

Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio

Postvention: a new perspective for a suicide

Karina Okajima Fukumitsu¹
Carolina Cássia Conceição Abílio²
Caroline Felipe da Silva Lima³
Débora Matte Gennari⁴
José Perim Pellegrino⁵
Tatiane Lucheis Pereira⁶

Resumo: O suicídio é um fenômeno multifatorial e, por essa razão, não se deve pensar isoladamente para que se compreendam os motivos que levam uma pessoa se matar. A morte talvez finalize o sofrimento de quem se suicidou, mas o sofrimento de quem ficou, o enlutado, é iniciado. *Postvention* é uma intervenção proposta por Edwin Shneidman cujo objetivo é o de minimizar as consequências sofridas por uma pessoa que foi impactada pelo suicídio. O cuidado com aquele que sofreu com o impacto da morte abrupta, repentina e violenta pode ser considerado prevenção, uma vez que a posvenção é considerada prevenção futura. O presente artigo tem o objetivo de apresentar reflexões sobre cuidados, intervenções e estratégias da posvenção no Brasil. Foram entrevistados quatro profissionais da área da saúde e, a partir de análise fenomenológica, cinco unidades de significados foram extraídas e oferecem uma nova visão acerca da prevenção do suicídio no Brasil.

Palavras-chave: suicídio, luto (estado emocional), prevenção do suicídio, suicidologia.

Abstrat: Suicide is a multifactorial phenomenon and, therefore, the understanding about the motivations for this type of death should not be thought of in isolation. Death may end the suffering of those who committed suicide, but the suffering of those who stayed, the mourner, was just started. Postvention is an intervention proposed by Edwin Shneidman whose purpose is to minimize the consequences suffered by a person who has been affected by suicide. The caring for one who has undergone the impact of abrupt, sudden and violent death, can be considered prevention, since postvention is considered as future prevention. This article aims to present reflections on care, interventions and strategies postvention in Brazil. Five trade professionals in the health area were interviewed and, from the Phenomenological analysis, five units of meaning were extracted and offer a new vision about suicide prevention in Brazil.

Keywords: suicide, mourning (emotional state), suicide prevention, suicidology.

1 Psicóloga e Psicoterapeuta. Bolsista PNPd/CAPES e Pós-doutoranda pelo Programa de Pósgraduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade São Paulo. karinafukumitsu@gmail.com

2 Psicóloga graduada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Bolsista de Apoio Técnico do Conselho Nacional de Desenvolvimento (CNPq) na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. carol.c.abilio@gmail.com

3 Psicóloga pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Psicóloga técnica no Serviço de Proteção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (SPCAVV Monte Castelo). caroll-zinha.psico@hotmail.com

4 Psicóloga e Psicoterapeuta formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, pós-graduanda em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. deboragennari@hotmail.com

5 Psicólogo formado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. jose.pellegrino10@gmail.com

6 Psicóloga, formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e Aprimorada em Clínica Fenomenológico-Existencial no Atendimento Psicológico de Adolescentes pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. tatilucheis@gmail.com

Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio

Postvention: a new perspective for a suicide

Karina Okajima Fukumitsu
Carolina Cássia Conceição Abílio
Caroline Felipe da Silva Lima
Débora Matte Gennari
José Perim Pellegrino
Tatiane Lucheis Pereira

Introdução

Há grandes diferenças culturais na forma de lidar com a morte: “se no ocidente a morte é vista como fim, ruptura, fracasso, como interdita, oculta, vergonhosa, os rituais corresponderão a esta forma de encarar a morte [...] na visão oriental, a morte surge, fundamentalmente, como um estado de transição e principalmente de evolução, para o qual deve haver um preparo” (Kovács, 2010, p. 48). A influência cultural na forma de compreender a morte sinaliza a complexidade do assunto, e não é diferente ao se tratar da morte por suicídio.

O suicídio é um fenômeno que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Observando tais aspectos em uma pessoa, é possível perceber os fatores de risco do suicídio. Estados de humor irritável ou depressivo, períodos prolongados de isolamento, hostilidade com família e amigos, afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar, comportamentos como abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual imprudente e fugas de casa são alguns sinais de risco para uma possível conduta suicida.

A partir da ideia de que o ser humano é composto de uma relação biopsicossocial, deve-se compreender a multiplicidade dos fatores envolvidos neste fenômeno a fim de se considerar a visão holística do funcionamento humano e, mais especificamente, do comportamento suicida (Werlang & Botega, 2004). O suicídio não é tão somente uma tragédia no âmbito pessoal, ele também representa um sério problema de saúde pública, pois está presente em todos os níveis socioeconômicos, pode ocorrer em qualquer faixa etária e sua proporção é de âmbito global.

No entanto, apesar da evidente necessidade de atentar-se para esse fenômeno, justificada por sua gravidade, percebe-se pequena mobilização social frente a esta temática, principalmente no Brasil.

O suicídio está entre as 10 principais causas de morte, considerando-se todas as faixas etárias, e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. Pesquisas apontam o aumento do número de casos de suicídio entre adolescentes de 15 a 19 anos, principalmente homens; entre mulheres, as tentativas de suicídio acontecem mais com jovens (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006).

A pesquisa tem como objetivo refletir sobre a posvenção como uma possibilidade na lida do suicídio. Para tanto, além da revisão bibliográfica, foram entrevistados, segundo o método fenomenológico, quatro profissionais vinculados às universidades do Brasil que se destacam pela experiência com o fenômeno estudado. Salienta-se que, neste trabalho, o enlutado, a pessoa que sofre com o impacto do suicídio, será denominada sobrevivente.

A principal preocupação foi a compreensão das atividades propostas para que os sobreviventes possam ter seu sofrimento acolhido. Concomitantemente, a posvenção surge como uma alternativa que pretende minimizar em um sobrevivente as sequelas de uma morte por suicídio. Termo criado pelo suicidologista Edwin Shneidman, a posvenção considera as

atividades que auxiliam os enlutados no sentido de atenuar o impacto do suicídio. Também define como toda e qualquer atividade que ocorre depois do suicídio.

Suicídio e o enlutamento por suicídio

A palavra suicídio foi utilizada pela primeira vez por Defontaines, em 1737, e desde então vêm surgindo mudanças em sua compreensão. Atualmente, podemos considerar algumas definições, conforme constam a seguir.

Uma maneira de se entender o suicídio é através da compreensão de que foi a única saída encontrada pela pessoa que o cometeu para acabar com seu sofrimento psicológico e, nesse sentido, “O indivíduo é o único responsável por sua vida e também por sua morte, e nessa morte por suicídio o papel principal será desempenhado por sua própria maneira de ser, por nenhuma outra pessoa.” (Corrêa & Barrero, 2006, p. 163).

Para a compreensão da motivação (razões psicológicas) para o suicídio, torna-se necessário levantar aspectos da história do indivíduo para assim poder reconhecer fatores predisponentes não imediatos. A história em sentido amplo permite identificar os motivos que, ao longo da vida, auxiliaram a estruturar e escolher uma saída suicida, efetivando um ato autodestrutivo intencional. (Werlang & Botega, 2004, p.126).

Segundo Dias (citado por Fukumitsu, 2011), suicídio refere-se à morte que alguém provoca a si próprio de forma consciente, deliberada e intencional. Este meio de morrer reflete uma forte descarga emocional resultante de muito sofrimento psicológico, como explica Jamison (2010, p. 27), o sofrimento mental que conduz a ele costuma ser prolongado, intenso, e sem paliativos. Não existe morfina equivalente para mitigar a dor intensa, e a morte costuma ser violenta e terrível.

O suicídio é uma questão tão ampla e complexa que, quanto mais se estuda, mais distante se está de uma conclusão. Segundo Werlang e Botega (2004, p.113), “Tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta, revelando a atuação de fenômenos psicossociais complexos”. Dessa maneira, pode-se apontar que o suicídio apresenta caráter multifatorial, indo além de uma única justificativa, exigindo daquele que o estuda a compreensão de todas as variáveis de maneira aprofundada.

[...] o ato suicida exitoso se constitui no evento final de uma complexa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos (com ênfase nas primeiras experiências vitais), sociais, históricos e culturais. (Werlang & Botega, 2004, p. 27)

O suicídio é marcado por uma ambivalência entre o desejo de viver e o desejo de acabar com a dor, a impulsividade do ato ou tentativa e a rigidez de pensamento, já que a pessoa não encontra outra saída para seus problemas.

Destaca-se a imprevisibilidade do suicídio, pois mesmo que a pessoa expresse a intenção de tirar a própria vida, na maioria dos casos não é possível compreender quando ou como se concretizará o ato ou a tentativa. Tal imprevisibilidade é observada em diversos casos de pessoas que indicam potencial suicida, pois acumulam as indicações de fatores de risco, mas que não consumam o ato. Da mesma maneira, há casos de pessoas que não apresentam nenhum fator de risco e, mesmo assim, cometem o ato.

Nesse sentido, outro ponto a ser destacado é o fato de algumas pessoas mostrarem uma falsa melhora, ou seja, a pessoa parece desejar driblar a atenção do outro para que seu ato não seja descoberto. Este “trabalho na surdina” é apontado por Jamison (2010, p. 140): “mais da metade dos pacientes que se mataram em hospitais psiquiátricos foram descritos pelas equipes médicas e de enfermagem, pouco antes do seu suicídio, como ‘melhores

cl clinicamente' ou 'melhorando'".

A falta de conhecimento das reais motivações daquele que se matou provoca pensamentos distorcidos sobre a pessoa que cometeu o suicídio, como ressaltado: "Há limites no quanto de paixão ou dor uma pessoa pode suportar antes de ser destruída [...] Culpar alguém que comete suicídio é igual a castigar um doente quando este morre de febre." (Goethe, citado por Corrêa & Barrero, 2006, p. 176).

Jamison (2010) afirma ser inevitável que certa paralisia intelectual se estabeleça após a leitura de centenas de elaboradas tentativas médicas, filosóficas e sociológicas para classificar o suicídio. Sendo assim, destaca-se que os principais motivos da paralisia são a falta de conhecimento e o estigma sofridos por quem o comete, bem como pelos sobreviventes.

O estigma pode também ser compreensível uma vez que a complexidade das motivações é factível. De acordo com Shneidman (1975, citado por Werlang & Botega, 2004, p. 83): "ninguém sabe por que seres humanos tiram a sua própria vida; frequentemente, a pessoa que o faz, e algumas vezes, principalmente ela, conhece menos ainda os seus complicados motivos para a autodestruição".

Lidar com o estigma que [...] cerca o suicídio, é uma tarefa complexa. O estigma é responsável pelo desencorajamento das pessoas para buscar e aceitar ajuda, limitando o tratamento e o apoio quando estas necessitam dele. (Werlang & Botega, 2004, p. 144)

A natureza cíclica e geracional do suicídio é uma evidência da necessidade de políticas públicas de saúde e outras formas de apoio psicológico, econômico e social (Botega et al., 2006). Dessa forma, há de se considerar também o suicídio por contágio, um importante foco na área de prevenção, uma vez que a valorização e/ou o modo como é divulgado um suicídio, principalmente pela mídia, pode influenciar pessoas que enxergam o fim de suas vidas como uma saída para seu sofrimento, como pontuado por Jamison (2010): "O suicídio possui um aspecto perigosamente contagioso; exerce também, sobre os vulneráveis, um apelo indiscutível como solução de último recurso" (p. 16). A devastação emocional e social torna os indivíduos mais suscetíveis ao suicídio e/ou a transtornos psiquiátricos graves, o que faz com que o suicídio se caracterize como um ciclo interminável de tragédias.

O suicídio é compreendido como a melhor solução encontrada pelo indivíduo para escapar de uma dor psicológica insuportável. Esta dor que toma conta da mente está carregada de estados emocionais negativos (culpa, vergonha, angústia, pânico, solidão) e acompanhada de ideais de morte (cessação), como estímulo para colocar um fim nas emoções intoleráveis. (Shneidman, 1992, 1994, 1999 citado por Werlang & Botega, 2004, p. 84)

Quando a morte ocorre por suicídio, fatores culturais e individuais impactam sobre o enlutado, influenciando diretamente a experiência de luto e as reações emocionais decorrentes desse processo. Tal morte pode acentuar o estigma supramencionado, maiores sentimentos de culpa e questionamentos diversos por parte dos enlutados (Corrêa & Barrero, 2006; Clark, 2007).

Constatou-se que, para cada suicídio, em média seis pessoas próximas sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas. Por ser o suicídio uma morte trágica, pode-se refletir sobre a dificuldade em lidar com a situação,

[...] uma criança cujo pai se mata pode sentir extremamente a perda e, se propensa à depressão, reage de modo desesperado e similar; a exposição à violência ou ao suicídio pode ter impacto particularmente mortal sobre alguns membros da família; ou o ato suicida pode ser imitado ou aprendido como a melhor solução para dor grave, privação ou estresse. (Jamison, 2010, p. 155)

Existem variadas formas de expressão exterior do luto. As formas variam de acordo com a história e vivências do indivíduo antes da perda e do tipo de vínculo estabelecido com o falecido, entre outros fatores, incluindo as formas de luto aprendidas e socialmente aceitas na cultura.

De modo geral, os adultos receiam contar a uma criança que um ente querido se suicidou, por medo de isso impactar negativamente a visão da criança sobre o falecido e fomentar ideias suicidas no futuro. Porém, se o fato for descoberto tardiamente pelo indivíduo, pode acarretar em um “dano adicional e desnecessário, que impede o filho de compreender a realidade da experiência de seu próprio pai” (Jamison, 2010, pp. 273-274).

A participação de crianças e adolescentes no processo de luto e nas cerimônias formais que tomam lugar após a morte concreta é imprescindível. O ocultamento da morte por parte dos adultos pode, muitas vezes, conturbar o processo de luto da criança, portanto torna-se recomendável que os fatos sejam relatados à criança com um linguajar apropriado, respeitando suas capacidades cognitivo-intelectuais. Torna-se importante, então, a compreensão de que o luto não é uma patologia e, por esse motivo, não se deve acreditar em cura, mas sim, como um processo de reconciliação (Clark, 2007; Kovács, 2010). De acordo com Clark (2007):

[...] a morte por suicídio pode afetar profundamente a família e amigos mais chegados, mas não apenas esses. Ela também causa dor a conhecidos e parentes distantes, como avós, primos, amigos, professores, colegas de trabalho e terapeutas [...] os enlutados têm dificuldades para compreender que boa parte da culpa é imaginada, irreal. Acreditam [...] que deveriam ter sido totalmente responsáveis pela vida do ente querido, controlando-a. (p. 23)

Após o processo de luto e elaboração da perda, o enlutado pode perceber grandes mudanças em suas possibilidades existenciais ou restauração de sua crença, por exemplo, vinculando-se a uma determinada religião como uma maneira de buscar sentido no ato suicida que lhe impactou (Clark, 2007).

Prevenção do suicídio

Segundo Botega et al. (2006), em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos e, em 2003, foi de quase 900 mil pessoas, representando uma morte a cada 35 segundos. Nesse período de 2003, os coeficientes de suicídio mudaram dos idosos para os jovens e o Brasil, sendo um país populoso, atingiu o nono lugar em números absolutos de suicídio. Para Jamison (2010), “muitos suicídios podem ser evitados. A brecha entre o que sabemos e o que fazemos é letal” (p. 27). Sendo assim, cabe enfatizar o convite deste trabalho para que haja um maior comprometimento e envolvimento das pessoas com o estudo do suicídio para que ações de prevenção e posvenção sejam ampliadas.

O suicídio é um risco, pois representa a segunda causa de internações na população feminina de 10 a 19 anos no Sistema Único de Saúde (SUS) e, além disso, é, no estado de São Paulo, a terceira causa de morte de origem externa, concorrendo com acidentes de trânsito e homicídios. Conforme Benicasa e Rezende (2006), a presença de diversos fatores de risco na adolescência implica no desenvolvimento de estratégias de intervenção, tais como programas de promoção ou educação para a saúde envolvendo as famílias e as escolas.

Para reduzir o número de mortes por suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu seis medidas para atingir tal propósito, mas que podem ser reduzidas a três estratégias principais: o tratamento dos transtornos psiquiátricos, a redução do acesso aos métodos suicidas e o adequado manejo da informação sobre o tema nos órgãos de difusão de massa. (Corrêa & Barrero, 2006, p. 167)

Como citado anteriormente, torna-se importante compreender as motivações do ato

suicida, bem como conscientizar as pessoas, com o intuito de minimizar o estigma do ato suicida, para que assim as pessoas acometidas pelas ideações suicidas possam compartilhar seus pensamentos e sentimentos. Dessa maneira, enfatiza-se a oferta de um espaço de escuta para que as pessoas possam se sentir protegidas, acolhidas e compreendidas, tornando a prevenção mais efetiva.

A complexidade do ato suicida, além de gerar uma dificuldade em compreendê-lo, também traz muitos desafios na questão da prevenção. “Prever quem continuará a ter o ato completo é um dos mais difíceis, frustrantes e essenciais problemas clínicos” (Jamison, 2010, p. 47).

O suicídio pode ser imprevisível e, por isso, exige do profissional a capacidade de estar atento e constantemente vigilante para os sinais que os clientes possam oferecer.

A associação de depressão e suicídio ganha destaque em diversas pesquisas e em populações distintas. Segundo o manual de prevenção do Ministério da Saúde (2009), entre os gravemente deprimidos, 15% cometem suicídio, sendo necessário ficar atento às frases de alerta, pois por trás delas estão os sentimentos de pessoas com ideações suicidas. O manual enfatiza que são quatro os sentimentos principais da pessoa que decide acabar com sua existência; são os conhecidos 4D, ou os quatro sinalizadores que uma pessoa pode apresentar antes de um suicídio: depressão, desesperança, desamparo e desespero.

Enquanto a depressão é estabelecida pelo entrelaçamento das questões neurológicas e biológicas, a desesperança, o desamparo e o desespero pertencem ao âmbito psicológico e social.

Caso identificadas frases de alerta, mais os 4D, faz-se necessária uma investigação mais cuidadosa acerca do risco de suicídio. Algumas frases de risco são: “Eu preferia estar morto”; “Eu já sei o que vou fazer”; “Eu não aguento mais”; “Eu sou um perdedor e um peso para os outros”; “Os outros serão mais felizes sem mim”; entre outras.

A prevenção do suicídio deve se pautar no conhecimento dos fatores de risco, divididos em três grupos, com base no referencial de saúde pública para doenças crônicas. São eles: 1) fatores constitucionais e hereditários não passíveis de intervenção, como idade, sexo, história familiar e genética; 2) fatores relacionados a doenças físicas, condições clínicas incapacitantes e mentais com ênfase nos transtornos mentais e de personalidade, que abarcam características tais como impulsividade, agressividade, perfeccionismo, insegurança, baixa tolerância à frustração, ambivalência, rigidez; e 3) fatores ligados a hábitos e ambientes, tais como estado civil, isolamento social, religião, classe social, profissão, desemprego/ aposentadoria, família suicidogênica, dinâmica familiar conturbada, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, acesso aos diversos métodos, história de tentativa de suicídio, entre outros (Werlang & Botega, 2004; Ministério da Saúde, 2009). Dessa maneira, compreende-se que conhecer os fatores de risco é um manejo importante para a prevenção. No entanto, não é garantia de que o ato suicida não será consumado.

Outro ponto importante e que tem sido apontado em estudos é que atos suicidas podem estar relacionados à disfuncionalidade na dinâmica familiar, tornando-se um requisito essencial conhecer o contexto familiar para manejo do comportamento suicida. Entre as características presentes nas famílias com um membro que cometeu o suicídio, estão: a rigidez de padrões interativos, o apego emocional, o pobre manejo de conflitos e a dificuldade na comunicação, proporcionando poucas oportunidades para o desenvolvimento de uma identidade funcional e, assim, aumentando o risco de suicídio (Henry et al., 1994 citado por Werlang & Botega, 2004).

Nesse sentido, instruir a família a respeito da doença e seus tratamentos, levantando possíveis prognósticos para recuperação e tempo provável envolvido, e oferecer informação e ajuda de grupos de apoio e proteção do paciente são algumas das atividades preventivas ao familiar da pessoa que cometeu suicídio (Jamison, 2010).

Considerando que o suicídio representa uma ruptura radical para eliminar uma situação de dor psíquica insuportável (Botega et al., 2006), atitudes preventivas devem ser tomadas não apenas para evitar a morte, mas para mostrar à pessoa outras formas de enfrentar o sofrimento. Entretanto, de acordo com Werlang & Botega (2004), os esforços para a prevenção não devem se restringir a pessoas em estados avançados, como os pacientes psiquiátricos, mas também envolver os mais jovens, que mostram sinais precocemente.

Enfatiza-se, portanto, a necessidade de desenvolvimento de programas de prevenção efetivos. Desse modo, percebe-se a necessidade de divulgar informações sobre o suicídio, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral. Os profissionais devem adotar estratégias mais específicas para tratar a questão, permitindo que todos os envolvidos se sintam encorajados a procurar ajuda e que a população acolha o assunto de maneira mais sensível. Por isso, vale ressaltar que encaminhamento e tratamento adequados podem ser considerados, também, como fatores de prevenção.

Segundo Werlang & Botega (2004), alguns fatores protetores devem ser ampliados, tais como: proporcionar atendimento clínico eficiente e apropriado para pacientes com transtornos mentais e/ou para aqueles que abusam de substâncias psicoativas, facilitar o acesso a várias intervenções clínicas e de apoio para busca de ajuda, restringir o acesso a métodos altamente letais de suicídio, oferecer apoio à família e à comunidade, contribuir para a aprendizagem de práticas de solução de problemas e resolução de conflitos de forma não violenta, assim como favorecer crenças culturais e religiosas que desestimulem o suicídio e apoiem os instintos de autopreservação.

Considerando que o número de pessoas que cometem suicídio aumenta progressivamente, deve-se ampliar o olhar para o fenômeno.

A prevenção do suicídio não é um problema exclusivamente médico, mas de toda a comunidade, suas organizações, instituições e indivíduos. À medida que uma maior quantidade de pessoas, profissionais ou voluntários, saiba o que fazer diante de um sujeito com risco suicida, maior será a possibilidade de evitar que ele se autodestrua (Corrêa & Barrero, 2006, p. 155)

Portanto, o suicídio não deve ser tratado como tabu, pois a discussão sobre compreensão e manejo contribui para o levantamento dos riscos e, por consequência, possibilita a ampliação de uma intervenção efetiva, assim como o acolhimento, a compreensão, a escuta e a empatia oferecidos por terceiros são passos necessários para iniciar um processo de recuperação da pessoa.

Método

Instrumentos

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, os princípios éticos de sigilo, privacidade, confidencialidade, não identificação dos dados do colaborador e liberdade de participação foram respeitados. Todos os depoentes receberam as informações sobre as etapas da pesquisa e os cuidados éticos foram mantidos. Os colaboradores assinaram: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Carta de Informação à Instituição. Ao longo da entrevista, foi utilizado um roteiro que incluiu as seguintes perguntas:

1. Como é o luto por suicídio?
2. Qual é a melhor estratégia para a prevenção do suicídio?
3. Quais são as atividades, orientações e manejos que acredita serem importantes para que os envolvidos (familiares, amigos e profissionais) possam executar para minimizar o sofrimento após o suicídio? (Referindo-se ao conceito de posvenção).

Entrevistas

As entrevistas foram arquivadas pela pesquisadora responsável Karina Okajima Fukumitsu. Ocorreram pessoalmente, por Skype e/ou via e-mail e em lugares onde os entrevistados e pesquisadores considerassem os mais adequados para oferecer privacidade. Os depoimentos foram gravados e transcritos com a anuência dos participantes.

A entrevista foi conduzida segundo a redução eidética e, concomitantemente, a redução fenomenológica foi utilizada, a partir das três perguntas disparadoras supramencionadas.

Convite aos participantes

Os pesquisadores entraram em contato com profissionais que trabalham com a prevenção e posvenção do suicídio e fizeram o convite de entrevista, apresentando a pesquisa e seus objetivos, bem como solicitando o preenchimento do(s) termo(s) de consentimento. Nesse contato com os colaboradores, as entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em locais convenientes aos entrevistados. Cabe salientar que os horários foram respeitados conforme a disponibilidade dos entrevistados e que os entrevistados tiveram a liberdade de participar e de se retirar da pesquisa se achassem conveniente.

Análise e Levantamento de dados

A análise dos depoimentos apresentou-se na seguinte sequência:

1. Ler cada entrevista para derivar os temas individuais e assinalar as unidades de significados, ou seja, os temas mais representativos da vivência de cada entrevistado;
2. Juntar os temas individuais e organizar os dados em temas que tenham aspectos em comuns; dessa maneira, realizou-se a redução eidética;
3. Desenvolver uma síntese narrativa, na qual ocorre a integração dos temas e dos dados.

Unidades de Significados

1. Suicídio

1.1 Suicídio

- Ele é multifatorial, então terão influências culturais, econômicas, sociais, psiquiátricas, psicológicas dentro da característica do comportamento suicida. Esse comportamento suicida vai ser dividido em pensamentos suicidas, gesto suicida, tentativas de suicídio e suicídio completo. O pensamento é muito comum, natural e normal, todo mundo tem, daí ele [a pessoa] começa a fazer um plano e ter a tentativa, é uma grande diferença. – C1
- Então, não quer dizer que uma pessoa que tentou o suicídio vá tentar de novo, não é um vaticínio, não é uma lei. Mas, eu repito, vistas em conjunto, o risco de essas pessoas morrerem por suicídio é cem vezes maior do que o risco da população geral. – C2
- Ninguém chega ao suicídio de uma maneira filosófica: “Concluí que, como essa vida não tem sentido, significado, na semana que vem eu vou me matar” Não! Não é assim. Não é uma escolha livre, independente, autônoma. Ainda que a gente possa, dependendo da nossa visão de mundo, garantir o direito de uma pessoa

de tirar a própria vida, caso ela não queira mais viver [...] até pode defender isso, defender a eutanásia, dependendo das suas concepções. Agora, quando você pega a maioria dos casos de suicídio, é de pessoas que estavam sofrendo. Tanto [é] que às vezes quando essas pessoas sobrevivem, e a gente consegue conversar com elas, algumas delas falam: “Olha, o que eu queria era pôr um fim ao meu sofrimento”. – C2

1.2 Fatores de risco

- Quando a gente está observando um comportamento suicida, tem alguns fatores que vão sempre estar lá: que é a depressão, geralmente, a desesperança e o desespero. – C1
- Na realidade o que a gente pensa hoje é o seguinte: a gente até não trabalha muito com a expressão “causa” de suicídio. A gente trabalha mais com uma ideia de fatores que levam ao suicídio, fatores que protegem contra o suicídio. Dentre os fatores que levam ao suicídio estão algumas doenças mentais, obviamente, principalmente depressão, dependência de álcool e outras drogas, transtorno bipolar e esquizofrenia. Também alguns transtornos de personalidade caracterizados por traços de impulsividade e agressividade. – C2
- O fator de risco mais forte para o suicídio é ter tentado uma vez. – C3

1.3 Mídia

- Existe uma diretriz de responsabilidade da mídia em relação à divulgação da morte por suicídio. O Brasil assina isso na Organização Mundial da Saúde, porém a gente sabe que não é tão cumprido. Dependendo de como essa morte foi noticiada, [...] se a pessoa que está assistindo ela está numa fase que a gente chama de ambivalente, ou seja, ela não decidiu pelo suicídio ainda, mas ela está pensando, ela pode ser influenciada. Principalmente se ela empatizar com a vítima, quanto maior a empatia que ela tiver com a vítima, maior a possibilidade de ela decidir pelo suicídio e muitas vezes da mesma forma e com o mesmo método utilizado. – C1
- Nós poderíamos dizer que já na nossa cultura há uma ideia que não é facilitadora, é inibidora do suicídio, mas recentemente a internet pode ser facilitadora do suicídio inclusive com suicídios online. Você usa a sua morte para, de repente, ter alguns minutos de fama na internet, acessos. É interessante [pensar nas] fantasias que podem passar por trás de uma pessoa que está se matando online, como já houve vários casos descritos. – C2
- [Há uma certa] dificuldade em encarar o evento morte e acho que os meios de comunicação, eles estão sempre tendo muito cuidado. Acho que eles se sentem, de repente, pouco preparados ou fica o temor do jeito da edição ou do próprio meio de comunicação, de você divulgando esse fato, possa desencadear em pessoas vulneráveis também cometer o suicídio. A questão não é não divulgar, a questão é poder informar de forma educativa, o que é efetivamente o comportamento suicida e aonde pode se encontrar algum recurso para poder aliviar essa dor. – C4

1.4 Dados epidemiológicos

- Se a gente pensar que 90% dos suicídios ocorrem quando a pessoa está em depressão, então a gente também pode imaginar uma psicopatologia que corre pela família, e a depressão pode ser uma delas. Então depressão e alcoolismo vão ser grandes fatores de risco, que vão piorar depois de um luto. – C1

- Um número muito grande de pessoas morre anualmente, diariamente. Se a gente considerar só os dados oficiais, morrem por dia 26 pessoas por suicídio no Brasil, se esses números não chegam muito ao conhecimento, não são muito bem trabalhados pelos órgãos de imprensa. – C2
- O índice de São Paulo é igual à média nacional. Nós não temos no Brasil, ao contrário do que a gente pode imaginar, um maior índice de suicídio nas grandes cidades. (...) isso é observado em toda região sudeste e em toda região sul do Brasil: quanto menor a cidade, em média, maior o risco de suicídio. O coeficiente que é balizado por esse número de habitantes acaba sendo maior em cidades pequenas. Não é só no Brasil, em outras regiões do mundo isso também acontece. – C2

2. Luto por Suicídio

- Os enlutados começam a procurar o porquê, e ficam nessa busca do porquê. Principalmente se houve cartas de despedida e aí também é uma outra questão a ser analisada: cartas que culpam alguém. – C1
- E a gente subentende que quando alguém morre por suicídio o luto é mais difícil de ser elaborado pela ambivalência de sentimentos. – C2
- E entendo que a vivência da morte de um suicida provoca realmente um estado de choque, provoca realmente uma desorganização pelo inesperado do fato. E o luto frente ao suicídio é um processo mais demorado que o luto normal. É um processo mais demorado que exige toda uma reorganização psíquica para poder encarar essa dor, essa perda. Penso que, mesmo que a família ou alguns conhecidos tenham percebido que aquela pessoa está com dificuldades ou que está com um comportamento diferente, nem sempre interpretam isso como uma possibilidade de suicídio. Então, esse impacto realmente provoca muita desorganização e o tempo necessário para recomposição é maior. – C4

3. Sobreviventes

3.1 Reação dos impactados

- Quando a gente fala em sobrevivente, a gente está falando em família, a gente está falando em amigos, a gente está falando em colegas de trabalho, em colegas de escola, em terapeutas, em médicos, toda pessoa que foi impactada por aquele suicídio. – C1
- Quando a gente perde uma pessoa próxima por suicídio, é impossível a gente ficar do mesmo jeito que a gente estava antes da notícia. A maneira como a gente lida com isso vai depender muito da personalidade, dos recursos pessoais que tem, da minha rede de amigos, se eu posso compartilhar ou não meus sentimentos. Depende de muitos fatores. Agora, com certeza o impacto é grande. Primeiro, causando uma ambivalência de sentimentos, ao mesmo tempo que eu me penalizo que alguém se matou, eu posso sentir raiva de alguém que se matou. Porque me incomodou, porque me agrediu, porque me faz sentir impotente, porque eu posso sentir que não ajudei. – C2
- Existe uma percepção ambígua, as pessoas têm pena e ficam chateadas porque sabem que ele está [estão] sofrendo, ao mesmo tempo em que eles culpam a pessoa que tentou, que é fraca, que não sabe se controlar, que quer chamar atenção. Então, tem todo um lado do suicida que incomoda, que cansa as pessoas. – C3

4. Tabu e Quebra de Tabu

- O tabu do suicídio é muito grande, tanto para a pessoa pedir ajuda como para ajudar quem ficou. Ninguém sabe o que fazer. – C1
- Como é um luto muito forte, ninguém consegue dar suporte para ninguém. E a sociedade se afasta e os amigos e familiares que geralmente dariam apoio para um luto comum, num luto por suicídio eles muitas vezes se afastam. Então o que os sobreviventes falam, é que ao invés deles acharem ajuda, eles acham julgamentos. – C1
- A sociedade como um todo se impacta, por isso não há publicação desse evento. É muito mais fácil publicar homicídio, onde você vai encontrar o culpado, encontrar alguém onde você vai depositar seus sentimentos do que no caso do suicídio. – C4

5. Prevenção e Posvenção

- O que a gente [psicólogos] vai fazer pelo enlutado, é ajuda e aconselhamento em assuntos práticos, vai dar informação de que eles podem estar se sentindo de tal e tal forma, porque às vezes eles estão tão desorganizados que eles não sabem que o que eles estão sentindo é o luto, e a gente precisa contar para eles. Suporte, assistência, que pode ser por terapia ou por qualquer outro tipo de assistência, um grupo de ajuda e oportunidade de conversar com outras pessoas enlutadas, esses vão ser os principais objetivos. – C1
- Hoje um dos tópicos prioritários da Organização Mundial da Saúde é a prevenção do comportamento suicida. – C2
- Tem essa história da prevenção, você tentar evitar que a pessoa chegue no comportamento, e tem a história da posvenção, que depois que a pessoa se matou tem várias consequências, e é bem interessante que nessas várias consequências você vai pegar logicamente a família, às vezes pode pegar também, por exemplo, os profissionais que estavam trabalhando. – C3

5.2 Serviços e Trabalhos oferecidos

- Então a gente acabou um pouco também tendo esse knowhow de registro de casos, fazer uma série de telefonemas nos próximos três, quatro meses. E o que são esses telefonemas? São um incentivo à pessoa para procurar ajuda e não necessariamente aqui, mas se a pessoa mora perto de Unidade Básica de Saúde, onde tem um profissional de psicologia, onde tem eventualmente um psiquiatra, a gente incentiva essa pessoa. – C2
- Eu participei na época de um esforço do Governo Federal, porque havia uma pessoa lá no Ministério da Saúde interessada em prevenção do suicídio: o Dr. Carlos Felipe. Então ele reuniu um grupo, nós produzimos materiais e nós fizemos um documento que foi publicado, uma portaria do Ministério da Saúde chamada Diretrizes para uma prevenção de suicídio no Brasil. O ano de publicação foi em 2006. Foi o mesmo ano que saiu isso aqui, com esse logo, eu estava participando na época desse grupo, junto com mais sete pessoas. Mais um sofrimento, como tudo no Brasil, muitas reuniões, depois que está tudo pronto, alguém quer por uma vírgula, aí tem que compactuar. É muito frustrante as coisas ficarem prontas no Brasil, é muito frustrante. E depois da publicação do documento em 2006, muito pouca coisa foi feita a partir do Ministério da Saúde, muito pouca coisa. Então infelizmente nós não temos ainda no Brasil, que é um país com tantas necessidades na área da saúde, nós não temos ainda o suicídio como algo muito

visível ou prestigiado, a prevenção do suicídio. – C2

- Desde a década de 80, tem havido protocolos e programas de prevenção mais estruturados, principalmente em alguns países, os Estados Unidos, o Canadá, Bélgica, Finlândia, ou seja, aqueles países onde os índices são mais elevados. Os programas de prevenção, eles têm vários aspectos que são abordados, a primeira é informar. Informar e desmanchar mitos, ideias equivocadas. Depois, incluir nessa informação fatores que podem ser identificados, ou seja, aí entramos nos fatores de risco. – C4

Discussão e Considerações Finais

A presente pesquisa teve por objetivo a reflexão sobre a prevenção como possibilidade na vida do suicídio. Para tanto, foram entrevistados quatro profissionais, professores de universidades brasileiras e especializações, que estudam o suicídio e a prevenção do suicídio. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos depoentes, transcritas e analisadas segundo o método fenomenológico. Levantaram-se cinco unidades de significados que serviram como parâmetros para a análise do fenômeno prevenção. São elas: Suicídio; Luto por suicídio; Sobreviventes; Tabu e quebra de tabu; Prevenção e prevenção.

O suicídio traz consigo um pano de fundo da natureza humana que define o ser, pois somente quem se mata é o ser que é humano e que, por essência, vive a dialética entre sofrer e transcender o sofrimento. Até alcançar a etapa de colocar o ato de suicídio em prática, a pessoa recebeu influências psicológicas, biológicas, sociais e culturais. A pessoa vive a dialética entre o desejo de viver e a vontade de acabar com o próprio sofrimento.

No que se refere ao luto por suicídio, a relação das pessoas que partem por conta do suicídio e daqueles que ficam se torna íntima. Antes de se suicidar a pessoa passa por um processo de ambivalência que gera sofrimento psíquico. Aqueles que ficam passam a sentir, assim como aqueles que se mataram, ambivalência naquilo que sentem e pensam. Parece haver um deslocamento da ambivalência, confusão e sofrimento, ou seja, aqueles que sobreviveram ao suicídio de um familiar parecem receber a tarefa de, além de lidar com os próprios sentimentos, lidar com os da pessoa que se matou.

- A maior diferença em relação aos outros tipos de luto é a intensidade e a duração. – C1
- E tem essa coisa de “decidiu se matar, quis abandonar”, a família que diz “se você morrer você vai me prejudicar, porque eu sou sua esposa...”, as pessoas ficam com raiva também. Ao mesmo tempo, sabem que a pessoa está sofrendo e precisa de ajuda, e fica nessa ambiguidade. – C3
- Existe uma percepção ambígua, as pessoas têm pena e ficam chateadas, porque sabem que ele está [estão] sofrendo, ao mesmo tempo em que eles culpam a pessoa que tentou, que é fraca, que não sabe se controlar, que quer chamar atenção. Então, tem todo um lado do suicida que incomoda, que cansa as pessoas. – C3

A situação em que a pessoa consegue tirar sua vida causa um determinado impacto em todos aqueles que vivenciam o ato. Além disso, o suicídio incomoda por ser tabu. Salienta-se que, além do luto, o sobrevivente deve lidar com o estigma que abarca culpa, pena e julgamento.

O modo como o suicídio influencia tanto aquele que comete o ato como os sobreviventes é único, pois diz respeito à relação intersubjetiva. O suicídio passa então a exigir, daquele que deseja compreendê-lo, as reduções fenomenológica e eidética.

- O suicídio certamente é um fenômeno chamado complexo, tem muitas variáveis

contribuindo, e é uma situação em que você nunca sabe quando exatamente uma pessoa está realmente num risco grave ou não de suicídio, quando isto vai acontecer. A gente sabe que tem pessoas que tem mais risco ou menos risco, mas não sabe se vai ser no próximo mês ou daqui 20 anos. Realmente não tem como prever isso. – C3

O ato de cometer suicídio nem sempre é realizado com sucesso, ou seja, a pessoa sobrevive à tentativa de tirar a própria vida. No entanto, a escolha do termo apropriado nos levou a um impasse, uma vez que nos deparamos com a necessidade de discriminar qual o sobrevivente que estava sendo referido em nossos textos. A fim de denominar as pessoas neste estudo, foi utilizado o termo “sobrevivente” para aqueles que sofreram o impacto do suicídio de um ente querido.

A posvenção é toda e qualquer atividade, depois de um suicídio, a fim de prevenir outro ato suicida ou sua tentativa. Por isso, o suicídio deve ser considerado como uma questão de conscientização pública e profissional. Um fator que influencia muito fortemente na elaboração do luto é a capacidade do enlutado de procurar ajuda e encontrar esta ajuda.

Deve-se ter ciência de que todos passam por momentos de desespero ou descrença, porém, o relacionamento interpessoal pode ajudar na superação dos conflitos, ou seja, a rede de apoio foi considerada como um fator fundamental de prevenção ao suicídio. Para tanto, finalizamos com as palavras de Rubem Alves (2012) sobre a importância da valorização da escuta, cuidado e respeito necessários na lida do sofrimento humano, mais especificamente com o enlutado pelo suicídio: “Há pessoas muito velhas cujos ouvidos ainda são virginais: nunca foram penetrados. E é preciso saber falar. Há certas falas que são um estupro. Somente sabem falar os que sabem fazer silêncio e ouvir” (p. 95).

Referências

- Benincasa, M & Rezende, M.M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de psicologia*, UMESP-São Paulo, 56(124), pp. 93-110. De: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006_59432006000100007.
- Botega, N.J.; Werlang, B.S.G; Cais, C.F.S & Macedo, M.M.K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Revista Psico*. 37(3), pp. 213-220.
- Chachamovich, E; Stefanello, S & Botega, N. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 31(1). de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>.
- Clark, S. (2007). *Depois do Suicídio: apoio às pessoas em luto*. São Paulo: Ed. Gaia.
- Corrêa, H. & Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.
- Fukumitsu, K. (2011). *O Suicídio e Gestalt-terapia*. São Paulo: Editora DPP.
- Jamison, K. R. (2010). *Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio*. Rio de Janeiro: Gryphus.
- Kovács, M. J. (2010) *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde (2009). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica*. Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas, p. 35.
- Werlang, B.G. & Botega, N.J. (2004) *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.