] É só o caso de eu ser retrancado, de eu ver as coisa errada e ficar aguentando, aguentando, e o momento que eu bebo eu fico louco dentro de casa, fico louco. [...]O único errado sou eu mesmo, todas as tentativas que eu fiz, foi por motivos meu mesmo, de raiva de mim mesmo [...] De eu ter ficado dependente químico, eu não queria ter ficado assim, ninguém quer ficar assim dependente, e misturado com as situações que acontecem, gera essa raiva em mim mesmo. (H6. Raiva de Si)

[...] Outra coisa que eu nunca aceitei também foi o homossexualismo na época, hoje eu aceito normalmente, mas na época eu não aceitava, eu não me aceitava, então, acho que foi uma das coisas que me levou a pensar no suicídio também. Primeiro foi o álcool e a droga e depois pensar nessa questão do homossexualismo, porque eu não me aceitava. (H5. Inútil)

[...] O que tive foi decepção amorosa, eu tive uma noiva, aí depois eu tive um relacionamento com uma pessoa que não deu certo também... O alcoolismo nos leva a gente se tornar uma pessoa agressiva, não aceita muita coisa...eu não sei perder. Se não deu certo, eu achava que bebendo eu ia resolver [...] ia trazer ela de volta. Era só pra chamar atenção dela (NOIVA). Mas eu não vou botar culpa na minha noiva, quando eu perdi ela [...] o fraco sou eu, o fraco sou eu , o doente sou eu, acho que isso aí (TENTATIVA SE SUICÍDIO) é momentos de fraqueza, de covardia. (H11. Covarde)

[...] No momento que eu ficar sozinho me dá aquele negócio assim (IDEAÇÃO SUICIDA), eu passo a pensar besteira, eu tenho que ter alguém pra conversar, se não tenho ninguém pra conversar daí não

tem como escapar[...] porque daí eu tenho aquela sensação, aquela vontade de me matar. (H7. Deprimido)

[...] Um dos meus motivos foi ficar na solidão, quando tu fica sozinho, os amigos se somem tudo, eu não tinha mais amigos, aí eu ficava bebendo, e bebendo e enchia a cara e pegava o carro e saia bem louco.(H9. Angustiado)

[...] Eu tentei o suicídio porque eu não tinha mais amigos porque eu era inimigo de todo mundo [...] porque eu não conseguia mais sobreviver, pra mim não tinha mais jeito...(H10. Sem identidade)

[...] Pensava em tudo aquilo que eu tinha perdido e pensava que já tinha ouvido notícia de uma morte aqui, outra ali e vinha na minha cabeça (SUICÍDIO) [...] daí tomei, tomei, tomei e deitei de novo naquele garrafão, daí baixou a depressão. Eu me sentia um homem vingativo, achando que eu me suicidando eu ia deixar uma lembrança que eu tinha me matado por terem tirado o que era da minha casa sem a minha autorização. (H1. Vingativo)

[...] o álcool acabou com a minha vida, eu estava no meio da rua, num sofrimento, vivendo com os mendigos, pedindo esmola, comendo comida pra cachorro, e eu tenho terceiro grau completo [...] e eu pedia esmola na rua, comendo comida pra cachorro, e aí tudo muda na tua vida, tu fica louco e vai te afundando e tu vai lá no fundo do poço. (H4. Não se reconhece)

[...] Porque é uma tristeza tão grande, um vazio tão grande que tu não tem a quem recorrer, [...] tem horas que bate a vontade de me matar, de acabar com tudo, de acabar com esse sofrimento. [...] É uma tristeza muito grande que me dá, é um vazio que me leva tentar o suicídio. (H2. Corajoso)

[...] Me sentia um cara triste, infeliz [...] me sentia longe de mim mesmo e as vezes eu pensava o que que tem dentro de mim que me leva a isso, [...] me sentia anojado comigo mesmo, nunca fiz nada certo mesmo, então vamos acabar com isso de uma vez. (H8. Triste)

Nesta categoria, os homens verbalizaram os sentimentos que tiveram ao realizar a tentativa de suicídio, bem como, a relação destes no momento da ação. Os sentimentos de solidão, tristeza e desesperança em relação ao sentido na vida partiram das relações interpessoais ou da falta destas relações no mundo da vida. A baixa autoestima, ser introspectivo e ter influência de pensamentos negativos foram os sentimentos singulares constituídos a partir da história de vida de cada sujeito. A culpa, a fraqueza e a covardia, partiram de sentimentos que emergiram junto a dependência de álcool e outras drogas. Os sentimentos de aceitação, vingança, infelicidade, decepções amorosas e ciúmes se mostraram ligados as relações afetivas em meio familiar.

7 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Neste momento, passo a desenvolver a interpretação compreensiva das três categorias concretas, para tanto, remeto-me aos motivos atribuídos à tentativa de suicídio por homens usuários de álcool e outras drogas. As categorias concretas emergiram do agrupamento de convergências dos motivos *porque* identificados nos depoimentos. Para tanto, utilizo o referencial da sociologia fenomenológica e de alguns referenciais em saúde mental, mais especificadamente, relacionados ao suicídio.

Desvelou-se que o uso de álcool ou outras drogas juntamente com situações vividas no mundo social destes homens com seus pares e/ou familiares foram elementos facilitadores para motivar uma ação suicida. Ao verbalizarem tais motivos para tentativa de suicídio, se fez presente a situação biográfica dos homens, que destaca o momento da vida em que ele se encontrava, as interferências das suas experiências passadas, constituindo um processo transitório e dinâmico da vida destes homens.

No mundo da vida, o indivíduo nasce em um mundo que já existia antes de seu nascimento e que, logo de partida, não é um mundo simplesmente físico, mas também um mundo sociocultural. Esse último é um mundo pré-organizado e pré-constituído, cuja estrutura particular é o resultado de um processo histórico e diferente em cada cultura ou sociedade (SCHÜTZ, 2012).

Neste mundo social no qual o homem nasce e tem de achar um caminho por ele experienciado com uma estreita rede de relações sociais, de sistemas de signos e símbolos, com sua estrutura de significados particular, de formas institucionalizadas de organização social, de um sistema de *status* e prestígio (SCHÜTZ, 2012). Para constituir um status em meio social, o homem busca por meio de hábitos e práticas uma maneira de interagir em sociedade.

O uso de álcool e outras drogas ao longo da história tornou-se uma prática social adquirida pelos homens. Ela acompanha a história da humanidade ao longo dos tempos, passando lentamente de um uso ritualístico, com finalidade de transcendência na antiguidade, para o consumo contemporâneo de busca de prazer, alívio imediato de desconforto físico, psíquico ou de pressão social, estando presente em todas as classes sociais (ORTH; MORÉ, 2008).

A utilização de álcool e outras drogas mostrou-se como um costume social construído socialmente, os homens, em especial, tomaram frente a este hábito, como um modo de

interação social. Esse costume constitui a herança social que é transmitida às crianças que nascem e crescem dentro do grupo, em especial aos meninos. Isso acontece porque o sistema de costumes estabelece um padrão em termos do qual o grupo interno “define a sua situação” (SCHÜTZ, 2012).

O sistema de conhecimento adquirido torna-se incoerente, inconsistente e apenas parcialmente claro – assume para os membros do grupo a aparência de coerência, clareza e consistência, conferindo a todos uma possibilidade razoável de compreender e ser compreendido. Qualquer pessoa nascida ou criada dentro do grupo aceita o esquema estandardizado do padrão cultural que lhe é transmitido inteiramente pronto por seus antecessores, como um guia não questionado e inquestionável para todas as situações que normalmente ocorrem na vida social (SCHÜTZ, 2012).

O consumo do álcool, por ser uma droga lícita e aceita, tornou-se um hábito social estimulado aos meninos desde o final da infância. O seu consumo propõe facilitar a interação destes, junto ao grupo social em que está inserido. Além disso, o consumo de álcool proporciona e facilita aos adolescentes o status de “homem” e início da atividade sexual, podendo ser uma provação da masculinidade no grupo social em que se encontra, facilitando a aceitação destes no grupo, cultivando assim uma cultura machista decorrente e constituída há muitos anos.

Cabe salientar, que por vezes, a prática comum relacionada ao consumo de álcool pelos adolescentes, ocorre no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. A sociedade como um todo adota atitudes paradoxais frente ao tema: por um lado, condena o abuso de álcool pelos jovens, mas é tipicamente permissiva ao estímulo do consumo por meio da propaganda (PECHANSKYA; SZOBOTA; SCIVOLETTO, 2004).

Neste sentido, os mesmos tornam-se vulneráveis ao consumo excessivo de álcool e outras drogas e a dependência destas, bem como, a tentativa de suicídio, como referem tais depoimentos:

[...]Eu comecei com onze pra doze anos, a minha infância e adolescência, foi jogada no álcool e na droga, só que meus pais não percebiam, eu era mais forte, mais resistente quando mais novo, a minha irmã foi descobrir que eu usava droga quando eu tinha dezessete anos. [...] Eu entrei em conflito com muita coisa, casei, me separei, e me atirei mais no álcool, as várias tentativas é por pensar, ou eu tiro a minha vida ou eu tento tirar a vida dos outros, então é melhor tirar a minha vida. (H3. Baixa Autoestima)

[...]A pessoa nasce para ser uma couve-flor, ela vai se abrindo, vai crescendo e abre suas folhas e eu fui um repolho, eu fui crescendo e fui me fechando no meu mundinho, daí veio a esquizofrenia, dependência química, depressão, transtorno bipolar [...] eu não tinha mais voz, eu não tinha mais vez [...] eu não tinha mais visão de nada, a minha vida estava uma droga, eu só pensava em usar droga. (H10. Sem Identidade)

O mundo da vida é permeado de vivências, experiências e relações interpessoais, este vivido pode desencadear experiências positivas ou negativas. As relações sociais acontecem por meio de ações dos indivíduos que fazem parte do mundo social e resultam de condutas realizadas com um determinado fim. Essas ações são impulsionadas pela intenção do ator. No caso, os homens ao usarem o álcool ou outras drogas e pensar em suas relações sociais, que na maioria das vezes foram conturbadas e permeadas de aflição, angústia e desespero externalizaram seu sofrimento psíquico por meio da tentativa de suicídio, como referem os seguintes depoimentos:

[...] Para tentar o suicídio, foi quando eu estava mais alcoolizado. [...] Eu ficava bebendo e sempre com aquilo na cabeça (AFASTAMENTO DA IGREJA) [...] começou a me dar um desespero, e quando me dava esse desespero eu tomava um álcool, e junto com o álcool, vinha a raiva de pensar que eu era o certo, e porque que estava acontecendo aquilo comigo, daí já pensava que era alguma coisa de feitiçaria, alguma coisa que tinham feito, por eu ter deixado de ir na Igreja.(H1. Vingativo)

Eu sou um cara reservado, eu vou vendo as coisas erradas e fico pra mim, não desabafo com ninguém, naquela ocasião eu tinha ingerido álcool, daí a primeira coisa que veio pra mim não agredir a minha família, não agredir ninguém, não bater na minha esposa, eu tentei me suicidar.[...] É através da bebida, através do álcool mesmo, se não botar álcool na boca, eu fico quieto, fico quieto mesmo. (H6. Raiva de Si)

Eu pra mim foi a depressão, eu moro sozinho e começo a beber, beber, beber direto e aí, antes de tentar o suicídio, esse último aí, eu fiquei uma semana pensando em me suicidar e eu começo a beber e não tem como escapar. (H7. Deprimido)

[...] bebia bastante e qualquer coisinha que eu bebia assim, me dava uma coisa na cabeça. Eu me sentia angustiado, com nojo de tudo, de viver, de comer, eu tomava um álcool, só cerveja que eu tomava e pegava o carro e saía em alta velocidade. (H9. Angustiado)

Ao longo da vida dos homens, o uso de álcool e/ou outras drogas mostrou-se como uma prática cotidiana e um hábito por eles adotado. Esse que gerava uma angústia após o consumo, pois os homens ao longo de seus depoimentos relatavam que para não descontar a raiva pela dependência nos familiares, optavam pela autoagressão, sendo uma maneira de punição por terem tal hábito, a qual se externalizava por meio da tentativa de suicídio.

Ao sentirem os sintomas físicos e psíquicos da síndrome da abstinência, os homens apresentavam fissura, nome popular mais utilizado do *craving* que inclui sintomas sudorese, ansiedade, hipertensão arterial, taquicardia, tremores, convulsões, podendo, até mesmo, ocorrer um quadro de *Delirium Tremens*, quando são acrescidos delírios e alucinações (ARAÚJO et al., 2004), os homens buscavam estratégias para ter mais álcool e drogas. No entanto, nas situações em que não conseguiam tais substâncias e não encontravam maneiras de diminuir tal ansiedade, acabavam em algumas situações realizando a ação suicida:

Na primeira tentativa [...] me deu uma louca, saí correndo atrás de bebida e não tinha bebida [...] daí eu voltei e cravei a faca no meu braço [...] depois me tranquei no banheiro e me disseram, se eu te der bebida tu larga a faca? Daí, eu disse que se me derem bebida eu largava a faca, daí me deram uma quantidade exorbitante de bebida [...] A loucura da falta do álcool era tanta, que eu chegava, pegava a faca, ou revolver e fazia o ato, era muita loucura no momento, muita loucura devido ao álcool. (H4. Não se Reconhece)

[...] Foi no momento que eu tava bebendo, a bebida fica forte e a

gente já começa a ficar tonto, daí eu fui usar crack, fuma pedra, daí comecei a fumar duas, três e já tava acabando e quando vi não tinha dinheiro e fiquei batendo cabeça pra ver o que eu ia fazer pra arrumar dinheiro e começa aquela ansiedade, nervosismo, parece que a gente fica num tremelico só e aqueles pensamentos que vai e vem, faz isso, faz aquilo e as vezes eu acabava vendendo alguma coisa de dentro de casa mesmo. (H8. Triste)

A partir dos depoimentos dos homens investigados, desvelou-se que o consumo de álcool e outras drogas se fez presente no seu mundo da vida, bem como, nas suas relações sociais, tornando-os usuários. Suas vidas foram vividas junto ao uso destas substâncias e as situações decorrentes do mundo social que faziam parte. Esse mundo vivido por um movimento cotidiano de altos e baixos, acoplado ao uso de álcool ou outras drogas auxiliou na realização da tentativa de suicídio:

[...] Depois que eu me tornei um alcoólatra verdadeiro, que antes de conhecer a droga eu só bebia [...] eu queria parar, mas não conseguia. Virei um escravo do álcool. Eu praticamente bebia pra dormir e acordava pra beber, era a minha função. Então, me dava muita tristeza eu me batia demais, perdi o meu primeiro relacionamento por causa da bebida. E, eu tentei, tentei me matar. (H2. Corajoso)

[...] os motivos era que eu achava que a vida sem o álcool e sem a droga não era vida [...] pensava que a vida não teria sentido sem o álcool e sem a cocaína. O que se passava na minha cabeça naquele momento que era a única saída, eu não tinha mais saída, nunca mais eu seria uma pessoa normal, então eu achava melhor fazer isso para acabar com o sofrimento, por não conseguir se achar uma pessoa normal. (H5. Inútil)

[...] Quando eu bebia, eu me transformava num leão, num macaco e num porco. Num leão porque eu brigava em casa, batia na minha ex mulher. O porco, porque chegava um ponto que eu tava na sarjeta, e

o macaco porque quando eu tava no bar e todo mundo ria de mim e chegava no ponto de eu entrar em depressão que o álcool levou a essa depressão e eu achava que não adiantava mais. (H11. Covarde)

O mundo da vida cotidiana se dá nas vivências dos homens junto ao uso de álcool e outras drogas, no qual ocorrem os relacionamentos com os familiares, os amigos, os vizinhos e com os indivíduos em que eles possuem interação social. Esse cotidiano é visto como o mundo da vida ou mundo da vida cotidiana, enquanto região da realidade em que o homem pode intervir e modificá-lo enquanto ele age nele, mediante seu corpo. Somente nesse âmbito, o homem pode ser compreendido por seus semelhantes e interagir junto a eles. O mundo da vida cotidiana é a realidade fundamental e eminente do sujeito (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2003).

Os homens estudados interviram na sua vida cotidiana consumindo excessivamente o álcool ou outra droga, isolando-se do convívio social, agredindo seus corpos com o intuito de externalizar suas aflições por meio da ação suicida. Neste sentido, buscar compreender os motivos atribuídos à tentativa de suicídio vem ao encontro de uma vida cotidiana constituída por uma bagagem de experiências e situações vividas que contribuíram para estes homens agirem de tal maneira.

No cotidiano dos homens, se fez presente a heteroagressão a suas esposas, namoradas, companheiras, bem como aos seus familiares, vítimas de um comportamento doentio e agressivo devido ao álcool ou demais drogas. A violência contra a mulher, cometida na maioria das vezes pelos próprios parceiros, envolve usuários regulares e/ou eventuais do álcool, sendo que as agressões ocorrem geralmente quando o agressor está sob o efeito do álcool. Dentre os tipos de violência sofrida pelas mulheres, destacam-se as violências psicológicas, físicas e sexuais (ADEODATO et al., 2005).

A violência decorrente do uso do álcool está relacionada principalmente pelas propriedades psicoativas da substância. Do ponto de vista neurobiológico, alguns efeitos do uso nocivo e crônico do álcool – inclui distorção cognitiva e de percepção, déficit de atenção, julgamento errado de uma situação, mudanças neuroquímicas, prejuízo de funcionamento neuropsicológico ou associação com transtornos de personalidade – originam ou estimulam comportamentos violentos (LARANJEIRA, 2004), como expressam:

[...] Eu não podia beber, daí eu bebia duas ou três cervejas e já ficava alterado, qualquer coisinha que tu me olhava de atravessado eu já

queria briga contigo, eu brigava, ficava nervoso e acabava arrebrandando na esposa, quase matei ela, eu só não to preso hoje por causa da família. (H9. Angustiado)

Os depoentes também verbalizaram o sofrimento por terem se tornado dependentes químicos, por não conseguirem manter-se sem o álcool e/ou outra droga. Isso se refere nos depoimentos como um sentimento de fraqueza, de culpa, por ter entrado no mundo da drogadição:

[...] saí fora do colégio sem nunca ter rodado, entrei no mundo da bebida, e já veio a maconha, a cocaína, aí eu fiquei praticamente quinze anos quase que usando direto álcool e cocaína, álcool e cocaína, que chegou a um ponto assim que eu me via num desespero que eu queria parar e não conseguia. (H5. Inútil)

Tinha horas que me dava depressão dentro de casa, estava muito bem conversando, e quando vão me procurar, eu estou no quarto chorando, sozinho, deprimido, pensando, [...] pensando na minha vida, o porque que eu cheguei nesse ponto, o porque cheguei ao ponto de tirar a minha própria vida...é através do álcool. (H6. Raiva de Si)

A primeira vez da tentativa de suicídio foi quando eu tive a primeira recaída, eu levei dois anos pra ingerir o primeiro gole, que o meu problema é só com o álcool e eu estava com dois anos e um mês, e eu tive a primeira recaída. (H11. Covarde)

Ao viver uma história de vida acoplada ao álcool ou outra droga, realizando acompanhamento em serviços de tratamento para a dependência dessas substâncias e em alguns momentos da vida recair e voltar ao consumo de álcool e drogas representou para os homens a demonstração de uma fraqueza, uma desesperança em relação ao tratamento, bem como, ao sentido de suas vidas. Diante disso, os homens referenciaram que estas situações contribuíram para a ação suicida.

Os homens relatam o cotidiano familiar ao longo de sua existência enquanto pertencente ao mundo da vida. A família é a referência básica na formação de uma pessoa,

pois em seu interior ocorrem as primeiras experiências de vínculos e interação social. Na convivência com os familiares, a criança se torna um ser social a partir da mediação dos fatos sociais pelo olhar dos adultos. Esse processo indica a importância desta instituição de raiz na construção da subjetividade dos atores sociais (SCHENKER, 2008).

Por *família* se compreende uma instituição privada, passível, neste mundo pós-moderno, de vários tipos de arranjo, mas basicamente tendo a função de socialização primária das crianças e dos adolescentes (SCHENKER; MINAYO, 2003). Ela é o lugar privilegiado da socialização primária cuja proposição principal é o asseguramento de comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura.

O conjunto familiar se estrutura com laços consanguíneos e de afinidade. Constitui-se como um sistema social complexo formado por diversos subsistemas (marital, o casal, pais e filhos, irmãos, avós e netos, entre outros) que compartilham afetos, normas, valores em um determinado contexto sócio-histórico, econômico e cultural (SCHENKER, 2008).

Os homens verbalizaram algumas situações que perpassaram no contexto familiar, partem de uma infância permeada de situações, imposições, violência física e sexual cometida pelos membros da família, mais precisamente pelos pais e irmãos. Essas situações partiram de um passado que voltou na memória destes no momento de ideação suicida contribuindo para a tentativa de suicídio como refere tais depoimentos:

[...] Quando era pequeno, o finado pai fazia uma mesa grande assim e se reunia todos os irmãos pra almoçar, jantar. [...] Tive sempre uma boa criação. Meu pai me tirou do colégio para eu trabalhar porque ele não podia caminhar e não podia fazer serviços braçais. Eu comecei a trabalhar muito cedo, com doze anos de idade. [...] Eu praticamente não tive infância. Eu comecei a beber muito cedo também. Comecei a trabalhar e comecei a tomar cerveja, uísque. (H2. Corajoso)

[...] Eu tive uma vida não muito boa, eu sofri muito nas mão do meu pai, meu pai me batia muito, e eu era muito cobrado[...]Primeira vez que eu bebi, eu bebi bastante, eu fiquei na casa de um amigo meu,[...] e já fiquei morando na casa dele, por causa que lá em casa o meu pai não me aceitou, daí o meu pai tentou me bater, mas daí eu não deixei ele me bater, eu já tinha me alistado no quartel. Não, em mim não

bate mais não, chega, agora parou. (H3. Baixa Autoestima)

A relação de superioridade dos pais em relação aos filhos é visivelmente destacada nos depoimentos, o que nos mostra a maneira rígida e disciplinar, em que as crianças, no caso, os meninos eram criados na época. Schütz (1979) interpreta que a organização do mundo social constitui a realidade social nas pessoas que nele vivem. Mundo este que não é simplesmente físico, mas também um mundo sociocultural. De forma que em toda parte encontramos hierarquias de superioridade e subordinação, de líder e seguidores, daqueles que comandam e daqueles que obedecem. Também, encontramos um modo de vida que é aceito e que regulamenta as relações com os homens e com as coisas, em todo o lugar há objetos culturais, ferramentas necessárias à dominação do mundo exterior (SCHÜTZ, 2012).

A relação de superioridade e subordinação também se fez presente na relação entre irmãos ainda na infância e/ou adolescência, em que os mais velhos conduzem alguns comportamentos adotados e aprendidos em meio social. Tais atitudes, na maioria das vezes, são veladas pelos atores envolvidos e raramente descobertas pelos adultos responsáveis pelas famílias, como refere:

[...] Sofri abuso desde os seis anos de idade dos meus dois irmãos, abuso sexual. [...] E eu fui me embolando, fui virando uma bola de neve. Começou com aquilo (ABUSOS) e pensei que alguém ia fazer comigo [...] Eu fugia e me trancava. E, eu sonhava com aquilo (ABUSOS), [...] porque isso me deixou frágil demais, como se eles fossem me bater, me estuprar [...] Daí, começou os delírios, e fui me prendendo, prendendo, prendendo, prendendo, até que eu explodi, surtei e tentei suicídio, [...] a esquizofrenia que me levou ao suicídio. (H10. Sem Identidade)

No mundo das relações familiares, o abuso sexual contra as crianças menores é praticado por pessoas conhecidas (familiares, amigos, irmãos, vizinhos, professores etc.) numa estrutura de poder de fato assimétrica. Com efeito, quem "abusa" do outro ocupa uma posição de vantagem, seja porque tem mais idade, seja porque ocupa um lugar de autoridade. Dessa posição de poder, pode aproveitar da vulnerabilidade comparativa maior do menor, usando de vários meios, tais como a chantagem emocional ou a intimidação. Esta forma de violência se dá, via de regra, num contexto dissimulado, em que se realizam os atos sexuais

contra o menor durante muito tempo até o cumprimento de alguma forma de ato sexual (MORALES; SCHRAMM, 2002).

O menor, vítima desse tipo de abuso, entra num estado de angústia porque, em função de sua estrutura psicológica, não consegue contar para terceiros, ou porque, quando consegue contar, ninguém a sua volta dá crédito ao que ele diz. O segredo é, então, conhecido apenas por ele e pelo agressor. Essa condição faz com que ele fique ainda mais sob o poder do agressor, perpetuando a dinâmica do abuso sexual. Quando, finalmente, o menor consegue conversar com alguém que o leve a sério (caso de uma minoria), já se transcorreu muito tempo, e previsíveis consequências do ponto de vista emocional e de estruturação da personalidade (inclusive, em muitos casos, do ponto de vista cognitivo) já aconteceram (MORALES; SCHRAMM, 2002).

As marcas de uma infância conturbada ou até mesmo os traumas da vida adulta ficam na memória de quem as sofre, sendo resgatada ao presente em momentos de aflição e sofrimento psíquico. A situação biográfica única pertence, dentre outras coisas, as lembranças desse mundo, ao alcance do meu passado vivido, mas que já não está no meu alcance no momento em que se muda do Lá (passado) para o Aqui (presente) e as antecipações de um mundo ao alcance que está por vir, que demanda que eu me mova do Aqui para um outro Lá, de modo ao trazê-lo a meu alcance (SCHÜTZ, 2012).

Ao assumir a impossibilidade de alterar o passado, posso trazer o mundo lembrado de meu passado para o meu alcance presente se eu retornar aquele lugar ou aquele momento vivido (SCHÜTZ, 2012). Para Schütz, as marcas são lembretes subjetivos, pessoais, usados por indivíduos para simplificar o seu retorno a uma tarefa anteriormente interrompida, ou para lembrar-lhes alguma coisa (SCHÜTZ, 1979):

Eu tive há um tempo atrás [...] uma esposa, e ela morreu tragicamente acidentada e estava grávida de oito meses, depois daí eu comecei a beber e ficava só em casa, tentei me matar cinco vezes [...]. Quando eu começo a relembrar muito disso aí, me vem na cabeça de tentar suicídio [...] eu tenho uns sonhos bobos de noite [...] sonhei duas ou três vezes com a minha ex mulher, eu me sinto culpado por isso aí tudo. (H7. Deprimido)

As situações vividas no contexto familiar e/ou relações sociais contribuem para os atores envolvidos seguirem alguns caminhos ao longo da vida cotidiana. Os homens do

presente estudo aproximaram-se do consumo de álcool e outras drogas, se tornando dependentes destas substâncias, o que gerou conflitos no contexto familiar.

A drogadição se expressa no indivíduo por meio da conduta adicta que, por sua vez, sustenta o processo da dependência química, constituindo um circuito que se retroalimenta constantemente e que está presente, seja na presença de drogas lícitas as socialmente aceitas, ou ilícitas. Esse circuito uma vez estabelecido, afeta diretamente as relações interpessoais, sendo a família o primeiro e principal sistema, onde se observam as consequências, tanto na saúde de seus membros, como na extrema fragilização das relações familiares (ORTH; MORÉ, 2008), como se mostra a seguir:

[...] Fui me aprofundando no álcool, sem eu sentir que tava afetando a minha família [...] já começavam a ver o jeito que eu chegava em casa, mas nunca cheguei a bater em nenhum dos meus filhos e nem na minha ex esposa. [...] Começou a ter cobranças da minha ex esposa, tu só bebe, tu só trabalha, e não tira espaço pra família [...] depois do serviço eu ia pro bar beber e no final de semana eu passava bebendo e jogando futebol, então, realmente eu constatei que faltava alguma coisa pra família[...] e começava aquela discussão, daqui, dali e começou afetar os filhos também e o álcool sempre no meio, [...] eu já tava bem afim de me separar. (H1. Vingativo)

[...] Eu acho que foi mais pra chamar atenção dos dois (PAI; MÃE), que não davam atenção a mim. Eu não medi as consequências porque eu estava alcoolizado. (H4. Não se Reconhece)

[...] Nas tentativas de suicídio o que acontecia é que as vezes me dava uma vontade de não ver mais ninguém (FAMÍLIA), qualquer coisinha que eu bebia, me dava uma coisa na cabeça (H9. Angustiado)

A família é a base onde se incorporam padrões de comportamento, valores morais, sociais, éticos e espirituais, entre tantos outros, e por constituir-se tão complexa em sua estrutura, composição e função, a família não escapa em vivenciar conflitos múltiplos ao longo de seu ciclo vital (MACÊDO; MONTEIRO, 2006).

Os problemas no cotidiano familiar partem da falta de interação dos homens

investigados junto aos demais membros da família. A falta de diálogo, de voz, de espaço para falar e ouvir, trocar ideias, deixando as relações familiares mais frágeis e distantes. O consumo e/ou a dependência de álcool no âmbito familiar, tornou-se um elemento que propiciava conflitos, discussões e certo distanciamento. Tais situações contribuíram para os homens em questão se sentirem menos integrados ao grupo familiar e sendo assim, o incomodo da família, como referem:

[...] Pensar no meu no meu passado me dá muita tristeza [...] minha vida não foi tão fácil [...] Foi uma vida de mais baixos do que altos, daí conheci um pouco da malandragem [...] e acabei usando droga, vendendo as coisas da casa da minha mãe. [...] E, eu pensei o que eu quero aqui, incomodando direto a minha mãe, fazendo ela ficar mais velha cada dia mais, doente também. Então, vou tirar a minha vida de uma vez, acabar com esse sofrimento pra minha mãe. (H8. Triste)

[...] Eu me identificava assim como uma pessoa inútil para sociedade e um incomodo para a família. Eu achava que com essa atitude eu daria paz pra eles (FAMÍLIA), já que eles achavam que o problema era todo eu. Então, eu pensava que com essa minha atitude, eu tiro o meu sofrimento e acabava com sofrimento deles também. (H5. Inútil)

[...] Tô cansado de tá me incomodando com os outros. As pessoas já tão cansadas. A minha mãe já esta cansada, o meu filho. Eu pegava e pensava: vou me atirar. Aí, não incomodo mais ninguém. Isso aí a gente pensa, primeira coisa que a gente pensa. (H11. Covarde)

[...] Meus familiares foram me abandonando, ou melhor, eu fui abandonando eles e acabei sozinho [...] e, muitas vezes eu entro em depressão, bebo, uso drogas e me bate uma vontade de terminar, acabar com tudo, com esse sofrimento todo que a minha vida virou. (H2. Corajoso)

As relações intersubjetivas vividas no cotidiano familiar foram verbalizadas pelos depoentes como fragilizadas, conturbadas e cheias de altos e baixos. A dependência de álcool

e/ou outras drogas mostrou-se como elemento principal para dificultar a interação com a família e distanciar os laços afetivos. Diante disso, o ato de tentar se suicidar foi motivado no sentido de acabar com o “problema da família”, terminar com o sofrimento vivido pelos familiares, com este ato os homens também acabariam com o sofrimento que virou suas vidas.

A organização familiar ao longo dos tempos vem se transformando, e tem sofrido modificações tanto na sua constituição, como na dinâmica de vida em família. A família nuclear é um modelo idealizado e reproduzido culturalmente ainda hoje, mesmo em torno de toda uma mudança global de padrões de sua constituição (ALVES; SILVEIRA, 2011). Alguns homens participantes desta pesquisa partem de uma família nuclear caracterizada pela presença do pai, mãe e irmãos, atribuindo papéis definidos para cada um dentro do grupo familiar.

Em todos os lugares encontramos divisões por sexo, por idade, e algumas divisões do trabalho condicionadas por aquelas; e organização do parentesco mais ou menos rígidas que dividem o mundo social em zonas de distância social variável, que vão desde a família nuclear até os estrangeiros (SCHÜTZ, 2012; p.91).

Ao constituírem suas famílias eles enfatizam o seu modo de pensar semelhante a maneira como foram criados, reproduzindo o papel desenvolvido por seu pai por exemplo, de ser o provedor o pai de família, a autoridade principal do grupo social, como referem:

[...] Saí de casa [...] só com a roupa [...] alcoolizado, e dali uns três dias eu voltei [...] e me deparei com um caminhão já na frente da minha casa, fazendo a minha mudança sem a minha autorização[...] Então, depois de um tempo, eu comecei a pensar em tudo, passei noites bebendo e eu entrei em parafuso [...] fiquei desesperado, me deu um branco e me veio na cabeça que eu tinha que saber onde que estava a minha ex-mulher com os meus filhos e onde estava os móveis da casa, eu me preocupava com a minha ex-mulher e meus filhos [...] e aí, pensei em me suicidar mesmo.(H1. Vingativo)

[...]Eu me separei da mulher que eu tive filhos com ela. Só que por desgracia, ela colocou outros nome e sobrenome de outros pais. Achou que eu não tinha compostura de ser pai dos filhos dela. Então, daí tudo isso aí foi gerando um conflito dentro da minha cabeça. Eu ser pai, mas não poder ser pai. Tu ter filhos, mas ao mesmo tempo parecer que não tem. (H3. Baixa Autoestima)

As relações familiares na perspectiva dos homens investigados se mostram por meio de papéis bem definidos, ou seja, deixando claro: quem é o homem da casa, quem é o pai dos filhos, quem dá autorização para a mulher realizar tais ações. Não assumir essa posição social de provedor, ou perdê-la para outro homem ou até mesmo para a mulher que acaba assumindo a posição de provedora, é verbalizado pelos homens entrevistados como uma indignação, perda de controle, gerando uma revolta destes com suas famílias.

No meio social e cultural que vivemos, somos rodeados de papéis, atribuições e posturas que são impostas pela sociedade e pela cultura ao longo do contexto histórico das relações sociais. Os papéis sexuais dizem respeito ao modo como social e culturalmente são desempenhados comportamentos vistos como “masculinos ou femininos” (CARNEIRO, 2009). O homem ao nascer é ensinado e estimulado pelos predecessores a estudar, trabalhar e constituir família, assumindo a posição de líder, de provedor de tal grupo social, na perspectiva de construir algo e deixar o seu legado aos sucessores que virão. A sustentabilidade da família é considerada uma das maiores atribuições dos homens como responsáveis por si e pelos demais membros da família. O não cumprimento destas atribuições junto à dependência de álcool e outras drogas foram elementos que auxiliaram os homens em questão a tentarem suicídio, como referem:

[...] É como se a minha vida não valesse nada [...] eu não me sentia com nenhum prestígio, sem serviço, fora de casa. [...] Eu pensava que ser adulto era muito simples. Eu tinha que ter como me sustentar, ter a minha sustentabilidade sem contar com pai, mãe e irmãos. (H3. Baixa Autoestima)

[...] Tentei montar um negócio pra mim e pra minha família e não deu certo. Perdi dinheiro naquilo ali, e não veio na hora outra alternativa, a não ser, tentar me suicidar [...] se não fosse pelo dono da sucata chegar na hora, não sei, eu já estava com a corda no pescoço e ele chegou me agarro. Fiz sem avisar dentro de casa, fui lá pra onde eu estava montando o negócio e vi que não ia dar certo e tentei me suicidar. [...] Pra não machucar a minha família, não bater na minha esposa, nos meus filhos eu prefiro eu sair machucado. (H6. Raiva de Si)

[...] Na minha família sempre fomos eu e a minha mãe, sempre fomos eu e ela e não éramos muito bem financeiramente, as vezes, eu me sentia meio triste quando via os outros ter as coisas[...]Eu ficava pensando nas vendas que eu fazia das coisas da minha mãe e a minha mãe não tem nada e eu vendendo, me batia um arrependimento, foi isso que me forçava a me matar. (H8. Triste)

[...] Hoje, nem serviço não arrumo mais, minha família se afastou de mim, eu perdi, eu acho que perdi tudo, única coisa que falta perder e a minha vida. (H2. Corajoso)

Segundo Orellano (2005) o indivíduo frente às crises existentes, e ao desemprego sente-se confuso, indeciso, perturbado, perdido e desvinculado, fatores estes que promoveriam tirar a vida com mais facilidade. Este contexto de instabilidade configura-se como campo fértil para a instalação de patologias do medo, cujas características de angústia frente às incertezas são equivalentes às vivenciadas pela situação de desemprego. Cabe destacar que não obstante as situações de trabalho sejam concretas e idênticas, estas são vividas de formas diferenciadas pelos indivíduos, de acordo com suas trajetórias de vida (VENCO; BARRETO, 2010).

Os homens desta pesquisa ao chegarem ao ponto de precisarem dos outros para viver, do uso de álcool e outras drogas, não conseguirem se sustentarem e auxiliarem na sustentabilidade da família, e não ter êxito nos projetos de trabalho relataram nas entre linhas de seus motivos para o suicídio, um desânimo em relação ao objetivo de estar no mundo, não conseguindo ver outra opção na vida a não ser a autodestruição.

O mundo da vida é um mundo social que aparece ao indivíduo de forma pré-estruturada. O indivíduo toma o mundo social a seu redor com algo dado, no qual a sua experiência, o uso ou a recusa de determinados objetos naturais já estão presentes em seu ambiente. Junto ao mundo, já são dadas as interpretações sobre os fenômenos e as relações sociais que foram desenvolvidas por seu grupo cultural interno. Essa visão de mundo contém interpretações a respeito do seu lugar que ocupa na comunidade e na relação com os outros, bem com, os costumes e a normas que regulam a sua conduta no mundo social (SCHÜTZ, 2012).

O mundo social possui um sentido particular e uma estrutura de significados para os

seres que vivem, pensam e atuam dentro deste. Estes sujeitos pré-interpretam este mundo mediante uma série de constructos do sentido comum acerca da realidade cotidiana e tais objetos de pensamento determinam sua conduta, definem o objeto de sua ação, e o ajudam a orientar-se dentro de seu meio natural e sociocultural e a relacionar-se com ele (SCHÜTZ, 2003).

Os homens, ao verbalizarem o estoque de conhecimento a mão acerca dos motivos atribuídos a tentativa de suicídio realizada em algum (uns) momento (os) de sua (as) vida (as) expressando que a ideação suicida parte do pensamento sobre o cotidiano de vida. Neste pensar, percebeu-se nos depoimentos, a situação biográfica vivida, as relações intersubjetivas, o cotidiano da dependência de álcool e outras drogas e as diversas perdas que foram adquirindo ao longo da vida. O projeto de suicídio vem em mente ao pensar que a vida não está boa e que não tem mais sentido, como refere:

[...] A gente quando pensa em suicídio é porque não esta boa a vida. Tudo tá ruim! A pessoa só pensa em tirar a própria vida, em pensamento muito ruim, mas contra si mesmo [...] Ela pratica coisas mau, com pessoa de mesma afeição, e chegou a um ponto que na vida a pessoa tem que ter uma decisão, tem que fazer uma opção, como eu tentei.[...]O suicídio é uma bolinha de neve, bem feita, começa pequenininha, mas lá dentro da cabeça da pessoa é muito grande, não é fácil distorcer o pensamento. (H3. Baixa Autoestima)

Ao optarem pelo suicídio como saída decisiva de uma vida que não vai bem, os homens relatam que ao colocar tal ideia no pensamento, apresentam dificuldade para voltar atrás, pois nas suas relações interpessoais muitas vezes são com indivíduos que estão na mesma situação, ou até mesmo pior, que pensam da mesma maneira elencando como projeto a autodestruição. Ao viver em um cotidiano de vida com uma frágil rede de apoio social, os homens apresentaram dificuldades para verbalizar suas angústias, medos e insatisfações o que propicia um sentimento de fraqueza e inferioridade que os torna vulneráveis ao consumo de álcool ou outras drogas, como se destaca a seguir:

[...] É só o caso de eu ser retrancado, de eu ver as coisa errada e ficar aguentando, aguentando, e o momento que eu bebo eu fico louco dentro de casa, fico louco. (H6. Raiva de Si)

[...]o álcool acabou com a minha vida, eu estava no meio da rua, num sofrimento, vivendo com os mendigos, pedindo esmola, comendo comida pra cachorro, e eu tenho terceiro grau completo [...] e eu pedindo esmola na rua, comendo comida pra cachorro, e aí tudo muda na tua vida, tu fica louco e vai te afundando e tu vai lá no fundo do poço. (H4. Não se reconhece)

[...] Eu me sentia com a autoestima muito baixa com a vida e com todo mundo, principalmente comigo mesmo. (H3. Baixa Autoestima)

[...] o fraco sou eu, o fraco sou eu , o doente sou eu, acho que isso aí (TENTATIVA SE SUICÍDIO) é momentos de fraqueza, de covardia. (H11. Covarde)

O autojulgamento em relação às ações desenvolvidas no mundo social foi uma característica em destaque verbalizada nas entrevistas. Por momentos percebeu-se que a ideia suicida parte deste autojulgamento e do modo de viver e estar no mundo. Além disso, os homens expressaram a não aceitação ou aprovação em relação ao modo de ser no mundo da vida, como referem:

[...] O único errado sou eu mesmo, todas as tentativas que eu fiz, foi por motivos meu mesmo, de raiva de mim mesmo [...] De eu ter ficado dependente químico, eu não queria ter ficado assim, ninguém quer ficar assim dependente, e misturado com as situações que acontecem, gera essa raiva em mim mesmo. (H6. Raiva de Si)

[...] Outra coisa que eu nunca aceitei também foi o homossexualismo na época, hoje eu aceito normalmente, mas na época eu não aceitava, eu não me aceitava, então, acho que foi uma das coisas que me levou a pensar no suicídio também. Primeiro, foi o álcool e a droga e depois pensar nessa questão do homossexualismo, porque eu não me aceitava. (H5. Inútil)

O processo de aceitação da própria homossexualidade é árduo e ser homo ou heterossexual independe de escolha pessoal. A diferença entre os sexos é construída na cultura e práticas associadas à sexualidade são historicamente produzidas (COSTA, 1996). É difícil para um adolescente assumir-se homossexual devido à rejeição e à discriminação existentes no meio social e na família. Por isso, muitos homossexuais não se expõem e se isolam, tentando se defender da violência homofóbica (MOTT, 1996).

As questões da identidade homossexual têm sido consideradas como um fator de risco que podem explicar as taxas de suicídio entre adolescentes homossexuais superiores às taxas de suicídio de jovens não homossexuais (PEREIRA; LEAL; MAROCO, 2009). O resultado é que os gays, lésbicas e bissexuais estão sujeitos a fatores de tensão social que variam de uma atitude negativa generalizada à rejeição de família e amigos (RODRIGUES, 2010).

Seguindo a linha de não aceitação, corroboro com o estudo de Silva e Souza (2004) que aborda as representações sociais de alcoolistas abstêmicos sobre o alcoolismo refere que os estes sujeitos inicialmente evitam falar de sua dependência, não aceitando os sentimentos a favor da dependência do álcool, fazendo com que estes se tornassem dolorosos. Entretanto, após um longo período, passaram a aceitá-los, e assim começaram a perceber a realidade de sofrimento que o vício ocasionou para si e para as pessoas que lhe são próximas, representado, pela maioria, como o “fundo do poço”.

Ao voltarem para si e não concordar com o modo de ser no mundo, tendo dificuldades para aceitar a dependência de álcool e outras drogas e a homossexualidade, os depoentes optaram pela ação suicida como saída encontrada para terminar com seus problemas, angústias e sofrimento.

No mundo da vida, a interação social é um elemento fundamental para a socialização da vida e para a aquisição de vínculos intersubjetivos, possibilitando e aproximando laços afetivos, sentimentos e afinidades. Os homens investigados relataram dificuldades de se relacionar, e elencaram a dependência de álcool e outras drogas como um empecilho para firmar suas relações afetivas, como refere tais depoimentos:

[...] Isso aí (TENTATIVA DE SUICÍDIO) vem por sentimentos amorosos, a gente vai pensando, pensando, e a bebida e a droga já tornam isso mais fácil e eu não sei [...] já pensava em morrer por causa do próprio vício [...] Essas ideias começou a vim pelos ciúmes, eu tive esse problema [...] eu aprendi a controlar esses impulsos, esse sentimento que faz corroer a gente por dentro.(H3. Baixa Autoestima)

[...]O que tive foi decepção amorosa, eu tive uma noiva, aí depois eu tive um relacionamento com uma pessoa que não deu certo também... o alcoolismo nos leva a gente se tornar uma pessoa agressiva, não aceita muita coisa...eu não sei perder. Se não deu certo, eu achava que bebendo eu ia resolver [...] ia trazer ela de volta. Era só pra chamar atenção dela (NOIVA). Mas eu não vou botar culpa na minha noiva, quando eu perdi ela. (H11. Covarde)

Uma pesquisa realizada com adolescentes revelou que o amor não correspondido foi o principal fator desencadeador das tentativas suicidas. Esse motivo refere-se não somente às questões conjugais, mas também à fragilidade dos vínculos e da estrutura familiar, o que ressalta a importância da família enquanto espaço, no qual se dão as primeiras relações de afeto e se estabelecem as primeiras redes sociais (VIEIRA, et al., 2009).

Os homens, ao viverem no mundo do uso de álcool ou outra droga, apresentaram suas relações amorosas fragilizadas, tendo dificuldades para ter relações mais sólidas e permanentes, pois, não conseguiam controlar seus ciúmes, impulsividade e agressividade, o que levava ao fim de suas relações e conseqüentemente a ficar sozinho, sem alguém para compartilhar as questões da vida cotidiana, como referem:

[...] No momento que eu ficar sozinho me dá aquele negócio assim (IDEAÇÃO SUICIDA), eu passo a pensar besteira, eu tenho que ter alguém pra conversar, se não tenho ninguém pra conversar daí não tem como escapar[...] porque daí eu tenho aquela sensação, aquela vontade de me matar (H7. Deprimido)

[...] Um dos meus motivos foi ficar na solidão, quando tu fica sozinho, os amigos se somem tudo, eu não tinha mais amigos, aí eu ficava bebendo, e bebendo e enchia a cara e pegava o carro e saía bem louco.(H9. Angustiado)

[...] Eu tentei o suicídio porque eu não tinha mais amigos porque eu era inimigo de todo mundo [...] porque eu não conseguia mais sobreviver, pra mim não tinha mais jeito. (H10. Sem Identidade)

Com base nas concepções de Schütz, o mundo da vida não pode ser experienciado de modo solitário, pois os atores atuam em um cenário compartilhado com os outros, interferindo no espaço, na linguagem, no aprendizado e na relação mútua de modo intersubjetivo (CONZ, 2008).

Schütz, ao conceituar intersubjetividade, refere que o mundo tem sentido não somente para mim, mas para todos os seres humanos, de modo que a experiência do mundo se justifica e corrige mediante a experiência com os outros, com quem me relaciono, tenho trabalho e sofrimento em comum. Portanto, o mundo intersubjetivo é interpretado como um possível campo de ação de todos nós (SCHÜTZ, 1974).

A intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana no mundo, uma vez que é na relação de intersubjetividade do nós, que o mundo circundante nos é comum e com ele coincidimos, ao menos para as nossas necessidade práticas, para que possamos partilhar nossas experiências. Ao passo que é justamente nessa relação que emergem os desafios (CAPALBO, 1998). É neste mundo intersubjetivo, compartilhado com seus semelhantes (SCHÜTZ, 1979), que os homens desta pesquisa encontram-se inseridos, no entanto, estes apresentaram dificuldades ao compartilhar suas experiências, interagir e comunicar-se com os outros.

Para Schütz, segundo citação de Capalbo (1998), uma das formas de superar os problemas da intersubjetividade é por meio do intercâmbio de pontos de vista. Para isso, faz se necessário reconhecer que cada sujeito ocupa determinado lugar na sociedade. Nesse sentido, a idealização de acordos ou a realização de congruência dos sistemas de relações busca resgatar o caráter intersubjetivo.

A dificuldade de compartilhar o viver no mundo deixou algumas lembranças na vida dos homens entrevistados, eles relataram uma solidão, um sentimento de perda em relação às coisas materiais, a família, ao emprego e ao cotidiano de vida que apresentavam. A ação suicida para alguns representava uma revolta as pessoas que para eles, contribuíram para o seu fracasso e declínio na vida. Ouvir a notícia de um suicídio como exemplo de autodestruição possibilitou pensar nesta ação como estratégia para por fim na vida:

[...] Pensava em tudo aquilo que eu tinha perdido e pensava que já tinha ouvido notícia de uma morte aqui, outra ali e vinha na minha cabeça (SUICÍDIO) [...] daí tomei, tomei, tomei e deitei de novo naquele garrafão, daí baixou a depressão. Eu me sentia um homem

vingativo, achando que eu me suicidando eu ia deixar uma lembrança que eu tinha me matado por terem tirado o que era da minha casa sem a minha autorização. (H1. Vingativo)

Os homens, ao experienciarem o sofrimento que viviam no momento da ação suicida elencaram que suas vidas eram permeadas de tristezas, de indignação e desesperança. Eles relataram sentir um vazio no peito e ao idealizarem o suicídio pensavam em acabar com o sofrimento que estava sendo viver suas vidas:

[...] Porque é uma tristeza tão grande, um vazio tão grande que tu não tem a quem recorrer, [...] tem horas que bate a vontade de me matar, de acabar com tudo, de acabar com esse sofrimento. [...] É uma tristeza muito grande que me dá, é um vazio que me leva tentar o suicídio. (H2. Corajoso)

[...] Me sentia um cara triste, infeliz [...] me sentia longe de mim mesmo e as vezes eu pensava o que que tem dentro de mim que me leva a isso, [...] me sentia anojado comigo mesmo, nunca fiz nada certo mesmo, então vamos acabar com isso de uma vez. (H8. Triste)

Os homens, ao viverem uma vida conturbada, tendo no cotidiano o uso de álcool ou outra droga, apresentaram alguns elementos que contribuíram para a ação suicida, dentre estes, destacamos: o não autoconhecimento, a baixa autoestima, a dificuldade para aceitar as coisas, o sentimento de fraqueza e inferioridade, as perdas familiares e materiais, as decepções amorosas, a dificuldade para interagir com os outros, gerando a solidão e a tristeza. Tais elementos fortalecem a ideia de desesperança em viver no mundo da vida.

8 TÍPICO DA AÇÃO DE HOMENS QUE TENTARAM SUICÍDIO

A interpretação dos depoimentos possibilitou captar a intencionalidade e apreender o típico vivido da ação do grupo social dos homens usuários de álcool ou outra droga que tentaram suicídio em algum momento de sua vida. O típico vivido pode ser compreendido como um conjunto de particularidades que se impõe a um determinado grupo social.

O típico da ação é construído por meio da observação da vida real, daquilo que se capta da realidade e da vivência, considera-se que tal tipicidade desempenha papel importante na compreensão do outro e na interação social (CAPALBO, 1998). O tipo vivido é alcançado a partir da descrição do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica, ou seja, encontrar aproximações nas intenções dos sujeitos com uma estrutura única, uniforme e contínua (MERIGHI, 2002).

Ao investigar a tentativa de suicídio, busquei construir a característica típica da ação do grupo social, que vivencia determinada situação no mundo da vida cotidiana. Nesse sentido, a tipificação define o tipo de ação em processo e os tipos ideais de pessoas (SCHÜTZ, 2012).

Para chegar a tipificação foi necessário apreender os motivos *porque* da ação dos indivíduos que pertencem ao determinado grupo social. No caso, homens usuários de álcool e/ou outras drogas. Esses homens possuíam um estoque de conhecimento a mão semelhante sobre determinadas experiências vivenciadas, agindo de maneira tipificada, ou seja, padronizada, em situações semelhantes.

Assim, o tipo vivido dos homens usuários de álcool e/ou outras drogas foi construído a partir de três categorias concretas que emergiram dos motivos porque evidenciados nos depoimentos dos homens que **tentaram suicídio pelo uso de álcool e/ou outras drogas; pelas situações do mundo da vida familiar e; por sentimentos vividos no cotidiano.**

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um problema social complexo permeado por causas diversas, sendo investigado por áreas do conhecimento que buscam fornecer subsídios teóricos para compreender este fenômeno sociocultural autodestrutivo. A discussão dos impactos negativos do suicídio na sociedade, os tabus constituídos sobre este tema e os casos de tentativas de suicídio atendidos no setor saúde tem propiciado um olhar mais assíduo para as situações de autodestruição neste âmbito.

No Brasil, no decorrer dos anos, os casos de suicídio vem aumentando em diversas populações, algumas com mais casos, outras com um número menor. O meu olhar, nesta pesquisa, se direcionou para a população masculina, responsável por um elevado número de casos de suicídio. Neste estudo, me detive ao contexto situacional do suicídio em homens do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

O homem ao longo dos últimos anos tornou-se pauta de debates nos diversos contextos de saúde. Isso ocorre devido à sua vulnerabilidade e exposição aos riscos de adoecimento e morte, que vêm sendo destacado pelos serviços de saúde e confirmado pelos achados epidemiológicos.

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), de 2009 mostrou-se um dispositivo de registro e informação do setor saúde acerca dos diversos agravos que vem acometendo a população masculina. A minha ênfase nesta investigação aconteceu em torno dos agravos por causas externas intencionais, caracterizada pelas tentativas de suicídio, bem como as situações de uso de álcool e outras drogas.

Neste sentido, busquei ouvir as vozes silenciadas desses homens que tem tentado contra suas vidas, com o intuito de compreender os motivos porque da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e/ou outras drogas. Na busca dos motivos que expressaram a atribuição dos homens ao realizar a tentativa de suicídio, foram desveladas três categorias concretas: Tentativa de suicídio pelo uso de álcool e outras drogas; Tentativa de suicídio pelas situações do mundo da vida familiar; Tentativa de suicídio por sentimentos vividos no cotidiano.

Os resultados apresentados elencaram os motivos típicos para a ação suicida realizada por este grupo social constituído por homens usuários de álcool e outras drogas, podendo servir como referência para ser abordado no âmbito dos serviços que acolhem esses homens. No entanto, antes de desenvolver qualquer ação de prevenção ao suicídio numa perspectiva de grupo de sujeitos vulneráveis ao suicídio é necessário rever as concepções dos trabalhadores

de saúde sobre o tema suicídio.

Além de ouvir os sujeitos com comportamento suicida, a família também pode ser uma parceira importante para auxiliar os profissionais de saúde a compreenderem os motivos que levaram o indivíduo à tentativa de suicídio e à superação em momentos de crise. A aproximação familiar do ser em sofrimento mental também contribui para a desmitificação de certos valores criados pelo autoagressor, como a busca pela morte como forma de eliminação dos problemas materiais e sentimentais. Quando esses motivos são escutados, as chances de impedir o ato suicida são maiores, pois geralmente a família procura assistência junto às redes de apoio social de sua comunidade.

Estamos inseridos num mundo social que condena o ato suicida, ao mesmo tempo em que parece esquecer de refletir sobre o seu papel e sua contribuição para reduzir os casos que são crescentes no Brasil. O suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio a respeito do problema. O ato consumado do suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema social que afeta toda a coletividade. É necessário modificar essa visão para despertar e estimular a atuação de pessoas de diferentes setores da sociedade na sua atenção, prevenção e controle.

Desde 2006, o Brasil tem buscado ações de proteção à vida por meio da criação de Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, Manuais e Guias de Prevenção ao Suicídio, porém, tais ações governamentais não tem implicado na prática social e profissional dos indivíduos envolvidos com o viver humano. Os casos de suicídio continuam crescendo em homens e mulheres e nas diversas faixas etárias da população.

Para a atenção ao suicídio, é necessário uma rede articulada entre os Serviços de Urgência e Emergência, que tem sido a porta de entrada para as tentativas de suicídio, os Serviços de Saúde Mental que apresentam um aporte profissional qualificado para atender comportamentos suicidas, e a Estratégia de Saúde da Família, com atenção junto à família e ao indivíduo com comportamentos de autodestruição.

Além dos serviços de saúde, o trabalho de atenção ao suicídio, segundo o manual de prevenção da Secretária da Saúde, deve ter uma abrangência intersetorial. Os quais são constituídos pela Assistência Social, Segurança Pública, Educação, Emater, o Centro de Valorização a Vida (CVV) e a Imprensa.

A união destes setores junto à rede de profissionais de saúde fortalecerá a prevenção do suicídio e valorização do viver humano. Antes de ampliação de uma rede, é necessário o fortalecimento da atenção ao suicídio no âmbito da saúde. O profissional de saúde precisa

estar qualificado para fornecer uma assistência efetiva e qualificada para os indivíduos que já pensaram, ameaçaram e tentaram suicídio.

A intervenção por meio do contato e da escuta qualificada tem grandes possibilidades de êxito. Isso ocorre devido à ambiguidade dos sentimentos de morte da pessoa que idealiza o suicídio, porque ao mesmo tempo em que quer alcançar a morte, também quer viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. É preciso saber trabalhar em equipe e intervir de forma humanizadora, subsidiando apoio integral ao usuário e a sua família.

Nos serviços de saúde, os da equipe de enfermagem, têm papel importante neste processo, pois estes estão diretamente em contato com indivíduos, podendo observar riscos e atitudes que poderão levar ao suicídio do paciente que está sendo assistido durante o processo de cuidar. Além disso, o enfermeiro poderá estimular o indivíduo a verbalizar o que o motiva a pensar a dar fim a sua vida, exercitando por meio de uma escuta qualificada o cuidado, buscando assim, subsídios para a atuação preventiva.

Além da escuta e acompanhamento dos indivíduos com comportamento suicida é necessário que profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro busquem repensar a maneira de abordar o assunto, pois este é carregado de mitos e tabus. É evidente que o tema não deve ser velado nos serviços de saúde, mas o mesmo pode ser trabalhado numa perspectiva de preservação e valorização da vida.

Destaco a necessidade de ampliar as discussões sobre essa temática na formação do enfermeiro como futuro profissional a desenvolver uma prática assistencial considerando o homem no contexto do seu mundo da vida no sentido que possam ouvir as experiências e vivências dele. Para tanto, é possível desenvolver atividades que propiciem espaços de diálogo, trocas de experiências e concepções sobre saúde do homem e o fenômeno do suicídio. Também acreditamos na perspectiva da abordagem deste tema em todos âmbitos da sociedade, destacando a necessidade de abordar questões de suicídio nos serviços de saúde, e utilizar a educação permanente; educação em saúde e/ou educação em serviço como elemento estratégico para o olhar da prevenção da vida nos diversos contextos e populações do mundo social.

A utilização do referencial da Sociologia fenomenológica de Alfred Schütz se mostrou relevante para a condução de estudos no campo da saúde mental, em especial, na perspectiva dos homens usuários de álcool e outras drogas que tentaram suicídio. Esse referencial permitiu uma maior apreensão do mundo social deles, especialmente no se refere as suas relações sociais e motivações.

Acreditamos que esta pesquisa fornecerá subsídios para os profissionais de saúde em geral, bem como, para os profissionais do referido cenário, para que estes compreendam os motivos porque levam os indivíduos, em específico os homens, a tentar o suicídio. Com isto, poderão interpretar o que leva à ação e elaborar estratégias de atenção para este problema.

O profissional de saúde poderá contribuir no desenvolvimento de ações para a promoção e prevenção da saúde e a valorização da vida. Preocupar-se com o suicídio é uma questão que necessita ser refletida pelos profissionais, principalmente os de saúde mental, que algumas vezes, vivenciam ações de tentativas de suicídio em seus cenários de atuação.

Ao finalizar a realização deste estudo sinto-me comprometido com o cenário de pesquisa, a fim de fornecer suporte acerca da problemática da temática. Neste sentido, pretende-se realizar rodas de conversas sobre a atenção e prevenção do suicídio juntamente com os profissionais da equipe de saúde e com os usuários do serviço, proporcionando assim um retorno a este.

Aponto para a importância da realização de novas pesquisas que deem voz aos homens das diversas faixas etárias e de outros contextos sociais que apresentam comportamentos vulneráveis ao suicídio. A população masculina necessita de uma assistência mais humanizada, um acolhimento e um ouvido atento para suas diversas demandas. Saliento também a importância de estudos que escutem os motivos das tentativas de suicídio de outras populações.

Ainda, a partir deste estudo, almejo apresentar contribuições para o conhecimento que está sendo produzido na área do cuidado de enfermagem à saúde dos homens, bem como com pesquisas que vêm sendo realizadas na Linha de Pesquisa relacionada ao Cuidado, Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem/UFSM, como também ao Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, na linha direcionada às políticas e práticas de cuidado na saúde mental e dependência química das pessoas, famílias e sociedade.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G., CARVALHO, R. R., SIQUEIRA, V. R., & SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, 39(1), 108-113, 2005.

ALMEIDA, S. A., GUEDES P. M. M, NOGUEIRA J. A, FRANÇA U. M, SILVA A. C. O. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. **Rev. Eletr. Enf.** 11(2): 383-9. 2009.

ALVES, C. C. F.; SILVEIRA, R. P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acre: o contexto do território na desinstitucionalização. **Rev APS.** out/dez; 14(4): 454-463, 2011.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 22(4), 425-431, outubro - dezembro 2005.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(7):1366-1372, jul, 2010.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. de.; BARROS, M. B. de A.; SILVA, V. F. da.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(12): 2632-2638, dez, 2009.

BRASIL. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 1996.

_____. **Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio**, por meio da Portaria nº 1. 876 de 14 de Agosto de 2006, Brasília, MS, 2006 a.

_____. **Manual do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Ministério da Saúde. Brasília, MS. 2006 b.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (princípios e diretrizes). República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2009.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2009/PT-09-CONS.pdf>> Acesso em: junho de 2011

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: MS; 2010.[Citado em 2010 maio 15]. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/01_03_2010_9.48.45.b08c211d429981fb3856eaf7e

_____. **Mapa da Violência**. Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em:

<http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>. Acesso em junho de 2011. c4807b1.doc.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do Adulto : O adulto brasileiro e a saúde** – Barueri, SP: Manole, (série enfermagem), 2006.

BUDÓ, M. de L. D.; NICOLINI, D. ; RESTA, D. G.; BÜTTENBENDER, E.; PIPPI, M. C.; RESSEL, L. B. A cultura permeando os Sentimentos como Reações Frente à dor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41(1) p. 36-43, março 2007.

CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. 2010. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Rev. Esc. Enf USP**, n. 43 (2): 393 - 400; 2009.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; SCHAURICH, D.; SCHNEIDER, J. F. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem: revisão de literatura. **Online Brazilian. Journal of Nursing**, 7(2), 2008.

CAMATTA, M. W. **Vivências de familiares sobre o trabalho de uma equipe de saúde mental na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz**, 2008, 101 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre/RS, 2008.

CAMPOY, M. A.; MERIGHI, M. A. B.; STEFANELLI, M. C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev Lat Am Enfermagem** 2005; 13(2):165-72.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.192-197, out. 1994.

_____. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz**. Londrina: Ed. UEL, 1998.

CARNEIRO, N. S. **“Homossexualidades” Uma Psicologia entre Ser, Pertencer e Participar**. Porto: Livpsic, 2009.

CARVALHO. A. S. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1987.

CASSORLA R, M, S. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang BG, Botega NJ, organizadores. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; p. 21-33, 2004.

CATALDO, A. N.; GAUER, C. G. J.; FURTADO, N. R. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipuc; 2003.

CHERPITEL, C. J.; BORGES, G. L.; WILCOX, H. C. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. **Alcohol Clin Exp** . 28 (5 Suppl):18-28, 2004.

CONNEL. R. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**. 2(20) p. 185-206, jul/dez, 1995.

CONNER, K. R.; LI. Y.; MELDRUM, S. DUBERSTEIN, P. R; CONWELL, Y. The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project Match data. **J. Stud Alcohol**. 64(3):402-8, 2003.

CONZ C. A. **A vivência da enfermeira no cuidado ao recém nascido e aos seus pais na Unidade de terapia intensiva neonatal: uma abordagem da fenomenologia social**. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CORRÊA, H.; BARRETO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu; pg. 250; 2006.

COSTA, J. F. O referente da identidade homossexual, pp. 63-89. In: R Parker, RM Barbosa (org.). **Sexualidades brasileiras**. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1996.

DARKE, S.; KAYE, S. Attempted suicide among injecting and noninjecting cocaine users in Sydney, Austrália, **J Urban Health**. 81(3): 505-15, 2004.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2011.

DIEHL, A.; LARANJEIRA, R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. **J Bras Psiquiatr**. 58 (2): 86-91, 2009.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: Estudo Sociológico**. Editorial Presença, Ltda, São Paulo, 1996.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: Estudo de sociologia**. Editorial Martins Fontes, São Paulo, 2000.

FICHER, A. M. F. T.; VANSAN, G. A. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estudos de Psicologia**, Campinas I 25(3) I 361-374 I julho – setembro, 2008.

GOOGLE IMAGENS. Imagem de Alfred Schütz. Disponível em: www.google.com.br. Acesso em: 28 de Novembro de 2012.

KAPLAN, H. I, SADOCK, B, GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.

LARANJEIRA, R. Apresentação: Álcool: Da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(1), 1-2, 2004.

LEAL. O. “Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. **Cad Antropologia UFRGS**. Porto Alegre, 07-14, 1992.

MACÊDO, V.C.D; MONTEIRO, A.R.M. Educação e saúde mental na família: experiência

com grupos vivenciais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15 (2): 222-30. Abr - Jun 2006.

MACHINESKI, G. G. **O Tipo vivido de familiares de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil**. 2011, 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MELEIRO, A. M. A. da S.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. In WERLANG, B. G; BOTEGA, N, J. **Comportamento Suicida**, Porto Alegre, Artmed, 2004.

MELO, S. C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, T. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): Characterization of age and gender rates of suicide. **Rev Bras Psiquiatr**. 27 (2): 131-4, 2005.

MENEGHEL, S. N. *et al* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, 38 (6): 806-10, 2004.

MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 10(5): 644-53, 2002.

MINAYO, M. C. S. Organizadora. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORALES, A, E.; SCHRAMM, F. R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. **Ciênc. saúde coletiva** vol.7 no.2 São Paulo 2002

MOTT, L. Os homossexuais: as vítimas principais da violência, pp. 99-146. In: G Velho & M Alvito (org.). **Cidadania e violência**. Ed. UFRJ, Rio de Janeiro, 1996.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. Relacionamentos sociais no cotidiano de usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo fenomenológico. *Online Braz J of Nurs* [periódico na internet]. 2010 [citado 2010 jun 03]; 9(1). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2745/html_96.

NASI, C. **O Cotidiano de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Perspectiva da Sociologia Fenomenológica**. 2009.100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NEVES E. P., SOUZA, I. E. O. Pesquisa em Enfermagem: buscando resgatar a posição do sujeito que a desenvolve. **Texto & Contexto Enfermagem**, 12(3):387-93, jul. set. 2003.

ORELLANO, Miguel H. **Trabajo, Desocupación y Suicidio. Efectos psicosociales del desempleo**. 1ª ed. Buenos aires: Lumem- Humanitas, p. 152, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10). 8ª ed. São Paulo:

EDUSP; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O Relatório Mundial da Saúde 2003: Construindo o futuro.** Genève: OMS. 2003.

ORTH, A.P.S., MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol. Argum.** 26(5), 293-303. out./dez 2008.

PADOIN, S. M. M., SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, 17(3): 510-8, jul./set. 2008.

PADOIN, S. M. M. **O cotidiano da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana.** 2006. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PASCHOALICK, R. C; LACERDA, M. R; CENTA, M. de L. Gênero Masculino e Saúde. **Cogitare enferm**; jan/abril: pg. 80-86, 2006.

PAULA, C. C. **Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si. Contribuições da Enfermagem no cuidar em saúde.** 2008. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PECHANSKYA, F.; SZOBOTA, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Vol. 26(Supl I): pg. 14-17, 2004.

PEREIRA, H.; LEAL, I.; MAROCO, J. **Psicologia da Identidade Sexual.** Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2009.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev Lat Am Enfermagem** 2005; 13(6): 677-85.

PORDEUS, A. M. J.; CAVALCANTI, L. P. de G.; VIEIRA, L. J. E de S.; CORIOLANO, L. S.; OSÓRIO, M. M.; PONTE, M. S. R da.; BARROSO, S. M. C. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (5): 1731-1740, 2009.

RIBEIRO, I. B.; RODRIGUES, B. M. R. D. Cuidando de adolescentes com câncer: contribuições para o cuidar em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, 13:340-46, 2005.

RODRIGUES, P. Homofobia internalizada e Suicidalidade em jovens LGB e não LGB. **LES Online**, Vol. 2, n. 2, 2010.

ROY, A. – Emergências Psiquiátricas. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (eds). **Tratado de Psiquiatria.** Vol. 2, 6a ed., Porto Alegre, Artmed. p. 185, 1999.

SÁ, N. N. B. de.; OLIVEIRA, M. G. C de.; MASCARENHAS M. D. M.; YOKOTA R. T de

C.; SILVA, M. M. A da.; MALTA, D. C. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais**; 20(2): 145-152; 2010.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas.**/ Miriam Schenker.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1): 299-306, 2003.

SCHNEIDER, J. F; CAMATTA, M.W; NASI, C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: Uma análise sociológica fenomenológica em Alfred Schütz. **Rev.Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 28 (4): 520-6, 2007.

SCHNEIDER. J. F. O método fenomenológico na pesquisa em enfermagem psiquiátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre; 17(2): 100-8. 1996.

SCHRAIBER. L. B.; GOMES. R.; COUTO. M. T.; Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (1):7-17, 2005.

SCHÜTZ. A. Edição e Organização Helmut. T. R. Wagner. **Sobre a fenomenologia e as relações sociais.** Tradução de Raquel Weiss – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. A. Organizador: Natanson M. **El problema de la realidad social.** Buenos Aires (AR): Amorrortu; 2003.

_____. A. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz.** Rio de Janeiro. Zahar;1979.

_____. **Estúdios sobre teoria social:** escrito II. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida.** Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SILVA , S. E. D.; SOUZA, M. J. Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas abstêmios. **Esc Anna Nery R Enferm.** dez; 8 (3): 420-7; 2004.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-America Enfermagem**, 05(03): 13-17, jul. 1997.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia.** São Paulo, Brasil, Ed. Loyola, 2004.

SOUZA, E. R de.; MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1333-1342, 2007.

STACK S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threaten Behav**; Detroit, EUA, v.30: 145-62. 2000.

STEFANELLO, S.; CAIS. C. F.; MAURO, M. L.; FREITAS, G. V.; BOTEGA. N. J. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on

suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr.** 30 (2): 139-43, 2008.

TERRA M. G.; SILVA L.C.; CAMPONOGARA, S.; SANTOS, E. K. A.; SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. 15(4): 672-8, out./dez. 2006.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schütz.** 1993. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TOCANTINS, F.R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: Análise compreensiva das necessidades e demandas. **Esc. Anna Nery. Rev Enferm**, Rio de Janeiro. (n.esp):143-59; 1997.

WASSERMAN, D. Suicide - An unnecessary death. London: Martin Duniz, 2001. In: WERLANG, B. G; BOTEAGA, N, J. **Comportamento Suicida** – Porto Alegre, Artmed, 2004.

VENCO, S. BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. **Revista Espaço Acadêmico**, n.108, 2010.

VIEIRA L. J. E. S. et al. “Amor não correspondido”: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1825-1834, 2009.

WERLANG, B. G; BOTEAGA, N, J. **Comportamento Suicida** – Porto Alegre, Artmed, 2004.

WERNECK. G. L. ; HASSELMANN, M. H. ; PLEBO. L. B. ; VIEIRA, D. E. ; GOMES, V. L. O. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (10): 2201-2206, out, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO DE PESQUISA: Motivações atribuídas por homens usuários de álcool e outras drogas à tentativa de suicídio

PESQUISADOR: Danilo Bertasso Ribeiro

CONTATO: (55) 9090 - 8127- 2587 **E-mail:** danilo17ribeiro@yahoo.com.br

ORIENTADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

CONTATO: (55) 9090 - 8111-6657 **E-mail:** martesm@hotmail.com.br

LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e drogas – Ad) “Caminhos do Sol”.

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Homens usuários de álcool e outras drogas que realizam tratamento no Centro Atenção Psicossocial (CAPS álcool e drogas – Ad) “Caminhos do Sol” que já realizaram tentativa de suicídio.

DATA: ___/___/_____

Caro participante:

Você está convidado a participar dessa pesquisa, na qual irá participar de uma entrevista (conversa), de forma totalmente **voluntária**. Porém, antes de concordar em participar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disto, você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a Pesquisa: a pesquisa tem como objetivo ‘compreender os motivos da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas’.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista (conversa), gravada em gravador, em fita cassete, na qual o pesquisador fará algumas perguntas. Caso você não desejar sua vontade será respeitada. A entrevista será realizada em uma sala do CAPS Ad, previamente reservada. O que você falar será digitado (transcrito) e as gravações serão guardadas por 5 anos, por determinação ética da pesquisa. Somente os pesquisadores

envolvidos nesta pesquisa terão acesso às gravações.

Benefícios: Está ligado diretamente na possibilidade de compreender os motivos que levaram homens usuários de álcool e outras drogas a realizar a ação da tentativa de suicídio, contribuindo tanto para qualificar a assistência a esses usuários, quanto para instrumentalizar os profissionais que convivem com eles a observar qualquer comportamento suicida no âmbito do serviço.

Riscos: A participação na pesquisa não representará risco de ordem física, no entanto, o psicológico poderá ser atingido, caso você se sinta nervoso, cansado e expressar emoções decorrentes do assunto o qual estamos tratando durante essa conversa, a equipe do CAPS ‘Caminhos do Sol’ será procurada para ajudá-lo, conforme acordo previamente estabelecido.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. Após a transcrição das falas, a gravação será destruída. O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma, preservando o seu anonimato. Para tanto, será utilizado a letra ‘H’ seguida de um número (H1, H2, H3, sucessivamente) por ser a inicial da palavra homem. Desde já, agradeço pela colaboração,

Aceito participar deste estudo e autorizo a publicação das informações por mim fornecidas para os pesquisadores. Santa Maria, _____, _____ de 2011.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador Enf^o Md^o Danilo Bertasso Ribeiro

Assinatura da pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702. Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice B – Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Motivações atribuídas por homens usuários de álcool e outras drogas à tentativa de suicídio.

PESQUISADOR AUTOR: Danilo Bertasso Ribeiro

CONTATO: (55) 8127- 2587 **E-mail:** danilo17ribeiro@yahoo.com.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

CONTATO: (55) 8111-6657 **E-mail:** martesm@hotmail.com.br

LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS álcool e drogas – Ad) “Caminhos do Sol”.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por meio da entrevista fenomenológica com os homens que realizam tentativa de suicídio e que estão em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial “Caminhos do Sol”. Para tanto, será utilizado como cenário a sala disponível pelos profissionais do referido serviço. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo confidencial no computador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Dra Marlene Gomes Terra. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,de.....de 2011.

Marlene Gomes Terra

CI- 1000626968

COREN – 26097

Danilo Bertasso Ribeiro

CI - 6093389655

COREN – 252667

Apêndice C – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa

Autorização para o desenvolvimento da pesquisa

De: Enfermeiro Mestrando Danilo Bertasso Ribeiro

Para: Secretário Municipal de Saúde do município de Santa Maria - RS

Assunto: Solicitação (faz)

Santa Maria, ____ de _____ de 2011.

Prezado Secretário,

Vimos por meio deste, solicitar autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **“Motivações atribuídas por homens usuários de álcool e outras drogas à tentativa de suicídio”**, junto aos usuários do sexo masculino que realizam tentativa de suicídio e estão em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS – álcool e drogas - Ad) “Caminhos do Sol. Este projeto de dissertação está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria sob orientação da Prof^a. Dr^a. Marlene Gomes Terra.

Cumpri-se informar que esta pesquisa é resultado do aumento da tentativa de suicídio em homens no geral e em usuários de álcool e outras drogas, e principalmente dos altos índices de óbitos masculinos por suicídio na região central do estado e no Rio Grande do Sul.

A mesma poderá contribuir com esses indivíduos que darão voz as motivações que os levam a tentar a suicidar-se, bem como, fornecer subsídios aos profissionais de saúde, para que estes possam compreender o que leva a ação da tentativa de suicídio por homens usuários de álcool e outras drogas, para assim, facilitar a intervenção em situações em que existe a possibilidade de comportamentos suicidas e até mesmo a tentativa de suicídio nos serviços de saúde mental do município de Santa Maria. Objetivo compreender os motivos da tentativa de suicídio em homens usuários de álcool e outras drogas.

Como esclarecimento, cabe ressaltar que conforme a metodologia que pretendo desenvolver, os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos, sendo respeitados os preceitos da Resolução N° 196/96 quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Marlene Gomes Terra
CI- 1000626968
COREN - 26097

Danilo Bertasso Ribeiro
CI – 6093389655
COREN – 252667

Apêndice D – Questionário da Entrevista

ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

Entrevista N°:

Data:

Código:

1. SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS HOMENS

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Filhos:

História familiar:

Ocupação/profissão:



Quando realizou a tentativa de suicídio:

2. QUESTÃO ORIENTADORA DA ENTREVISTA

“Conte-me sobre os motivos que levaram você a tentativa de suicídio?”

ANEXO

Anexo A – Carta de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Motivações Atribuídas por Homens Usuários de Álcool e Outras Drogas à Tentativa de Suicídio

Número do processo: 23081.014983/2011-75

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0297.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Marlene Gomes Terra

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 08/11/2011

Santa Maria, 09 de Novembro de 2011



Félix A. Antunes Soares

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.