

O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção

The suicide, interdictions, taboos, consequences and prevention strategies

Fernanda Cristina Marquetti¹

Karina Tiemi Kawauchi²

Cristiane Pleffken³

Resumo: Este artigo discute como o tabu relativo ao suicídio pode dificultar a observação dos sinais do percurso suicida e os consequentes problemas advindos para a prevenção. Consideramos como percurso suicida os rastros, sinais, pegadas que o suicida deixa ao longo de sua trajetória na construção deste ato. O percurso suicida deixa seus sinais no cotidiano, mas estes são pouco observados e identificados como sinal de risco por familiares, amigos e, inclusive, pelos próprios profissionais de saúde. Na pesquisa entrevistamos seis profissionais de saúde e analisamos sua postura referente à morte, ao suicídio e aos interditos envolvidos e como estes podem impedir a percepção dos sinais do percurso suicida. Concluímos que apesar destes sinais tornarem-se visíveis, estes não são reconhecidos, pois existe uma recusa para esta comunicação velada da pessoa que morre por suicídio.

Palavras-chave: suicídio, tabu, prevenção.

Abstract: This article discusses how the taboo on suicide may hinder the observation of signs of suicidal path and consequent problems arising for prevention. We consider suicidal path traces, signs, footprints that suicide leaves along its trajectory in the construction of this act. The route leaves her suicidal signs in everyday life, but these are poorly observed and identified as a sign of risk by family, friends and even by health professionals themselves. In the survey interviewed six health professionals and analyze your stance on the death, suicide and prohibitions involved and as these can prevent the perception of the signs of suicidal route. We conclude that despite these signs become visible, they are not recognized, because there is a refusal to this veiled suicidal communication.

KeyWords: suicide, taboo, prevention.

1 Professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo/BS. femarquetti@uol.com.br

2 Aluna da Universidade Federal de São Paulo/BS. karina_kawauchi@hotmail.com

3 Aluna da Universidade Federal de São Paulo/BS. cris_pleffken@hotmail.com

O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção

The suicide, interdictions, taboos, consequences and prevention strategies

Fernanda Cristina Marquetti

Karina Tiemi Kawauchi

Cristiane Pleffken

Introdução

O suicídio, seus sinais e sua invisibilidade

Segundo o Ministério da Saúde uma das maneiras eficazes para a prevenção de suicídio é a identificação de sinais comportamentais, que indicariam o risco de uma atitude suicida (2006). Entretanto, apesar destas inúmeras referências epidemiológicas sobre a importância de evento e do mapeamento dos sinais comportamentais do risco de suicídio da WHO (2001) sabe-se como é difícil viabilizar as estratégias de prevenção.

Em pesquisa anterior sobre o percurso suicida efetuamos a observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. Consideramos o suicídio uma das causas de morte mais complexa e atribuímos importância ao estudo de seus aspectos delineadores. O enfoque se baseou no pressuposto de que o desejo suicida suscita mudanças nas atividades cotidianas dos sujeitos com tentativas de suicídio e que estas transformações podem ser observadas e analisadas para sinalizar a progressividade da ideia autodestrutiva. E, também, que a identificação da variação das atividades do cotidiano do suicida pode ser usada como instrumento preventivo ao ato, assim permitindo que profissionais de saúde e pessoas próximas ao indivíduo ofereçam antecipadamente a assistência necessária mediante as situações de risco. A principal contribuição deste estudo foi corroborar a hipótese de que há um longo percurso entre a ideia suicida e a consumação do ato. Observamos o suicídio como o ato final de um processo, que se fortalece diariamente, mediante pequenos pensamentos e atitudes discretas. De acordo com pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (2006), alguns destes sinais podem ser: mudanças bruscas no comportamento relacionado aos cuidados com a higiene, distanciamento da família e amigos, perda do interesse por atividades usuais, diminuição da capacidade de concentração, uso de drogas lícitas e ilícitas, brincadeiras sobre o suicídio. Observamos que os dados obtidos nesta pesquisa foram similares com os dados referidos pela literatura pertinente desta área e também outros sinais não citados foram encontrados e descritos nos eixos do cotidiano. Categorizar as alterações segundo os eixos do cotidiano facilitou a percepção das mesmas, pois revelou com maior sutileza estas transformações. O levantamento e a organização destas informações do cotidiano no percurso suicida geraram um “Mapa de risco de Suicídio” (Fig. 1) que auxilia no conhecimento das alterações presentes no cotidiano do suicida.

A identificação destes sinais do percurso suicida revelou a importância deste estudo pelo caráter de prevenção baseando-se no fato de que a identificação antecipada das alterações observadas no cotidiano sujeito possibilita uma intervenção precoce com o objetivo de impedir a consumação do ato. Considerar as variações nas atividades cotidianas que podem se apresentar neste processo é uma habilidade essencial que direcionaria atitudes fundamentais que podem ser determinantes para o prosseguimento de uma vida.

Entretanto, observamos durante o campo desta pesquisa questões que interferem no uso destes instrumentos de prevenção. Apesar deste “Percurso Suicida” deixar seus sinais no cotidiano de forma bastante visível, eles são pouco observados e identificados como sinal de risco por familiares, amigos e, inclusive, pelos próprios profissionais de saúde. Durante as entrevistas da pesquisa os sujeitos com tentativas de suicídio na maioria revelaram que as pessoas ao seu redor não observaram os sinais de alteração no seu cotidiano que sinalizavam o risco de suicídio, nem mesmo os profissionais de saúde. Ou seja, apesar destes sinais do percurso suicida se apresentar aos observadores, estes não são reconhecidos. Como se o

observador se recusasse a olhar para esta comunicação velada do suicida. Esta questão da não visibilidade dos sinais do suicídio é corroborada por outras pesquisas: Suicídio, testemunhos do adeus em Dias (1999), Suicídio na trama da comunicação de Silva (1992), A estrutura do discurso suicida, o cálculo que suporta a comunicação do insuportável de Martinez (2007) e As cerimônias da destruição em Kalina (1984).

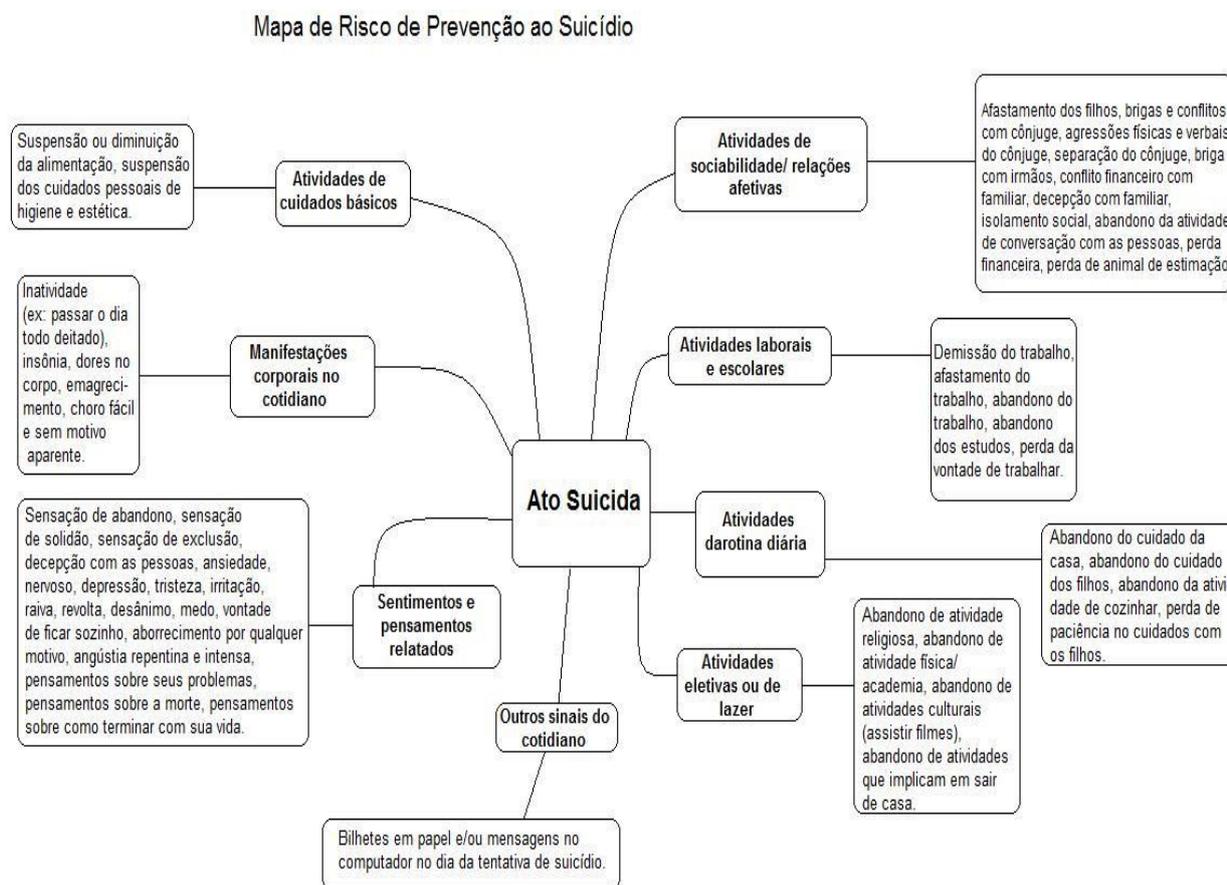


Figura 1: Mapa de risco da prevenção ao suicídio

Assim sendo, apesar da utilidade de instrumentos de prevenção, não nos serve a informação de quais são os sinais do percurso suicida, se eles não são reconhecidos quando ocorrem próximos ao observador. Das observações deste estudo resultou um novo problema: Por que os sinais de risco de suicídio não podem ser reconhecidos quando ocorrem próximos ao observador?

Este detalhe nos pareceu instigante e associado às inúmeras reações de medo, repulsa, negação e receio ao tema se colocou uma nova questão. O tabu em relação às mortes voluntárias e suas consequentes reações de esQUIVA impossibilitam a observação dos sinais que os suicidas revelam no cotidiano?

Este tema torna-se relevante, pois a área de prevenção ao suicídio apresenta inúmeras dificuldades, dentre elas, o treinamento dos profissionais de saúde que abordam a população suscetível ao suicídio. Esta temática é discutida em diversos países, sendo que no Brasil o Projeto Amigos da Vida /Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (2006) e na Argentina temos trabalhos de pesquisa sobre essas dificuldades na prevenção ao suicídio de Martinez (2007).

Como interceptar o percurso suicida? Podemos observar que a pessoa que morreu por suicídio deixou inúmeros rastros durante a elaboração de seu ato. Entretanto, estas transformações no seu cotidiano são pouco reconhecidas por familiares, amigos e profissionais

de saúde, apesar, dos sinais de risco suicida. Portanto, observamos que conhecer os sinais deixados pelo indivíduo que se matou é fundamental no processo de prevenção, mas é apenas o primeiro passo de uma estratégia de prevenção em saúde coletiva. Devemos nos habilitar para reconhecer o processo de construção do desejo pela morte voluntária para propor intervenções em saúde adequadas. Mas, esta passagem fundamental entre o conhecimento dos sinais do percurso suicida e seu reconhecimento quando este processo se dá nas situações vividas é nosso objeto de interesse. Sendo assim, neste artigo visamos discutir o tabu em relação ao suicídio e sua interferência nas estratégias de prevenção dos profissionais de saúde. Ou seja, como tabu em relação à morte por suicídio e seus interditos podem interferir nas estratégias de prevenção.

Neste trabalho objetivamos uma análise do impacto destas, especificamente os suicídios, e como estas ocupam um lugar de transgressão em relação ao tabu da morte na sociedade ocidental. Serão discutidos alguns conceitos que auxiliam na compreensão da cultura da morte na atualidade e como os suicídios contrapõem este padrão.

O suicídio e seus interditos

Sabe-se que o suicídio é envolvido numa série de tabus relacionados com temas como a religião e espiritualidade, a justiça e os códigos penais de cada país, a cultura de cada localidade etc. Nesta discussão, abordaremos apenas um dos aspectos envolvidos no tabu do suicídio: o seu atributo de transgressão ao padrão de morte contemporânea. O suicídio como morte voluntária escapa aos interditos das mortes naturais e, assim, este tipo de morte é colocado ao seu meio sócio-cultural sem as intermediações que envolvem a morte. Ou seja, os óbitos por suicídio não são escamoteados como as mortes naturais com seus inúmeros rituais de afastamento. As mortes por suicídio se colocam explicitamente no seu meio e, também, estas mortes escapam ao controle da hospitalar, na medida em que, o sujeito que morre por suicídio retoma o controle de sua morte e define o dia, o horário, a forma, o lugar etc.

Os suicídios são eventos que propõem o diálogo sobre a morte e seus interditos. Um evento repleto de significações, que comporta vários discursos tais como o discurso médico, o religioso, o jurídico, o psicológico, como também, reações de esquivas, defesas, negações e racionalizações.

Levantamos alguns aspectos sobre a morte na sociedade ocidental, pois a representação da morte na sociedade revela como tal evento é um ponto central de cerceamento, depreciação e negação. Segundo Ariès (1989) a morte na sociedade ocidental foi tratada ao longo dos séculos de diferentes formas. Sendo que no período contemporâneo assistimos a uma abordagem da morte pela qual circulam uma série de restrições, proibições e códigos que a levam cada vez mais longe dos vivos. As modificações culturais em torno da morte levaram séculos para ocorrer, assim distanciando as lembranças de outra forma de convivência com a morte. A morte na cultura ocidental foi progressivamente silenciada, temida e hospitalizada, ou seja, ela raramente escapa às restrições colocadas quanto ao seu lugar, a sua forma e ao seu momento. Inúmeros rituais a cercam. Este processo resultou num padrão de morte ocidental.

Entretanto, mortes por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes) conforme a Classificação Internacional das Doenças, OMS (1996) são as únicas que escapam ao padrão de morte ocidental. Estas formas de morte se subtraem aos ritos e controles estabelecidos pela cultura diante da morte e expõem a questão da finitude humana sem os subterfúgios praticados nas mortes naturais.

Ariès (1989) descreve a última fase da história da morte, a morte interdita. Nesta etapa o autor nos apresenta a época atual e sua relação com a morte. Esta atitude diante da morte nos interessa particularmente, pois se dá no nosso contexto cultural e na época onde estão inseridos os sujeitos deste estudo. Trata-se, principalmente, de como a modernidade e a

sua tecnologia enfrentam a morte e o moribundo. Portanto, vamos gradativamente comparar algumas reações diante da morte natural e das mortes violentas e veremos como estas escapam do enquadre técnico dado à morte na modernidade.

Segundo Ariès (1989) a morte interdita, fase do processo que descreve as transformações sociais em relação à morte ocorreu de forma mais intensa nos últimos trinta anos. A morte se transformou, gradualmente através dos séculos, de um evento próximo e familiar para um fenômeno que suscita nojo, vergonha, verdadeiro objeto de interdito na atualidade. Essa nova atitude diante da morte começa ainda no século XIX, onde o moribundo é poupado de saber seu estado e quando isto lhe é comunicado, não é mais a família que faz esta revelação. A verdade sobre a morte começa a manifestar problemas. A princípio esconder a proximidade da morte, mentir sobre sua chegada era um ato para poupar o doente. Mas, posteriormente, surge um sentimento diferente, é necessário poupar à sociedade e ao círculo de relações próximas ao moribundo do: incômodo, da emoção forte dos transtornos provocados pela agonia, da presença da morte.

A morte não deve atrapalhar a vida, o cotidiano, a felicidade, que deve estar sempre presente, perspectivas de sentimentos característicos da modernidade. Quando comparamos esta proposição da vida moderna e suas formas de acercar-se das mortes, no evento suicida surge à discrepância: o suicídio não pode ser omitido, ele não é anunciado pela família ou pelos técnicos da morte (médicos e outros). Ele se coloca por si mesmo. E, fundamentalmente, ele interrompe todo cotidiano, toda harmonia, fazendo um corte na vida daqueles que a presenciam. A morte se expõe. Outra transformação no processo de abordagem da morte pela sociedade é fundamental: a transferência do local da morte, da casa para o hospital.

Segundo Ariès (1989) o hospital ou asilo de miseráveis de épocas anteriores era um centro médico onde se curava e se lutava contra a morte. A função curativa estava presente, mas gradativamente além de lugar para a função curativa, passa-se a considerá-lo como local privilegiado para a morte. Posteriormente, nesta evolução do papel do hospital, vai-se para o hospital porque os médicos não conseguiram curar o doente. Assim, o doente é levado para o hospital não para ser curado, e sim para morrer. A morte no hospital é transformada completamente, é abolido o ritual da morte presidido pelo moribundo em meio aos amigos e parentes. A morte passa a ser um fenômeno técnico obtido pela parada dos sentidos e decidido pelo médico. O moribundo, geralmente, já perdeu a consciência, mas a morte é decomposta, segmentada em várias fases técnicas. Surge a dúvida moderna: a morte ocorre no momento de perde da consciência ou quando cessa a respiração? A decisão sobre o momento da morte é técnica e substitui totalmente a ação ritual e dramática em torno da morte. Na época atual, ninguém mais espera por semanas pelo momento da morte.

A iniciativa sobre a morte passou para o médico e seu hospital, estes decidem o momento e as circunstâncias da morte, e se esforçam para obter do doente uma morte aceitável, tolerável para os sobreviventes e sem emoções intensas. Novamente, quando comparamos esta tecnologia oferecida para as mortes de causas naturais e o suicídio mostram-se todas as diferenças: os suicídios ocorrem fora do âmbito do hospital, eles se mostram publicamente, e sem qualquer possibilidade de controle técnico quanto a tempo e espaço. O suicídio nada tem de aceitável, desencadeando reações intensas e dramáticas. Outro ponto significativo na cultura tecnológica da morte refere-se ao corpo: as operações destinadas a fazer o corpo desaparecer rapidamente dos olhos dos outros. No hospital temos a rápida preparação do corpo pelos técnicos: os parentes se separam do parente antes da morte, eles não podem assistir à morte no hospital, a família não prepara o seu morto, os sinais da morte são disfarçados por meios específicos e quando não é possível mascarar os sinais da morte fecha-se o caixão. Enfim, a eliminação do corpo do morto é rápida e eficiente. O corpo do morto nos eventos de suicídio é exposto, a morte, muitas vezes, assistida publicamente, seus vestígios ficam impregnados no local, enfim, a morte não pode ser escamoteada. Numa morte por suicídio as manifestações em torno da mesma

são inevitáveis, pois não há discrição, o corpo é exposto ao público e a visibilidade da morte é intensa.

Nesta fase interdita da morte descrita por Àries (1989) encontramos uma morte insípida, higiênica, sem emoção, controlada no tempo e no espaço, maquiada, rápida, famílias sem luto, enfim, todos os signos da morte são gradualmente abolidos ou minimizados. Esses fenômenos constituem um verdadeiro interdito à morte: aquilo que anteriormente era lícito em relação à morte passa a ser proibido. E, consideramos que, para cada novo interdito, surgem novas formas de transgressão: entre elas o suicídio. Os suicídios ao escaparem às restrições impostas pela cultura moderna e tecnológica se colocam como uma forma transgressão. Neste fenômeno encontramos a morte sem higiene, sem discrição, sem controle no tempo e espaço, sem disfarces, em locais inadequados e com toda emoção possível. A morte na nossa sociedade ocorre longe dos olhos das pessoas, quase sempre é tratada como um evento de domínio médico-hospitalar, ela é controlada no tempo e espaço, a aparência da morte é oculta com o tratamento estético dado aos mortos, inúmeros rituais fúnebres a escamoteiam, e muitos outros atos fazem o envoltório que nos afastam da morte.

Os suicídios burlam estes mecanismos de proteção e trazem à cena a morte explícita e revelam aos olhos do mundo aquilo que é velado, aquilo que é o não nomeado, aquilo que é interdito. Esta transgressão do ato suicida em relação ao tabu da morte pode levar às consequentes reações de esquiva que impossibilitam a observação dos sinais que os suicidas revelam no cotidiano? Finalizando nosso argumento, propomos neste artigo discutir a temática do tabu em relação ao suicídio e sua interferência nas estratégias de prevenção dos profissionais de saúde.

Método

Elaboramos uma pesquisa qualitativa cujo objetivo fundamental foi verificar se angústias e medos em relação à morte e ao suicídio (óbitos e tentativas) dos profissionais da saúde do Município de Santos trazem implicações nas estratégias de prevenção ao suicídio. Na primeira fase desta pesquisa procedemos com um levantamento dos profissionais de saúde, que abordavam a população estudada no Município de Santos via informações públicas e informatizadas.

Na segunda fase procedemos com a busca destes profissionais, via os endereços de trabalho. Os critérios de seleção para a entrevista dos profissionais foram: a abordagem da população em estudo, o conhecimento de sinais de comportamento suicida, segundo o manual: *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental do Ministério da Saúde (2006)* e a aceitação para participar da pesquisa. Os entrevistados encontravam-se na faixa etária de 30 a 50 anos e suas profissões eram psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliar de enfermagem e alguns também atuavam como docentes em universidade.

O Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi oferecido aos participantes da pesquisa e somente após a concordância, sua participação foi efetivada. Nesta pesquisa os critérios éticos foram respeitados e a mesma foi submetida ao núcleo de Bioética da UNIFESP e aprovado pelo Comitê de Ética (020/11).

Na última fase realizamos nossas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, sendo que o roteiro de entrevistas foi utilizado como desencadeador de discurso sobre a morte e o suicídio. Assim sendo, não cerceamos o discurso dos profissionais entrevistados ou restringimos suas colocações às questões formuladas nas entrevistas. Nossa meta foi conhecer a postura diante da morte e do suicídio dos profissionais de saúde e como estas concepções podem influenciar suas práticas de prevenção ao suicídio. Posteriormente, analisamos os discursos em relação à morte e ao suicídio dos profissionais de saúde e identificamos os possíveis tabus dos profissionais de saúde em relação ao suicídio.

Resultados e Análise

Nas seis entrevistas realizadas obtivemos conteúdos verbais, gestuais, simbólicos extensos e dispomos as manifestações apresentadas em conjunto a partir das questões norteadoras da entrevista. Tal metodologia na abordagem dos resultados foi adotada, pois consideramos que os discursos reportam uma concepção cultural genérica sobre a morte e suicídio na sociedade contemporânea, assim sendo, não há uma relevância na identificação dos discursos e seus sujeitos.

Também, na descrição dos resultados utilizamos como critério a seleção de fragmentos das entrevistas que diretamente se relacionavam à temática do estudo.

A análise dos discursos foi inspirada numa leitura psicodinâmica do conteúdo das entrevistas buscando os clássicos mecanismos de defesa utilizados pelos sujeitos diante da angústia. Em Laplanche (1991, p. 279) encontramos este conceito e citamos alguns destes possíveis mecanismos: racionalização, negação, anulação, inversão pelo contrário, dissociação, entre outros.

E, paralelamente, colocamos uma breve sinalização analítica destes discursos elaborados pelos sujeitos para esquivarem-se da angústia. Assim, nosso objetivo com tais sinalizações foi apontar e discutir os subterfúgios, afetos e reações, em relação à morte ou suicídio utilizado pelos entrevistados.

Estes serão identificados no presente estudo por S1 a S6 (sujeito 1 a sujeito 6) e suas falas em itálico.

1) O que a morte significa para você?

**A morte é uma questão séria. Finalização da vida, término de uma jornada que teve o seu começo. Sempre penso na morte, pois tenho uma família grande e as pessoas estão envelhecendo, a morte está sempre presente. (S1)*

**Eu acho uma perda imensa, pensando na morte das pessoas que eu amo. Acho que eu tenho dificuldade de lidar com isso, de verdade, eu acho que tenho dificuldade. Em pensar nas pessoas que eu amo partindo, eu sei que tenho que pensar nisso um dia na vida, mas eu sei que eu vou ter muita dificuldade. (S2)*

**Para mim ela significa o fim mesmo, o fim dessa vida e eu até falo que pra mim não precisa nem fazer velório. Acho que você tem que ser importante, fazer o que tem que fazer na vida mesmo. (S3)*

**Finitude e transformação. Olha, como profissional, se eu estou enfrentado alguém que está num processo terminal... eu nunca comento nenhum aspecto de religiosidade em relação a isso. Então, por isso que eu acho que é finitude, termina um ciclo. E, transformação, porque é uma questão pessoal de visão de vida, acho que tem que transformar em alguma coisa, não é possível! Eu não consigo imaginar, não é nem porque eu tenha nenhuma religião, mas, de que a gente viva tanto, lute tanto, por coisas bonitas, por coisas feias, e de repente acaba e só vai virar átomo de carbono! Então, eu acho que tem essa energia, tem que virar alguma coisa. Mas assim, no atendimento como profissional de saúde, quando essa questão da morte se apresenta, eu nunca me coloquei nesse lugar de ficar discutindo filosoficamente, a menos que, que eles tragam alguma questão. (S4)*

**É difícil porque a gente não para muito para pensar, eu acho que a tendência da gente é fugir um pouco dela né, não enfrentar muito né. Eu associo a morte com sofrimento, com perda, e considerando a morte de outras pessoas. Em relação a mim, eu só sinto assim que é um acabar sabe, é um acabar o tempo. E a sensação que dá é que sempre ainda falta muito, ainda não está na hora, ainda têm muito que fazer. Então, pra mim a morte seria uma*

interrupção de um caminho. Mas, sinceramente nunca pensei muito sobre. Eu acho que a gente foge muito disso. (S5)

**A morte é uma etapa, uma conclusão de uma etapa da vida. Que, pessoa se depara com tudo aquilo, uma revisão da vida. Então, é como se fosse uma revisão mesmo, de todo um processo de vida. (S6)*

Sinalizações: Nestes fragmentos observamos alguns subterfúgios para abordar a morte, pois apesar de alguns entrevistados considerarem a morte como o fim da vida, eles não pensam na sua própria morte e, sim, na morte do outro. Ou seja, não conseguem acercar-se do tema da sua própria morte. Também, os entrevistados racionalizam ao falar sobre a morte e um discurso valoriza a vida para menosprezar a morte. Em outro encontramos uma flagrante cisão, pois o entrevistado ao referir-se à morte dos pacientes terminais considera finitude, mas para sua morte considera que há uma transformação em algo “tem que virar alguma coisa”. Talvez, por isso ele evite discutir o tema com pacientes para não resvalar na sua ambiguidade. Em outros dois discursos observa-se a negação da morte como fim, pois os entrevistados se reportam a morte como interrupção de um ciclo ou fim de uma etapa.

2) Quais são suas reações diante da morte?

**Luto, choro, tristeza, sente saudade. (S1)*

**Eu acho uma perda imensa quando penso na morte das pessoas que eu amo. Acho que eu tenho dificuldade de lidar com isso, pensar nas pessoas que eu amo partindo, eu sei que tenho que pensar nisso um dia na vida. (S2)*

**Eu não tenho uma reação muito boa porque eu perdi meu pai e minha mãe muito cedo. Então, eu ainda me lembro do enterro da minha mãe, foi muito difícil pra mim e acho que depois dela, o único enterro que eu fui foi o da minha sogra. Eu fujo de enterro, não gosto mesmo. Claro que ninguém gosta, mas se eu puder não ir, evitar, eu não vou mesmo. (S3)*

**Depende da morte de quem é, e da circunstância da morte. Se, é uma morte de uma pessoa que teve uma vida longa, bem vivida, e a morte vem como o desfecho natural da vida, tem um processo de aceitação, enfim, obviamente dependendo da proximidade você fica mais triste, ou só simpático, enfim. Quando é uma experiência pessoal, enfim, vinculado a uma pessoa mais jovem e tal, aí é de dor, sofrimento, indignação, de não aceitação, de raiva, revolta. (S4)*

A entrevista abaixo revelou muitos artefatos de dissociação, assim para alcançar a inteligibilidade nós procedemos com uma reorganização o texto.

Depende do grau de envolvimento, eu acho que a gente tem a morte de pessoas próximas... Eu acho que eu... bom, bem a gente não reage, eu acho que assim tem momentos que dá revolta, não entender muito. Minha vivência de morte, de entes muito próximos queridos é pequena, muito pequena. Então, eu acho que estas foram bem vividas por mim, eu acho que assim, eu passei por um luto, por um tempo de luto, eu acho assim, de um pouco de não aceitar, de não entender, mas percebo que de uma forma consegui, em nenhum momento acho que foi uma coisa que me tirou totalmente do prumo. A morte sempre gera um pouco de culpa, a sensação sempre que você podia ter feito alguma coisa, mas eu acho que eu fugi, me perdi um pouco do que eu estava falando... Daqui a pouco eu volto (risos). (S5)

A gente acaba tendo que se acostumar pelo inesperado. Então, às vezes no início, quando eu entrei aqui (casa de repouso para idosos) era um pouco difícil, a gente não esperava, porque era mais fácil a gente pensar que um idoso que já estava doente, com uma doença

crônica, ou em uma internação hospitalar, vir a morrer mais rápido. O que realmente era brusco, de repente, você sai sexta-feira no final do trabalho, passa o final de semana, você chega aqui na segunda-feira e teve um óbito no final de semana de uma função muito inesperada. Então, isto agride a gente, não ficamos procurando alguns sinais que o idoso dê, a gente acaba tentando controlar a situação de alguma forma, mas não dá para controlar. (S6)

Sinalizações: Nestes depoimentos sobre as reações diante da morte encontramos afetos e subterfúgios em relação ao tema: refletir sempre na morte do outro, negação da morte com fim, raiva, culpa, dissociação entre pensamentos e afetos, sensação de agressão, tentativa de controle ou de evitar o evento da morte. Observamos nas entrevistas que esta questão norteadora gerou muita desorganização no discurso dos entrevistados, sendo assim, houve uma flagrante cisão entre racionalidade e afetos, dicotomia nas considerações espirituais relativas a morte do outro e a própria morte, expressão de sentimentos eticamente velados entre profissionais de saúde como raiva, culpa, impotência e angústia.

3) O que você pensa sobre pessoas que voluntariamente buscam a morte?

A pessoa não consegue lidar e busca uma saída muito radical. As situações que passei fizeram com que eu me sentisse triste e culpada por não conseguir ajudar, também, às vezes senti raiva das pessoas. (S1)

Nossa, eu acho que é um sofrimento psíquico muito profundo. São pessoas que tem muita coragem e um sofrimento muito grande. Porque tirar a própria vida não deve ser nada fácil. (S2)

Eu acho que é um ato de desespero, porque as pessoas costumam até falar que quem se suicida é porque é fraco, eu não penso assim não. Acho que pode até ser uma pessoa forte, mas aquele desespero ali é crucial. E, assim, nos pacientes também eu vejo muito o fato deles ouvirem vozes, de verem vultos e aquilo ficar tudo mexendo muito com ele. Eu acho que também é um pouco de falta de Deus, porque as pessoas estão se tornando muito isoladas, muito individualistas e é muito difícil conviver assim, por isso, que eu acho que elas buscam mais a morte. (S3)

Eu acho que eu fico com raiva, eu pessoa. Se é uma pessoa próxima, eu sei porque tive uma colega que fez, o meu primeiro sentimento foi de raiva, eu não entendi como um pedido de ajuda nem nada, achei que ela era uma tremenda de uma babaca, safada, que ainda ia acabar com o sofrimento dela e deixar a gente na mão... Eu não consegui ter empatia pelo sofrimento que ela devia estar sentindo por tentar. Mas do ponto de vista mais intelectual, eu fico imaginando que deve ser um sofrimento tão grande. As vezes eu fico pensando que as pessoas não querem morrer né, elas querem parar de sofrer. De que não é exatamente o desejo da morte, mas é o desejo de parar de sofrer, então é muito complexo. (S4)

Eu julgo que são pessoas num sofrimento muito grande, porque eu acho que precisa muita coragem. Então, eu acho que a pessoa quando chega esse ponto é porque ela está num sofrimento, num desespero muito grande, que ela não vê saída, ela não consegue enfrentar o que está passando. A não ser, aquelas que são uma forma de chamar atenção, de atuação que também estão em sofrimento, porque se precisam disso é porque também tem um sofrimento. Quer assustar o familiar, e às vezes perde a mão e consegue. Mas, a maioria a que chega estão chamando atenção, ou não estão sabendo lidar com a problemática, mas é uma coisa que não é naquele ponto último que tenta para morrer, não chega no finalmente, porque são pessoas que você ainda percebe uma luz no final do túnel". (S5)

Elas têm uma visão que o suicídio vai solucionar os problemas. Eu entendo que é uma falta

de habilidade emocional, social, de lidar com as dificuldades, de lidar com a dor, lidar com as perdas. Geralmente, com o idoso a gente é uma fase de muitas perdas, mas também tem outros ganhos, e socialmente, o que se reforça mais são as perdas, perda de família, perda da juventude, perda da saúde. Mas existem outros ganhos, que muitas vezes, não são valorizados, e por não sustentar todas estas perdas é que algumas pessoas querem realmente interromper a vida e partir pra uma coisa que mais fácil, uma solução mais rápida. (S6)

Sinalizações: Destacam-se algumas características atribuídas aos sujeitos suicidas pelos entrevistados: radicalidade, coragem, desespero, sofrimento psíquico, força, loucura, ausência de religiosidade, individualismo, safadeza, babaca, egoísmo, falta de consideração com o outro, incapacidade, simulação, falta de habilidade emocional e social, entre outros.

Estes apontamentos sobre os suicidas dispersos e diversificados nas entrevistas quando reunidos evidenciam o lugar simbólico que o suicida ocupa na nossa cultura. Lugar que circula no âmbito depreciativo. Entretanto, algo há de ordinário entre estes adjetivos atribuídos ao suicida, pois sempre ele é colocado no lugar do incomum, estranho, extra-humano, podendo ser uma estratégia defensiva, ou seja, uma forma de se apartar do sujeito suicida e, assim, não permitir nenhuma forma de identidade. O suicídio torna-se algo da ordem do anormal, antissocial ou imoral.

4) Na sua rotina de trabalho você já observou sinais de risco suicida? Se sim, qual foi sua atitude frente a esta situação? Se, não, o que você pensa sobre o fato de nunca ter observado sinais indicativos de suicídio em alguém?

Sim, eu tentei acolher junto da equipe de profissionais, conversar, procurar uma saída junto com a pessoa, escutar, mostrar que ela não estava sozinha. (S1)

*Sim, mas ela tinha outras questões, e eu confesso que chegou um momento em que eu pensava se era, de fato, uma tentativa de suicídio, ou se era uma forma de chamar atenção para si, parece até cruel da minha parte falar isso, mas não. *Não, eu acho que é falta de conhecimento mesmo, talvez, na própria graduação deveria ter esse tipo de orientação. Para gente poder aprender identificar esse tipo de situação. Mas, também acho que tem algo que vem junto com a negação da morte, eu pelo menos, eu queria tanto viver até os 100 anos e que todo mundo que estivesse ao meu redor também vivesse até os 100, que eu não quero pensar muito nisso, eu não quero ver né. (Observação: no final da entrevista ela olhou novamente a lista de sinais, e disse que pensou se ela já não teve contato com pessoas que demonstraram os sinais e ela não percebeu por causa da negação, e também por causa do dia-a-dia muito acelerado). (S3)*

Sim, inclusive tivemos um paciente que se suicidou, não lá dentro porque ele conseguiu sair pra rua, ele conseguiu arrebentar o portão e ele correu para praia, ele se afogou na biquinha. Eu conversei com o médico do paciente para ver medicação e, também, conversei com o paciente. Mas, acho que medicação é o que funciona, porque quando eles estão mesmo com ideia de suicídio é muito difícil de não cometerem mesmo. É uma coisa muito física, muito degradante e vai consumindo. (S4)

Eu não saberia dizer, pois eu tive duas ou três experiências de pessoas internadas vítimas de tentativas de suicídio, que eu as tratei no hospital em decorrência das tentativas de suicídio que não foram consumadas. Enfim, pelo menos que não foram consumadas com morte, então, estavam lá se tratando das sequelas. Até porque tem um tanto de gente que enquanto a gente está aqui conversando sobe no 10º andar e pula! Eu penso que todo profissional da saúde deveria receber na sua formação básica essa formação, eu acho que a questão de morte e morrer não é abordada na graduação. (S5)

Sim, o risco em si, o ato a gente nunca acompanhou, o que nós observamos em alguns momentos são ideações, são os pensamentos, a questão da menos valia, é melhor eu morrer mesmo. As pessoas têm uma crença que o idoso normalmente é deprimido e isso não é verdade. Depressão não é natural em um idoso. A gente tem que tratar, a gente tem que entrar com uma terapia medicamentosa né, com avaliação de um geriatra, ou de um psiquiatra pra você melhorar os sintomas. Também, um manejo terapêutico, um suporte emocional para essa pessoa, nem que a gente tenha que fazer uma abordagem com a família. (S6)

Sinalizações: Nesta questão sobre a percepção dos sinais do percurso suicida e as formas de conduta dos profissionais tivemos colocações de procedimentos, tais como, acolher, abordagem da família, prevenção (mas de forma muito vaga e sem especificação da abordagem) e algumas outras observações como percepção de crueldade em relação ao sujeito, ausência de conhecimento no tema, negação da morte dificultando o processo, condutas de medicalização, considerações sobre a inevitabilidade do evento suicida. Estas colocações demonstram um despreparo profissional nesta área, acrescido das questões citadas nos outros tópicos vemos que a possibilidade de reconhecimento e abordagem dos sujeitos quando demonstram sinais do percurso suicida torna-se extremamente prejudicada.

Discussão

No discurso que emergiu das entrevistas com os profissionais buscamos os elementos relacionados ao tabu do suicídio e sua interferência na prevenção ao evento. Dessa forma, encontramos os discursos que se manifestaram em torno das mortes e do suicídio e refletimos para descobrir como mitigam a angústia suscitada pela morte voluntária. Observamos que os discursos verbais que circularam em torno da morte e do suicídio convêm para racionalizar, negar, distanciar e controlar este fenômeno que se impõe insistentemente na vida humana.

A atitude perante a morte na cultura contemporânea revela uma aparente indiferença em relação à morte e aos mortos, mas esse recalco do sofrimento em relação à morte traz prejuízos a todos, sejam profissionais ou os sujeitos suicidas. Também, observamos algumas vezes como o suicídio, segundo os entrevistados, diz respeito a sujeitos estranhos, patológicos, incomuns, e assim sempre diferentes do entrevistado. Um típico processo de defesa por afastamento e projeção.

Sobre as vicissitudes do homem em relação à morte sabemos que a representação psíquica da morte sempre foi conceito controverso e na perspectiva psicanalítica aponta-se que não é possível ao homem simbolizar um objeto que ele nunca vivenciou através da senso-percepção: sua própria morte. A representação psíquica para a teoria psicanalítica é a forma pela qual o homem toma contato com os objetos do meio externo, os investe com a pulsão, e finalmente, os registra no seu psiquismo. Vejamos a definição de Laplanche (1991, p. 455): “Representação ou grupo de representações em que a pulsão se fixa no decurso da história do sujeito, e por meio da qual se inscreve no psiquismo”.

Como o homem representa sua própria morte? Ou, como o homem a inscreve no seu psiquismo como parte de sua história? Aqui, começam os dilemas entre o homem e sua morte, pois a sua própria morte é impossível de ser representada. A lógica do psiquismo não permite a negatividade do próprio sujeito. Portanto, o homem permanece durante a vida abordando sua própria morte (e a morte do outro) com subterfúgios e reações defensivas, que permitem negá-la, distanciar-la, projetá-la, racionalizá-la, enfim, escamotear a morte. Assim, a morte sempre é revestida de inúmeros véus que permitem recobrir este evento e evitar a angústia. A morte de si mesmo nunca pode se transformar num símbolo, num signo, numa representação que permita ao sujeito elaborar a própria morte (ou a morte do outro) numa cadeia de simbolização. A morte permanece como objeto intransponível, velado, como um elemento impossível de significação. Esta questão mostrou-se fundamental nas entrevistas da pesquisa, pois também os profissionais de saúde se equivocaram da questão da morte.

Observemos as colocações de Freud (1974, p. 327) sobre as questões da morte e sua representação:

A qualquer um que nos desse ouvidos nos mostrávamos, naturalmente, preparados para sustentar que a morte era o resultado necessário da vida, que cada um deve à natureza uma morte e deve esperar pagar a dívida – em suma, que a morte era natural, inegável e inevitável. Na realidade, contudo, estávamos habituados a nos comportar como se fosse diferente. Revelávamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. Tentávamos silenciá-la; na realidade [...] De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou dizendo, a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.

As mortes carregam consigo uma série de rituais que visam ocultar, afastar, restringir este fenômeno dos homens. Entretanto, quando um suicídio ocorre tais restrições são abolidas abruptamente e a morte se expõe.

Nos discursos dos nossos entrevistados observamos como não conseguiram abordar diretamente o tema da morte, sendo que utilizaram vários mecanismos que indicam sua negação: negação, racionalização, ambivalência, desorganização, incoerência, medo, angústia, esquiva, raiva, projeção, entre outros. Estes aspectos tornaram-se presentes e, talvez, neste processo envolto em angústias e defesas estejam subjacentes às razões para o não reconhecimento dos sinais deixados pelos suicidas. Observamos que aceitar as mortes por suicídio é mais difícil, pois somos colocados diante da morte de forma visível e próxima, sem seus rituais de afastamento. O caráter de transgressão do ato suicida em relação ao tabu da morte pode levar às consequentes reações de esquiva que impossibilitam a observação dos sinais que os suicidas revelam no cotidiano. Desta forma, concluímos que conhecer os sinais deixados pelo suicida é fundamental no processo de prevenção, mas é apenas o primeiro passo numa estratégia de prevenção. As angústias demonstradas pelos nossos entrevistados são fundamentos do humano e não podem ser escamoteadas, e assim, projetar estratégias de formação sobre o tema da morte pode proporcionar subsídios para a prevenção ao suicídio, mas não basta a informação técnica isolada do contexto psicológico e cultural para a prevenção deste evento.

Referências

- Áriès, P. (1989). *História da morte no ocidente*. (2th. ed.). Lisboa, Portugal: Teorema.
- Dias, M. L. (1991). *Suicídio, testemunhos de adeus*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Freud, S. (1974). Obras completas. *Reflexões para um tempo de guerra*. Vol. XIV. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Kalina & Kovadloff, S. (1984). *As cerimônias da destruição*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.
- Laplanche J. & Pontalis, J. B. (1991). *Vocabulário de psicanálise* São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Ministério da Saúde, OPAS e UNICAMP. (2006). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. São Paulo: OMS.
- Organização Mundial da Saúde/Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português (1996). *CID-10* (3ª ed.). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.
- Silva, M. M. (1992). *Suicídio na trama da comunicação*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia da Universidade católica, SP).
- World Health Org. (2001). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, WHO.