

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LUANA LIMA SANTOS CARDOSO

MORALIDADES CORRENTES SOBRE SUICÍDIO EM UNIDADES DE SAÚDE E SEU
IMPACTO NA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DE
PROTEÇÃO

BRASÍLIA, 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LUANA LIMA SANTOS CARDOSO

MORALIDADES CORRENTES SOBRE SUICÍDIO EM UNIDADES DE SAÚDE E SEU
IMPACTO NA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DE
PROTEÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa
de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de
Brasília.

Orientador: Wanderson Flor do Nascimento

BRASÍLIA

2018

LUANA LIMA SANTOS CARDOSO

MORALIDADES CORRENTES SOBRE SUICÍDIO EM UNIDADES DE SAÚDE E SEU
IMPACTO NA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DE
PROTEÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa
de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de
Brasília.

Aprovado em 28 de Fevereiro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Wanderson Flor do Nascimento (presidente)
Universidade de Brasília

Cristiane de Oliveira Santos
Universidade Federal da Bahia

Dais Gonçalves Rocha
Universidade de Brasília

Marianna Assunção Figueiredo Holanda (suplente)
Universidade de Brasília

*A meu avô Miro (in memoriam).
Ao NEPS, pela grandeza do trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Finalizo esta etapa com a certeza de que não cheguei aqui sozinha. Agradeço imensamente a todas e todos que contribuíram, direta ou indiretamente na construção dessa dissertação. Pelo aporte anterior, pelas leituras rigorosas e afetuosas na reta final ou mesmo, por suportes outros que sustentam a minha existência e/ou permitiram uma jornada menos solitária.

À Brasília, cidade que aprendi a estimar, pelo céu e encontros com aqueles que fizeram desse espaço-tempo, uma experiência preciosa. Aos professores e colegas do PPG Bioética, pela vivacidade na experiência acadêmica. Wanderson, querido, pela generosidade nesse ofício de orientação. Por me autorizar e por me acompanhar nessa trajetória através de um olhar sensível e um saber politizado. Laura, minha parceira e maior presente do mestrado, por ter me dado morada e infinitas histórias em que o afeto se eterniza. Osmir e Bianca: pelos momentos partilhados e bonitos laços. Ao Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes, em especial Professora Aline, pela oportunidade de troca, crescimento e apostas que seguem.

Aos meus laços: minhas primas Cíntia e Maria Zilda, por terem aberto as portas de casa, compartilhando não apenas o apartamento mais charmoso da asa norte, mas a força, incentivo e apoio familiar. À casa do coroa: Cláudio, pelas valiosas e infindas contribuições. Por ter sido/ser um tanto pai, amigo, co-orientador, colo e esteio em dias árduos. Tigo e Carol, parceiros de jogatina, pelo abraço em forma de casa no dia da minha chegada e pela presença terna desde então. Rita e Peu: pelos sorrisos aconchegantes, pelo lar baiano e cadeira nos almoços de sábado. Lipe, meu porto, por ter dado firmeza aos meus passos nessa e tantas outras jornadas. Por me ensinar, sem descanso, sobre a vida e sobre o amor/amar. O nosso amor é.

Ao meu farol e fonte de amor incondicional, minha Mãe – Márcia Maria ou “guerreira” “senhora soberana” – pelo mapa em forma de coração, por ter dado chão aos meus passos e amparo de todas as ordens aos meus sonhos. Tatai, uma das minhas maiores professoras, pela doação de uma vida inteira. Minha avó Iaiá, olhos cheios de ternura e querença, pela herança do compromisso com a educação. Tia Thaís, referência familiar na trajetória acadêmica, pelo caro ensinamento de, entre todas as belezas, a coragem. Dinda, pela presença constante em suas distintas manifestações de afeto. Pai, pela torcida e incentivo. Evaldo, pelo cuidado dispensado nos inúmeros trajetos. À família Lima Santos, pelo amor e fibra sertaneja.

Às minhas referências, inspirações nessa jornada: Soraya, por quem nutro muito carinho, pela grandeza em seu saber e fazer. Por me abrir, com zelo, os braços, as portas e inúmeras oportunidades. Cristiane, por ter me dado régua e compasso, pela maestria e bagagem que me habitam. Vlória, pelas marcas de sensibilidade no caminhar acadêmico. Angélica, pela condução formidável no trabalho compartilhado, fonte de suporte e renascimento; por me ajudar a tecer uma realidade melhor.

Aos Amigos, cujas mãos me ajudam a costurar o fio dos dias, minha gratidão a cada um, em especial: Avelar, pela irmandade ou, ainda, por nunca ter soltado a minha mão frente às incertezas da vida. Caio e Fernanda, com quem pude dividir as minhas maiores angústias, dúvidas e questões temáticas em madrugadas produtivas cheias de trabalho e cumplicidade.

Às instituições: NEPS, berço do meu amparo clínico e militância, pelo trabalho compartilhado e elo ininterrupto. Campo Psicanalítico, pelo aporte teórico e abraços fraternos. UNB, pela potência e beleza universitária. SUS, pelas lições em forma de gente. EESP, por viabilizar o campo e coleta de dados, caros a esse trabalho. CAPES, pela bolsa concedida ao longo dessa pesquisa.

Dais, Beatriz, Cristiane e Marianna, por abraçarem com disponibilidade e cuidado o meu convite para compor a banca.

Obrigada ainda a: Adélia, Matheus, Magda e todos aqueles que não consigo nomear, pelas distintas contribuições.

“Há muitas maneiras de matar uma pessoa. Cravando um punhal, tirando o pão, não tratando a sua doença, condenando à miséria, fazendo trabalhar até arrebentar, impelindo ao suicídio, enviando para a guerra, etc. Só a primeira é proibido por nosso Estado.”

(BERTOLD BRECHT)

RESUMO

O suicídio é um processo sócio-histórico que se apresenta como fenômeno de grande complexidade para o campo da saúde pública. A lente utilizada nesse trabalho diz respeito à Bioética de Proteção, que oferta instrumentos de superação da discussão bioética clássica sobre o que se entende como direito de tirar a própria vida, para pensar em tensões morais e políticas em torno do tema. Paralelamente, através do escopo da biopolítica, das suas implicações e desdobramentos – especialmente as categorias de medicalização e necropolítica – explora-se como os mecanismos de proteção e controle populacional do Estado têm como efeito colateral fazer matar-se. Objetivou-se investigar os impactos das moralidades correntes dos profissionais de saúde em suas condutas no acolhimento, cuidado e tratamento aos pacientes que tentaram suicídio. Com esse fim, foram realizadas observação de campo e 19 entrevistas com profissionais atuantes em emergências da cidade de Salvador, responsáveis pelo primeiro atendimento a pacientes após efetuação das tentativas. Trata-se de uma pesquisa empírica qualitativa apoiada na “Hermenêutica-Dialética” de Minayo. Os resultados atestaram que as percepções dos entrevistados acerca do fenômeno projetam representações históricas do estigma do suicídio, alicerçadas na loucura, crime e pecado. Reprodutores do discurso social, os profissionais de saúde firmaram a moralidade como orientadora das suas condutas. O paciente que tenta ou consuma o ato suicida retira do Hospital e do Estado o agenciamento da vida, confrontando o poder e o saber dessas instituições. As sensações de afronta e inadequação profissional são compartilhadas pela equipe, de modo a desencadear: comedimento do cuidado ao nível mínimo, brincadeiras jocosas, negligência, ofensa direta ou indireta, hostilidade, sanções, ou ainda, mensagens pedagógicas e de ânimo, entre outras formas de violência institucional. Houve um desconhecimento generalizado das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, nenhum hospital tem ou teve qualquer projeto de capacitação sobre o fenômeno. A dinâmica do trabalho apartada da temática e toda a sua complexidade refletem uma pobreza instrumental técnica e ética para lidar com os pacientes em questão – reflexo do tabu social a respeito do assunto e sua ocorrência. O contributo da Bioética de Proteção diz respeito à desconstrução de certezas morais em prol de decisões e ações protetivas, eticamente justificadas, que minimizam as condições desfavoráveis da população vulnerada e seu status de afetada. Conclusão: temos um cenário político-social que potencializa o risco de suicídio, ao invés de preveni-lo.

Palavras-chave: Suicídio; Moralidade; Saúde pública; Bioética de Proteção.

ABSTRACT

Suicide is a socio-historic process that presents a very complex phenomenon for the field of public health. The lens used in this work concerns the Bioethics of Protection, which offers tools for overcoming the classic bioethics discussion about what is understood as the right to take one's own life, to reflect on the moral and political tensions surrounding the subject. At the same time, through the scope of biopolitics, its implications and developments - especially in the categories of medicalization and necropolitics - this work explores how the State's protection and population control mechanisms have suicide as a collateral effect. The objective of this study was to investigate the impact of the current morality of health professionals on their behavior in the care and treatment of patients who attempted suicide. To this end, 19 interviews were conducted with health care professionals working in Emergency care in the city of Salvador, responsible for the first patient care after the attempts were made. It is a qualitative empirical research based on Minayo's "Hermeneutic-Dialectic". The results attested that the interviewees' perceptions of the phenomenon project historical representations of the stigma of suicide, based on madness, crime and sin. Reproducing the social discourse, the health workers based morality as a main guideline of their conduct. The patient who attempts the act of suicide removes from the Hospital and the State the agency of life, confronting the power and the knowledge of these institutions. This sense of affront and professional inadequacy are shared by the team, which in turn triggers: minimum level of care, jokes, negligence, direct or indirect offense, hostility, sanctions, or messages of encouragement, among other forms of institutional violence. There was a generalized lack of knowledge of the National Guidelines for Suicide Prevention, no hospital has or has had any for training project for this phenomenon. The dynamics of work away from the theme and all its complexity reflect a technical and ethical poverty to deal with the patients in question – a reflex of the social taboo surrounding the subject and its occurrence. The contribution of Bioethics of Protection concerns the deconstruction of moral certainties in favor of decisions and protective actions, ethically justified, that minimize the unfavorable conditions of the population and their affected status. Conclusion: we have a political-social scenario that increases the risk of suicide, rather than preventing it.

Keywords: Suicide; Morality; Public Health; Bioethics of Protection.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPS – Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CFM - Conselho Federal de Medicina
CIAVE – Centro Antiveneno da Bahia
CVV – Centro de Valorização da Vida
DALYs – Anos de vida ajustado às limitações
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GT – Grupo de Trabalho
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NEPS – Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio
OMS ou WHO - Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização não governamental
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SBAQ - Questionário de Avaliação do Comportamento Suicida
SESAI – Secretaria Especial em Saúde Indígena
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria da Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 SUICÍDIO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	16
3.1.1 Aspectos epidemiológicos.....	16
3.1.2 Moralidades e iatrogenias.....	20
3.1.3 Transtornos mentais: única justificativa para o suicídio?	29
3.1.4 Estratégias, planos e diretrizes de prevenção	34
3.2 DO SUICÍDIO: ENTRE ÉTICAS DA VIDA E POLÍTICAS DE MORTE	40
3.2.1 Análise do suicídio a partir da Bioética de Proteção.....	40
3.2.2 Suicídio como objetivo bioético	45
3.2.3 Relação da Bioética com a Biopolítica	48
3.2.4 Suicídio como objetivo biopolítico	51
3.2.5 Medicalização como Estratégia da Biopolítica	54
3.2.6 Questionamentos epistemológicos.....	59
3.2.7 Políticas públicas e a inviabilização de certas condições de existência	63
4. PERCURSO METODOLÓGICO	71
4.1 CONTEXTO DO CAMPO	72
4.2 PARTICIPANTES DE PESQUISA	73
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
5.1 DADOS OBSERVACIONAIS DO CAMPO.....	76
5.2 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS.....	77
5.2.1 Categoria "Compreensão das motivações e causas"	78
5.2.2 Categoria "Percepção e ressonâncias na interação"	84
5.2.3 Categoria "Procedimentos e condutas"	99
5.2.4 Categoria "Programas e/ou políticas"	106
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	129
ANEXOS	133

1. INTRODUÇÃO

Primeiramente gostaria de apresentar o meu lugar de fala. Sou mulher, jovem, nascida e criada na cidade de Salvador. Sou graduada em Psicologia e Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades, com área de concentração em Subjetividade e Comportamento Humano pela Universidade Federal da Bahia. Durante as graduações investi em dois caminhos: iniciação de pesquisa científica e formação clínica, com filiação psicanalítica. Iniciei os trabalhos em consultório particular e institucional depois de formada – projeto interrompido e ainda não retomado pela necessidade de saída para o mestrado em Brasília.

Fui introduzida à temática em questão ainda criança, quando fantasiei a cena de tentativa de suicídio por um familiar próximo, que atravessava vivências importantes de depressão. Superada a cena e toda fantasia em torno disso, tive factualmente uma perda afetiva por suicídio na adolescência, cuja ruptura do laço e falta de entendimento a respeito do ato me deixaram marcas, inquietações e muitos questionamentos.

Anos depois, já nas veredas da psicologia, tive a oportunidade de ser estagiária do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio. Ser aprovada no estágio foi motivo de grande contentamento, no entanto a convocação ao atendimento e acompanhamento dos pacientes com risco e/ou tentativa de suicídio desencadeou imediatamente um grande temor. A responsabilidade do trabalho, o medo de um deslize irreversível, a tensão de uma intervenção mal feita, o não estabelecimento do vínculo, entre mil caminhos de uma assistência e tratamento sem êxito, me perturbaram. Todavia, a prática trouxe um conforto imediato: essa clínica requer maiormente a oferta de uma escuta que legitime o sofrimento do outro. Esse exercício micropolítico se configurou como um efetivo modo de prevenção ao suicídio.

Ainda referenciando esse estágio, meu berço de amparo clínico e militância, outros tempos e outros enigmas atravessaram essa experiência, em especial conflitos éticos de diversas ordens em torno do ato suicida: quais os encontros e impasses entre a ética médica e a ética da psicanálise? O sujeito tem autonomia para tirar a sua vida ou deve ser salvo da sua decisão? Se a condenação à vida e o ingovernável da morte são eixos da constituição das subjetividades, como operar com eles? Como pensar em formas de prevenção a partir dessa constatação? Como trabalhar e pensar a clínica e a ética sem a política? Tive oportunidade de elaborar algumas dessas questões em diálogo com a psicanálise, em espaços da psicologia hospitalar e/ou eventos de saúde pública. As perguntas não se esgotaram e relançaram o meu desejo em direção ao estudo bioético que permeia o suicídio.

A construção e sobretudo a defesa desse recorte de pesquisa diz respeito à aposta no Sistema Único de Saúde (SUS), por acreditar na sua força e dimensão. A análise que será estabelecida se propõe a produzir ingredientes de reflexão ou ainda, suscitar a criação de um modesto ponto de resistência ao cenário político econômico brasileiro em que o fenômeno do suicídio se delinea. Como usuária, ex-estagiária e espero, futura profissional do SUS, convoco o Estado, os especialistas em saúde, às famílias que perderam entes queridos nesta circunstância e toda a sociedade às novas apreciações, às formas ampliadas de cuidado e acima de tudo, caminhos mais eticamente comprometidos no enfrentamento e prevenção do suicídio.

O presente estudo não pretende ser uma teoria geral ou uma leitura universal acerca do fenômeno. Reconhecendo que há vários tipos, com diversas influências histórico-culturais, o recorte em questão analisa o suicídio a partir do contexto da saúde pública, problematizando-o como uma questão bioética e biopolítica. Utilizo-me da lente da Bioética de Proteção, que oferta instrumentos de superação da discussão bioética clássica sobre o que se entende como direito de tirar a própria vida, para pensar em tensões morais e políticas do suicídio no contexto da realidade brasileira. Paralelamente, através do escopo da biopolítica, do seu ditame “fazer viver e deixar morrer”, suas implicações e desdobramentos – como as categorias de medicalização e necropolítica – exploro como os mecanismos do Estado de proteção e controle populacional têm como efeito colateral, matar ou ainda, fazer matar-se.

A construção desse argumento teórico-epistemológico se divide entre três grandes núcleos: 1) o delineamento do suicídio como problema de saúde pública; 2) como o fenômeno se situa entre éticas da vida e políticas de morte, especialmente a partir das lentes da Bioética de Proteção e da biopolítica; 3) Resultados do campo e discussão das falas dos profissionais acerca do suicídio, balizadas no cenário institucional e político nacional.

Com intuito de esboçar o suicídio como problema de saúde pública abordo preliminarmente os aspectos epidemiológicos para situar a emergência do tema, notadamente em função do ascendente número de mortes por esta causa na contemporaneidade. Em seguida, identifico os fatores de risco e como estes se relacionam com a disposição e dinâmica da saúde pública. Tendo como contraponto estratégias e programas internacionais de referência, assinalo o cenário brasileiro, desde dados numéricos, fatores socioculturais na subnotificação dos casos, pesquisas, até as articulações políticas voltadas para prevenção do suicídio – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), serviços especializados, Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, etc. Avanço na compreensão temática por parte dos profissionais de saúde, pondo em relevo o estigma histórico do fenômeno, apoiado no tripé

crime-pecado-loucura. A partir da atualização do eixo “loucura”, introduzo a concepção medicalizante: os entraves, embaraços e hesitações da leitura hegemônica patológica da temática – modo de enquadramento que sugere intervenções iatrogênicas e modos restritos de cuidado em saúde. Essa concepção entra em choque enunciativo com a multifatorialidade, argumento consensual presente na literatura. Ademais, trago trabalhos e revisões que projetam a influência do estigma no acesso, atendimento e interação entre os profissionais e pacientes.

No capítulo “Do Suicídio: entre éticas da vida e políticas de morte” justifico o suicídio como objeto bioético; apresento a Bioética de Proteção, os seus instrumentos e potencialidades para leitura do fenômeno, especialmente via fortalecimento de políticas – entendidas como modo de proteção no enfrentamento da vulnerabilidade. Em seguida discorro sobre a literatura temática existente nesse domínio – circunscrita em reflexões gerais em torno das repercussões (bio)ético-políticas, particularmente na saúde e os conflitos morais em sua face com o princípio da autonomia. Prossigo o texto através da relação de aproximação e divergências entre a bioética e a biopolítica. Resgato assim, o conceito e nascimento da biopolítica, a sua interface com o desenvolvimento do capitalismo que firmou processos imperiosos de exclusão e hierarquização ontológica. Faço articulação com a ideia de “colonialidade da vida”, conforme abordada por Flor do Nascimento (1), e como o suicídio entrou nesse enredo de controle populacional tornando-se no século XIX um ato antinatural e irracional, uma transgressão das leis naturais, divinas e sociais (2, 3). Além do mais, um fenômeno silenciado – pornografia da morte a ser escondida (4) – por confrontar a ética médica, construída em torno do propósito de salvar vidas.

Por conseguinte, mostro como a razão pensada como força de vida deu ao suicídio estatuto de transtorno, argumento amplamente proliferado até os dias vigentes. Discuto essa composição através da medicalização, importante estratégia de constituição da biopolítica no Ocidente, potencializada pela robustez discursiva da psiquiatria biologicista, das neurociências, psicologia cognitiva e indústria farmacêutica. A “psiquiatrização dos normais” (5, 6), via uso excessivo de diagnóstico de um lado e, o silenciamento das narrativas de outro, tem dado tom às experiências humanas, principalmente às indesejáveis, intoleráveis e moralmente repreendidas.

Diante disso, levanto questionamentos epistemológicos, mormente em torno do normal e do patológico, para entender as contradições discursivas sobre as verdades produzidas sobre o suicídio. Por último, analiso as políticas públicas e a inviabilização de certas condições de existência. A ausência de uma Política Nacional, a fragilidade das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, a não capacitação dos profissionais de saúde,

as profusas vulnerabilidades, etc., levam à ideia de necropolítica (7) – faceta da biopolítica ocidental que elabora um escalonamento populacional hierarquizado tornando algumas vidas mais propensas que outras a uma mortalidade politicamente provocada – ou mesmo, ao conceito foucaultiano de assassínio indireto: o fato de expor à morte, multiplicar o risco de morte, a morte política. O cenário supracitado me levou a uma indagação final: não seria o suicídio – aqui tomado como um problema de saúde pública – por indução ou negligência, um mecanismo biopolítico de controle da morte e do (deixar) morrer, via dispositivo fazer matar-se?

No último capítulo, apresento o trabalho de campo. Indico o percurso metodológico e detalho o conteúdo das dezenove entrevistas realizadas com os profissionais de saúde atuantes em três emergências de hospitais gerais da cidade de Salvador. A análise do campo é confrontada com a teoria supracitada, no intuito de mostrar os contrastes e confluências na prática. O funcionamento da rede saúde tem efeitos diretos sobre o estatutos de vida e morte, de forma que a conclusão enunciada é que a nossa rede de saúde, como estruturada, potencializa mais o risco de suicídio do que previne.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar, tendo como referenciais a Bioética de Proteção e a Biopolítica, como as moralidades correntes dos profissionais de saúde interferem em suas condutas no acolhimento, cuidado e tratamento aos pacientes que tentaram suicídio.

2.2 Objetivos específicos

Averiguar como o suicídio e/ou sua tentativa são moralmente compreendidos por profissionais de saúde de unidades responsáveis pelo primeiro atendimento.

Identificar como os profissionais de saúde julgam a qualidade da atenção dispensada ao paciente, por si próprios e por outros profissionais;

Explorar como os profissionais compreendem a vulnerabilidade dos pacientes e os cuidados necessários após o primeiro atendimento;

Avaliar o conhecimento e uso que os profissionais de saúde têm sobre as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio.

3. REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SUICÍDIO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

“Apenas a matéria vida era tão fina...” (CAETANO VELOSO)

3.1.1 Aspectos epidemiológicos

O suicídio como processo sócio histórico se apresenta como um fenômeno de grande complexidade para o campo da saúde pública e para a construção de reflexões bioéticas em torno das relações estabelecidas entre profissionais e serviços no atendimento às pessoas que tentam/tentaram suicídio.

De acordo com o último relatório da Organização Mundial de Saúde (8) mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. Diariamente, a cada 40 segundos uma pessoa se mata. Esse dado se torna ainda mais alarmante quando considerado que, a cada adulto que consuma o ato, mais de 20 outros tentam. Apesar da taxa entre os idosos ser a maior, há um crescimento expressivo entre os jovens, sendo atualmente a 2ª causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos. Associadamente, essa organização indicou que o suicídio, ainda nos primeiros meses do século XXI, representou 1,4% no cômputo total das doenças e projetou um índice de 2,4% de óbitos por essa causa para o ano de 2020, com mais de um milhão e meio de pessoas com probabilidade de interromperem suas vidas.

O custo desse fenômeno pode ser aferido em termos de DALYs (*disability-adjustedlife-years* ou anos de vida ajustado às limitações). De acordo com a OMS (9), aplicando-se este indicador, no ano de 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo correspondente ao das guerras e homicídios, dos traumas e asfixias neonatais, bem como, aproxima-se do dobro do custo do diabetes.

Em âmbito nacional, quando comparada às taxas de suicídio de diferentes países, a mortalidade é uma das mais baixas, no entanto, em números absolutos de óbitos por esta causa, o Brasil ocupa a 8ª posição no ranking mundial e é o quarto país latino americano com

maior crescimento em números entre os anos de 2000 e 2012 (8). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (10), no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por esse motivo no país, com uma taxa geral de 5,5/100mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015.

Embora os números sejam críticos, estes podem ser ainda maiores. Segundo Bertolote (11), tendo como base os estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 15,6% dos óbitos não são registrados e, entre os registrados, 10% correspondem a “causa externa de tipo ignorado”, causa indefinida entre acidente, homicídio ou suicídio. Vidal, Gontijo & Lima (12) anunciam que, para cada tentativa documentada, existem outras quatro não notificadas. Há, portanto, um sub-registro deste tipo de mortalidade, especialmente em função de razões morais, religiosas, discriminação e implicações legais.

Em uma revisão sobre o fenômeno do suicídio, Minayo (13, 14) valida o peso dos fatores socioculturais na subnotificação dos casos, particularmente pela influência da cultura judaico-cristã. Entre as repercussões dessas influências, a autora destaca: a) com frequência, familiares tentam encobrir o ato, negociando com quem notifica; b) a inadequação dos registros, por preenchimento impreciso dos instrumentos de captação de dados, pela existência de cemitérios clandestinos e por destruição de cadáveres; c) a dificuldade de diferenciar algumas formas de suicídio que provocam mortes ou lesões, à exemplo dos acidentes de trânsito que camuflam atos de autodestruição ou mesmo, modalidades em que o suicídio pode ser confundido com morte natural, no caso de um indivíduo que decide morrer deixando de se alimentar. Dessa forma, o conhecimento sobre as ocorrências, periodicamente, fica restrito ao âmbito privado.

No que se refere às tentativas, somam-se às questões supracitadas, o fato de que a maioria das ocorrências não chega ao conhecimento das autoridades de saúde. Quando chega às unidades de assistência, as notas elaboradas nas emergências hospitalares e nos prontossocorros costumam mencionar apenas a causa secundária, ou seja, as morbidades, as lesões ou traumas decorrentes das tentativas que exigiram cuidados médicos (14). Em contrapartida, as notificações de tentativas e óbitos por suicídio se tornaram obrigatórias no país desde 2011, em até 24 horas após o ocorrido. Ainda que não se saiba os efeitos disso na prática, essa medida convoca novas condutas frente aos entraves do registro.

Entre muitas polêmicas que envolvem a temática, há apenas um consenso na literatura: a compreensão do fenômeno via multifatorialidade (8, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22). O entendimento do fenômeno passa pela interação dos fatores socioculturais, econômicos,

psicológicos, biológicos, genéticos, religiosos, etc. Nesse sentido, torna-se crucial conhecer os fatores de risco e potencializar os fatores protetivos.

A Organização Mundial de Saúde (8) divide os fatores de risco em categorias oriundas de: a) sistemas de saúde; b) âmbito comunitário; c) meio social; d) relacionamentos interpessoais e afetivos e, e) individuais. Com notoriedade epidemiológica e clínica: guerras, migração, traumas, abuso sexual, racismo, homofobia, desemprego, condições clínicas incapacitantes como dor crônica, ausência de apoio social, descrédito frente ao comportamento de busca de ajuda, história familiar de suicídio, transtornos mentais (ênfase na depressão, esquizofrenia e alcoolismo), e, principalmente, tentativa de suicídio anterior. A relevância da tentativa anterior como fator de risco primordial ao suicídio é corroborada por outros estudos (16, 23) daí a importância da condução dos profissionais que assistem a pacientes que efetivaram essas tentativas. Há ainda, fatores de risco associados aos sistemas de saúde, tais como barreiras no acesso que pode ser retroalimentado pelo estigma, evidenciando entraves tanto éticos, quanto técnicos das instituições de saúde.

Como aludido, entre os fatores de vulnerabilidade estão os transtornos mentais, fortemente associados ao suicídio (8, 11, 16, 23). Apesar do sofrimento psíquico, a maior parte das pessoas, mesmo em países desenvolvidos, não procura um profissional de saúde mental (9). Segundo Botega et al. (24), um em cada três pacientes que tenta suicídio acessa serviços de pronto socorro até 30 dias antes da ocorrência. O Ministério da Saúde (25), por sua vez, indica que aproximadamente, 40% das pessoas que cometeram suicídio buscaram serviços de saúde de 2 a 7 dias antes do ato. Apesar da diferença quantitativa e temporal, a OMS (9) reforça o argumento da busca por serviços de saúde não especializados, assinalando que, entre 40 e 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes, a maioria foi a um clínico geral e não a um psiquiatra.

Botega et al. (24) sustentam que ao longo da vida de cada 100 pessoas, 17 chegam a pensar em suicídio, 5 planejam e, entre elas, apenas uma chega a ser atendida em algum pronto-socorro. Entre 15 a 25% dos pacientes cometem uma nova tentativa no ano seguinte e 10% conseguem consumir o ato nos 10 anos seguintes. Deste grupo, apenas uma pessoa em cada três chega aos serviços de pronto-socorro, mas nem sempre é encaminhada para os serviços especializados.

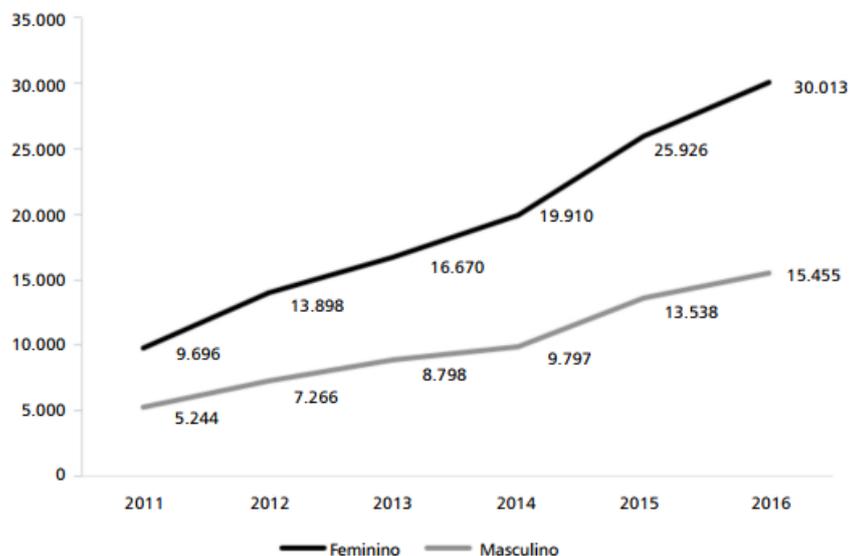
Esses dados de pesquisas apontam para o importante papel do médico clínico geral, das equipes de atenção primária à saúde e dos estabelecimentos de pronto atendimento na abordagem desses pacientes, bem como no reconhecimento dos sinais subjacentes de sofrimento e/ou quadro psicopatológico para seu encaminhamento à atenção especializada.

Torna-se relevante registrar que, em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde, sendo a porta de entrada dos serviços (26).

Como já mencionado, a tentativa anterior é, sem questionamento, o principal fator de risco do suicídio. Um estudo que envolveu mais de 40 mil participantes (sendo 2614 atendidos por tentativa de suicídio) entre 1995 e 2001, concluiu que a probabilidade de morrer por esta causa em cinco anos foi sessenta vezes maior entre os que tentaram suicídio do que entre aqueles sem histórico anterior (12), daí a justificabilidade de recorrer aos dados de internações por lesões autoprovocadas – referência que pode indicar e identificar pessoas com potencial risco de suicídio.

Entre 2011 e 2016, de acordo com o Ministério da Saúde (10), foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Desse total, 176.226 foram relativos à lesão autoprovocada, 65,9% correspondentes a casos em mulheres e 34,1% em homens.

Boletim Epidemiológico
Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil



Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

Figura 1 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde, 2017

A violência autoprovocada engloba autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio, cujo desfecho não resulta em óbito. A notificação, obrigatória desde 2011, tem como

objetivo vincular as pessoas aos serviços de saúde, como medida de intervenção, fundamentalmente a prevenção de novas ocorrências (10).

3.1.2 Moralidades e iatrogenias

Partindo do cenário hospitalar para justificar o trabalho com os profissionais do nível terciário de saúde, estima-se que o risco de suicídio entre pacientes internados em hospitais gerais seja três vezes maior do que o observado na população geral (27). Nesses ambientes, algumas tentativas de suicídio são impulsivas, ocorrendo em pessoas que não apresentavam sintomas psicóticos ou turvação da consciência, não se encontravam deprimidas, nem expressavam ideações (28). Como interpretar esse dado?

Illich (1981) chama atenção de como atos médicos e cuidados de profissionais de saúde podem gerar enfermidades, doenças, angústia e impotência. “Composto de palavras gregas, iatros (médico) e genesis (origem), a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos.” (29, p.33). Autores da psicologia hospitalar como Benevides (30) e Ismael (31) assinalam que a hospitalização interfere e influencia diretamente sobre o estado emocional dos pacientes. Estes vivenciam uma ruptura em sua história numa atmosfera qualificada pelo estresse constante, isolamento e/ou afastamento das figuras que geram segurança, vivências com aparelhos intra e extracorpóreos – possivelmente através de procedimentos invasivos – uso de medicamentos com importantes efeitos colaterais deletérios, perda da noção de tempo e espaço, tanto como da privacidade e liberdade, despersonalização e, não raramente, clima de morte iminente.

A perda da individualidade e a rotina hospitalar podem agredir o sujeito, particularmente quando a hospitalização é revestida pela sua descaracterização, com tendências de identificação via número do leito ou através da doença/diagnóstico. As sensações de perda de identidade e autonomia podem ser reconhecidas nos procedimentos hospitalares, em que, frequentemente, não há chances de opinar sobre o seu próprio corpo; este é manipulado mecânica e impessoalmente, progressivamente mediado pela tecnologia e distanciamento médico (31). Para Ismael (31), entre as possíveis reações emocionais do paciente, observa-se a passividade ou agressividade, manifestação de raiva ou depressão ao longo do processo de internação.

Observa-se ademais, como os cuidados restritos ao corpo anulam os sujeitos e os modos singulares de responder ao seu adoecimento e/ou internação. As manifestações psíquicas são comumente deslegitimadas, nomeadas com descaso, especialmente quando o comportamento do indivíduo foge do controle, da idealização ou da previsibilidade. Os efeitos desencadeados pela dimensão simbólica são denominados por Carvalho-Rigo (32) como “Iatrogenia das palavras” – um modo político de destacar como o acolhimento e qualidade do atendimento contemplam o uso da linguagem que carrega, simultaneamente, medidas e impactos éticos e procedimentais.

Em convergência com o dado da internação como fator de risco para o suicídio, o trabalho de Mortenses, Agerbo e Erikson et al. (33) salienta que a hospitalização psiquiátrica recente é o fator mais fortemente associado ao suicídio. Na interpretação de Botega et al. (24), esse achado reforça a ideia de ser um transtorno mental grave um dos principais indicadores de risco do suicídio. No entanto, não seriam essas as instituições competentes para controlar a “crise” e permitir uma condição psíquica mais saudável? A leitura supramencionada parece desconsiderar os possíveis efeitos da internação psiquiátrica – feita historicamente em nome de perturbações, incômodos, modos indesejáveis de existir (34) – ou por questões institucionais, muitas vezes iatrogênicas aos sujeitos internados.

Essa esfera iatrogênica foi levantada por um bombeiro entrevistado no trabalho de campo de Marquetti (19), que advoga que os hospitais psiquiátricos defendem o seu direito de tutela, mas lidam mal com as tentativas de suicídio. Essa dificuldade foi expandida e considerada presente em outras categorias, como médicos, psicólogos, equipes de resgate, com arguição apontada para uma inadequação generalizada na abordagem, de modo a piorar a situação de fragilidade dos sujeitos com risco de autoextermínio. Esse cenário justifica, para ele, a necessidade dos bombeiros assumirem a função de intervenção em contingências extremas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê um processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos entre os serviços, com o fim de garantir sistemas articulados e atenção integralizada (35). O pressuposto legislativo da saúde mental prescreve a necessidade de atenção à pessoa em sofrimento psíquico ser realizada prioritariamente em serviços não hospitalares (35, 36). Os ambulatórios ficaram escassos pós-reforma psiquiátrica e, embora os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam responsáveis na rede pelo atendimento de urgência especializada em saúde mental, nos quadros de crise que envolvem intensa agressividade, confusão mental ou alto risco de suicídio, o acolhimento por essa equipe se mostra insuficiente (37).

Paralelamente e em função da superlotação dos serviços, os CAPS elegem no acolhimento, na prioridade de atendimento e acompanhamento, os casos graves, frequentemente adotados pelo critério de psicose; ficando os pacientes em sofrimento, depressão, melancolia e com risco de suicídio, sem lugar. O acesso à rede é predominantemente garantido após uma tentativa consumada, cujas portas de entrada costumam ser as unidades de pronto atendimento e os prontos-socorros hospitalares. Por isso a importância de estudar e capacitar esses serviços e profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento após uma tentativa de suicídio.

É sabido que os serviços de urgência e emergência representam ambientes de muita tensão e estresse para todos, pacientes, familiares e equipe de trabalhadores. A alta demanda de atendimento, as situações críticas, a baixa capacitação das equipes, as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde, induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e pouco humanizada (38). Em alternativa, do ponto de vista da eficácia terapêutica, o papel dos profissionais é ofertar ajuda, avaliar o risco, conhecer os sistemas de suporte disponíveis no serviço médico, fazer encaminhamento especializado e favorecer uma rede de apoio psicossocial (28). Juntamente com o empenho técnico, é demandado dos profissionais uma posição ética, uma consciência das suas próprias respostas emocionais, cognitivas e comportamentais a esses pacientes (26, 39).

A compreensão da temática por parte dos profissionais de saúde é fundamental para abordagem ao paciente com risco ou tentativa de suicídio, que apresenta ambivalência, uma batalha entre o desejo de viver e o desejo de morrer (32). O desejo de morrer é mais coerentemente traduzido como vontade de acabar com a dor psíquica, como expressou uma usuária em um evento protagonizado pelos pacientes de um serviço especializado: “A gente não quer morrer, a gente quer matar a dor” (40). Nesse sentido, a função dos profissionais é mediar a construção de novos recursos e saídas no enfrentamento da dor de existir. “O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.” (25, p.51).

No ambiente hospitalar, como resgata Botega (27), os profissionais de enfermagem por permanecerem a maior parte do tempo em contato com os pacientes internados têm um papel fundamental na prevenção de novas ocorrências. Antes de ministrar um curso de prevenção do suicídio, esse médico psiquiatra aplicou o Questionário de Avaliação do Comportamento Suicida (SBAQ) – escala sensível às mudanças que se operam após o treinamento – com 317 enfermeiros (as), que responderam-no da seguinte maneira:

AFIRMAÇÕES DO SBAQ	% DE CONCORDÂNCIA
A vida é um Dom de Deus, e só Ele pode tirar	85%
Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	50%
Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	48%
A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	45%
Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes em risco de suicídio	44%
Quem quer se matar mesmo, não “tenta” se matar	39%
Às vezes, dá até raiva, porque há tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	34%
Tenho receio de perguntar sobre ideias suicidas, e acabar induzindo...	26%
No fundo, prefiro não me envolver...	21%
No caso de pacientes que estejam sofrendo, acho aceitável a ideia	21%
Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	17%
Penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito	12%

FONTE: Botega, 2015.

O quadro acima é emblemático por reproduzir mitos como “quem quer se matar mesmo, não tenta se matar”; pelo reconhecimento da falta de preparo profissional para lidar com pacientes com risco e tentativa de suicídio; por denunciar o incômodo e representações simbólicas, com grande influência da concepção religiosa – que podem comprometer a qualidade do atendimento. A propagação dos mitos é arraigada no estigma do suicida.

A história do termo “estigma” é recuperada por Goffman (41): originado entre os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, a palavra se referia aos sinais corporais com os quais se objetivava evidenciar algo extraordinário ou algum mau sobre o

status moral de quem os apresentava. Os sinais eram marcados com fogo ou cortes no corpo do portador como signo de escravidão, crime ou traição. A marca, feita ritualmente, indicava aqueles que deveriam ser evitados publicamente. Posteriormente, na Era Cristã, soma-se ao termo dois níveis de metáfora: sinais corporais de graça divina, que tomavam desenho de flor sobre a pele, bem como a alusão médica à essa concepção religiosa, entendidos como sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente, o termo é mais aplicado à própria desgraça do que à distinção corporal. Goffman (41) destaca que houve alterações nos tipos de desgraças que causam preocupação e impacto na sociedade.

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem [...] Um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito. (41, p.13)

O descrédito, comumente, é atrelado à culpa de caráter individual, como nos casos de distúrbio mental, prisão, desemprego, vício, tentativa de suicídio, etc., que carregam símbolos de fracasso, paixões tirânicas, desonestidade, crenças falsas. O estigma do suicídio é historicamente alicerçado no tripé loucura-crime-pecado. O primeiro tem como indicador de verdade, o discurso científico (42). Entre os séculos XVIII e XIX médicos europeus tentavam sustentar as suas teorias através do esquadrinhamento dos corpos/cadáveres de suicidas à procura da marca ou prova da loucura: Gall considerou os sinais do crânio dessas pessoas mais espesso; Loder detectou um corpo caloso e mole; Caimeil indicou vestígios de amolecimento cerebral, Cabanis encontrou teor de fósforo superior à média; Jousset, Bourdin e Esquirol (esse último reconhece fracasso nos resultados) declararam o suicídio como doença mental ou sintoma da doença (43).

A criminalização do fenômeno se lastreia em longa tradição cultural, filosófica e religiosa. Segundo Barreira (4), via influência do cristianismo nas leis civis do Estado constitucional moderno e ocidental, ampliou-se a ideia de vida pertencente a Deus. A marca desse pensamento foi promulgada pela doutrina de Santo Agostinho que afirmava que, se Deus deu a vida, ninguém pode tirar. Ou seja, a lógica do “não matarás” bíblico também devia ser aplicada ao próprio sujeito. Nesse sentido, o suicídio foi arraigado como “uma perversão detestável e demoníaca” (43). Dar um fim à própria vida corresponde, desde essa perspectiva, a um modo de rebelião, crime e pecado contra a autoridade divina.

Isto posto, os indivíduos suicidas perderam, por muito tempo, o direito de rituais fúnebres – tradição modificada apenas na revisão do Código de Direito Canônico em 1983, quando foram autorizados sepultamentos de suicidas em campos santos ou cemitérios – assim como diversos direitos civis. Essa interpretação carrega, conjuntamente, o peso histórico da soberania. O rei era responsável pela segurança dos súditos perante Deus e, os escravos e filhos, reconhecidos como extensão do senhor ou do pai, lhes deviam obediência e subalternidade da parte irracional à parte racional da alma. O suicídio era entendido como um crime não contra a própria pessoa, mas contra Deus e contra o rei. A obrigação política se estendeu ao Estado moderno e liberal, ao qual a percepção do ato foi moldada como evento injusto com a comunidade, por partir de um indivíduo que descumpra com as suas atribuições e obrigações de cidadão, tornando-se um desobediente da normatividade política e jurídica (43).

Os desdobramentos desses estigmas também foram relatados sob o ângulo dos pacientes/ usuários. Vidal & Gontijo (38) realizaram uma pesquisa com intuito de investigar o acolhimento por tentativas de suicídio nos serviços de urgência através da percepção de quem tenta. Entre os resultados, foram citadas situações em que as expressões de sofrimento eram nomeadas como “histeria”, tratadas com descaso, de forma hostil e desumana por parte da equipe de saúde, notadamente nas ocorrências em que não havia risco de morte. Dado corroborado por Tavares, que ao colher depoimento de uma profissional, constatou procedimentos desnecessários, como prescrição e administração de lavagem gástrica – justificada pela entrevistada como uma indicação supostamente terapêutica (44). Outro profissional de saúde entrevistado no trabalho de Marquetti reproduziu a força desse discurso ao afirmar que a retaliação é motivada pela necessidade de o paciente aprender a não atrapalhar quem está trabalhando e cuidando de quem deseja viver (19).

Com objetivo de aprofundar o estudo da violação dos direitos humanos dos pacientes – que correspondem ao direito à vida, à privacidade, direito de não ser submetido à tratamento degradante ou desumano, direito à informação, direito à liberdade, direito de não ser discriminado, direito à saúde (45) – em risco e tentativa de suicídio no Brasil, o Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes realizou entrevistas com pacientes, familiares e profissionais de saúde. O relatório do Observatório (46) denunciou fortemente a violação dos direitos referidos, como destrinchado a seguir.

No que tange ao direito de não ser submetido ao tratamento desumano ou degradante, pacientes relataram discriminação, intolerância, procedimentos acompanhados de palavras pejorativas e mesmo, negação ao atendimento como marcas das experiências nos serviços de

saúde. Fundamentada pelo mesmo raciocínio e pela violação do mesmo direito, uma profissional narrou a situação de uma paciente que acompanhou no hospital:

Ela tentou suicídio porque ela queria morrer. Só que ela não morreu, mas o bebê morreu. [...] Ela saiu da UTI, ela foi para as enfermarias e as auxiliares de enfermagem diziam que ela era uma assassina, porque ela não queria... Na verdade ela não queria o filho, ela não queria se matar. Ela queria abortar a criança! Precisava ter esperado até oito meses? Que ela era uma assassina. Não queriam levar a comida pra ela. Ela estava na época com soro nos dois braços, tinha que dar na boca a alimentação. Ela estava com os dois braços presos no soro e várias coisas. Elas se recusavam a ir: “Vai ficar com fome. (46, p.28)

As passagens do Relatório do Observatório revalidam os exemplos anteriormente colocados, assim como projetam conteúdo agressivo e punitivo nas ações dos profissionais, que veiculam ademais, uma comunicação aos pacientes de que as instituições de saúde não são lugar adequado para buscar apoio. Cabe problematizar que algumas dessas comunicações, também configuram incitação ao suicídio. No Brasil, instigar este ato é crime.

Outro embaraço que se impõe frente à vulnerabilidade dos indivíduos é o entrelaçamento da moralidade com a tentativa de (auto) proteção dos profissionais de saúde frente à lei:

Suicídios podem envolver questões legais, pois há mortes envolvidas. É o temor pelos processos judiciais que pode levar profissionais a agir defensivamente, propondo internações forçadas ou medicação tranquilizante e/ou antipsicótica, sem aprofundar a compreensão do sofrimento e da dor da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio. Entretanto, o constrangimento da internação ou a medicação forçada também não são alvos de processos judiciais por ferirem a autonomia da pessoa em sofrimento? (47, p.75).

Essa questão denuncia a assimetria entre a proteção dada aos profissionais, em contraste com a (não) proteção dada aos pacientes. Apesar de muitas vezes ferirem a autonomia, de violar outros direitos humanos dos pacientes, não há retaliação, sanção institucional ou jurídica, especialmente se o trabalhador da saúde cometeu desvios com finalidade de preservar vidas.

Ainda no que tange ao Relatório, quando questionados sobre a percepção dos direitos humanos entre os trabalhadores de saúde, os entrevistados não tiveram consenso quanto à conscientização das violações. Aqueles que consideram que os profissionais não reconhecem as violações, se utilizam dos seguintes argumentos: não há consenso sobre o paradigma da saúde, consequentemente, do direito à saúde; os profissionais não têm tempo e espaço para discutir direitos humanos no contexto de trabalho; por último, denunciam uma lógica

produtivista nos serviços, que faz com que a execução quantitativa de procedimentos esteja acima da eficiência do atendimento. Por outro lado, aqueles que afirmaram as violações pelo ângulo do consentimento, julgaram que os direitos humanos dos pacientes são desrespeitados em razão da tentativa de suicídio, ato que parece romper com o “pacto entre os vivos”. Essa questão foi vivamente abordada por uma profissional entrevistada:

Eu acredito que os profissionais percebem, ainda assim, eles acreditam que eles estão no direito de violar, porque aquela pessoa que atenta contra a própria vida vai contra... outros princípios, que eles acreditam que são princípios, profissionais, pessoais, sabem lá o quê, morais, éticos... Parece que isso dá direito a eles a esse tipo de violação. Então, é uma violação, mas é uma violação que eu tenho direito de fazer. Violação por violação... (46, p.35)

As tentativas de autoextermínio são compreendidas como eventos amparados na noção de intencionalidade, resultantes de uma escolha e, por essa razão, seus executores são tratados como indivíduos que não precisam de cuidados (38). No âmbito hospitalar, o ato suicida é reconhecido no regime de confronto, por subverter a ética médica (47, 48), que foi construída, historicamente, em torno do propósito de salvar vidas:

O interdito à morte sempre acompanhou os hospitais e a medicina, ou melhor, a medicina e os hospitais auxiliaram na construção simbólica de tal interdito. Desta forma, torna-se compreensível que a morte voluntária, portanto, desejada, não tenha espaço dentro de hospitais. (19, p.83)

As prescrições normativas que aliaram à saúde a ideia de vida, desqualificaram, silenciaram e higienizaram a morte, ao mesmo tempo em que fizeram da vida um objeto de intervenção técnica (19). De modo que aquele que se recusa a ser orientado pelo imperativo da lógica vital, negando-a, desencadeia ações e sentimentos de inadequação profissional (27). A área dos serviços públicos de saúde se mostra deficitária na assistência específica ao suicida, mesmo no recorte dado pela área que relaciona o fenômeno aos distúrbios mentais. A precarização nos serviços de saúde revela um distanciamento à questão.

A medicina em geral sempre se colocou numa posição de impedir os suicídios e defender o direito à vida, salvando as pessoas que desejavam morrer. Porém, encontramos este vácuo nos serviços de saúde, relacionados historicamente à medicina, quanto à assistência ao suicida. A medicina parece ser ambígua em relação ao suicídio: em tese, advoga seu direito sobre ele (de impedir, tratar, evitar) e na prática ignora a questão. (19, p.80)

Apesar da notória ambiguidade médica, é possível ampliar a segunda parte do enunciado e sustentar que não há recusa aos casos de tentativa de suicídio nos hospitais e sim,

exclusão na inclusão. O suicídio carrega o estigma da morte em sua radicalidade e, por esse motivo, é reiteradamente, maltratado e circunscrito pela violência institucional.

Essa nova imagem da morte justifica novo grau de controle social. A sociedade tornou-se responsável pela prevenção da morte de cada um de seus membros; o tratamento médico, eficaz ou não, pode ser assimilado a um dever. [...] Conheço uma mulher que, tendo falhado no seu suicídio, foi levada em coma ao hospital, com duas balas alojadas na coluna vertebral. O cirurgião esforçou-se heroicamente para mantê-la viva e considera, no que lhe compete, ter conseguido realizar dois objetivos: ela sobreviveu e foi atingida por paralisia geral, que elimina qualquer receio de nova tentativa de suicídio. (29, p. 180)

Esse tipo de formulação mencionada pelo autor inviabiliza modos adequados de atendimento, assim como o conhecimento do ato como um pedido de ajuda. O funcionamento da rede de saúde, como descrito, se delinea como um fator protetivo, de prevenção ou como potencializador do risco de suicídio?

Partindo da premissa de que as intervenções biomédicas normativas e pouco sensíveis intensificam a vulnerabilidade das pessoas que tentam suicídio, os efeitos das conduções relatadas nas produções de cuidado predispoem na imputação da discriminação e, conseqüentemente, na desesperança dos pacientes. As marcas de marginalização, segundo Silva, Sougey & Silva (49), podem estar diretamente associadas a uma evolução negativa do cuidado e intervenção terapêutica, às novas tentativas ou, ainda, ao desencorajamento de novas buscas de ajuda – de forma a esboçar um caminho oposto ao ideal da eficácia terapêutica (8, 32, 44, 46). Essa realidade manifesta o estigma e moralidade como orientadores de condutas, dialogicamente, o despreparo e escassez das ações do poder público em suas estratégias de enfrentamento ao fenômeno.

No estudo de Vidal & Gontijo (38) vislumbrou-se ainda que, na maioria das vezes, os pacientes são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica e não têm encaminhamento para serviços especializados. Quando os encaminhamentos existem, são realizados sem garantia de acolhimento – oportunidades perdidas para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento.

A intervenção precoce depois de uma tentativa de suicídio é uma medida preventiva para novas ocorrências, principalmente porque os primeiros meses são o período de maior risco para novas tentativas (50). No entanto, Lizardi & Stanley (51) estimam que, até 60% dos indivíduos que tentaram suicídio não frequentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência. Cabe-nos questionar porque aqueles que tiveram acesso não

lograram a adesão – que instituições e condições de tratamento lhes estão sendo disponibilizadas?

Em 2000, a OMS lançou um estudo internacional multicêntrico (SUPRE-MISS) em oito países – África do Sul, Vietnã, Estônia, Índia, Irã, Ceilão (SriLanka) Brasil, China – em que os cinco últimos efetuaram um ensaio clínico controlado com o fim de avaliar uma estratégia inovadora de incentivo à busca e à manutenção de tratamento de pessoas que compareceram aos serviços de urgência/ pronto-socorro após uma tentativa de suicídio (52). Foram comparados dois grupos: o primeiro com intervenção psicossocial, que abarcava entrevista motivacional, ligações telefônicas regulares e encaminhamento para um serviço da rede de saúde; o segundo grupo teve acolhimento usual e um encaminhamento, por ocasião da data, para um serviço da rede de saúde. No final de 18 meses, verificou-se no primeiro grupo uma redução da mortalidade em todos os locais do estudo. A porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior.

Como demonstrado nessa pesquisa, as taxas de óbito podem aumentar ou diminuir de acordo com as atitudes dos profissionais envolvidos no atendimento, especialmente porque, se bem acolhidos nos serviços de emergência, a intervenção se configura como um tipo de vínculo, aumentando as chances de continuidade do tratamento (38). Nas sociedades em que o estigma do fenômeno diminuiu, a tentativa de procurar ajuda aumentou (49). Destarte, os autores citados comungam que a compreensão do estigma é procedimento eficaz para alicerçar medidas futuras de conscientização, prevenção e tratamento do suicídio.

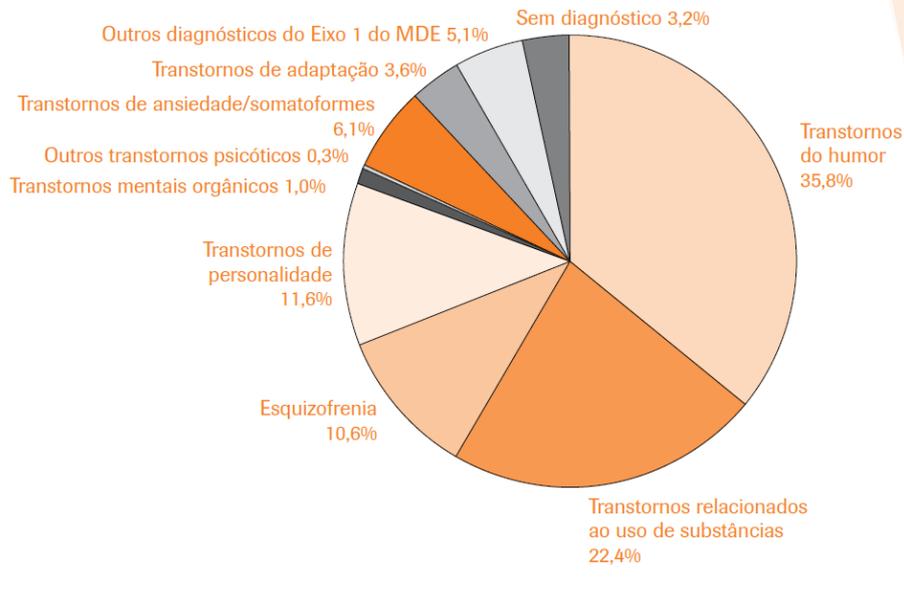
3.1.3 Transtornos mentais: única justificativa para o suicídio?

“O que construímos como convicções são fabricações que refletem relações de poder.”

(GRAÇA MARCHEL)

A literatura acusa uma relevante correlação entre o suicídio e os transtornos mentais. Referência nesse assunto, o trabalho de Bertolote & Fleischmann (53) recupera uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, que englobou 15.629 ocorrências, principalmente em países do hemisfério norte e demonstrou que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental na época do ato fatal.

Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental. A figura abaixo resulta da compilação de 15.629 casos de suicídio realizada pela OMS.



FONTE: Fleischmann e Bertolote, 2002.

Dados semelhantes são corroborados na pesquisa de Bertolote, Bello-Santos & Botega (28), que sugerem que 90 a 98% dos casos de suicídio são cometidos por pessoas com transtorno mental, vide tabela abaixo:

Tabela 2 - Diagnósticos encontrados ordem de frequência

Transtornos do humor	30,2%
Transtornos por uso de substância (álcool)	17,6%
Esquizofrenia	14,1%
Transtornos da personalidade	13%
Transtornos mentais orgânicos	6,3%
Transtornos de ansiedade/somatoformes	4,8%
Outros transtornos psicóticos	4,1%
Transtornos de ajustamento	2,3%
Todos os demais diagnósticos	5,5%
Sem diagnóstico	2%

FONTE: Bertolote, Bello-Santos & Botega, 2010.

Com destaque para os casos de depressão, esquizofrenia e alcoolismo, essa estatística é redigida em obras de muitos psiquiatras e psicólogos (24, 28, 38, 53, 54), cujos autores chamam atenção para a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento correto, como forma eficaz de se prevenir novas mortes por suicídio. Bertolote & Fleischmann (53) observaram que, a maioria dos pacientes que cometeram suicídio não estava sob tratamento adequado da sua doença, principalmente em decorrência do preconceito do paciente e da família em relação a um tratamento psiquiátrico prolongado, por conta da irregularidade na aderência à longo prazo, pela não identificação da patologia por parte dos profissionais de saúde, etc.

Teng & Pampanelli (54) consideram que o comportamento suicida é determinado por pelo menos dois componentes: propensão genética a transtornos psiquiátricos e suscetibilidade genética a traços de personalidade de impulsividade, de maneira que a junção dessas categorias implicaria em risco de suicídio aumentado. A leitura biologicista tende a priorizar e dar enfoque ao tratamento medicamentoso como aposta na diminuição do risco.

Alguns autores como Werlang, Macedo & Kruger (55); Botega et al. (24) advogam que o comportamento suicida em si não constitui um distúrbio, é fruto de um sofrimento: “Os comportamentos suicidas não constituem uma doença, embora na maioria das vezes estejam associados a diversos transtornos mentais” (28, p.88). No entanto, muitos desses mesmos autores consentem com a associação quase totalizante dos casos com transtornos mentais. As estatísticas acusam o peso radical do diagnóstico, percepção que deixa margem não apenas à indiferenciação entre os termos “sofrimento” e “transtorno mental” – correspondem à mesma coisa? – como também, contradiz a afirmação consensual na suicidologia de que o fenômeno é multifatorial.

Montenegro (21) recupera a ideia da multiplicidade de fatores, afirmando que, se por um lado há inviabilidade de considerar e estudar todos os elementos envolvidos, por outro, são adotadas estratégias e avaliações baseadas em fatores de risco e de proteção encontrados na literatura especializada, que não necessariamente contribuem para um julgamento e decisão clínica; particularmente porque, até o momento, não se pode prever de modo confiável o comportamento suicida por padrões estatísticos. Modelos estatísticos são generalizáveis a amostras e populações, mas não há garantia ou aplicabilidade a pessoas (56); de modo que, a avaliação do risco deve ser compreendida, como indicou Montenegro (21), a um contexto mais ampliado, refletindo, sobretudo, os elementos subjetivos.

Em similitude reflexiva da multifatorialidade, Jucá (57) analisa o discurso psiquiátrico no que tange à compreensão dos transtornos mentais através de entrevistas que contemplam pontos a respeito da explicação teórica dos diagnósticos. Dentre os resultados, essa autora

reconhece que a ideia de multideterminação continua a ser considerada um somatório de elementos culturais, sociais, psicológicos, orgânicos, etc. – ainda que sem a problematização das inter-relações constitucionais destes fatores – e que, há uma hierarquia entre estes, uma significativa preferência pela vertente organicista:

Entre a tentativa de compreender o “ser biopsicossocial” e a adesão a uma vertente existe um processo interessante de descolamento entre o discurso que continua a ser multifatorial e a prática que valoriza uma compreensão etiológica. O caso da psiquiatria em questão é ilustrativo, posto que, ao mesmo tempo em que afirma a complexidade da doença mental, seus anos de prática fazem com que valorize significativamente a compreensão orgânica. (57, p.775)

Ao mesmo tempo em que a formação médica demanda uma compreensão integral do homem, a construção da identidade profissional envolve a realização de escolhas, como, por exemplo, a adesão à psiquiatria biológica (57). As pesquisas referidas têm ressonâncias significativas na escolha das estratégias de enfrentamento ao suicídio, que são, predominantemente, medicalizantes. Entretanto, como colocaram Botega et al. (24), é preciso estar advertido que os conhecimentos na área da suicidologia derivam em sua maior parte de estudos realizados com dois grupos: pessoas que tentaram ou com pessoas que estavam em tratamento psiquiátrico ou psicológicos e se mataram. Esses dois grupos, sem dúvida, não são representativos da totalidade dos casos.

A medicalização será amplamente discutida no próximo capítulo. Por ora, cabe discriminar outros dados que ampliam a leitura biologicista do ato. A OMS (58) indica que, apesar do fenômeno ainda ser um problema grave em países de economia elevada, são os países de baixa e média renda que têm a maior parte da carga suicida global. Os fatores de vulnerabilidade são condicionantes de saúde e, quando concentrados em maior proporção, potencializam o risco de suicídio. Simultaneamente, esses países têm menos subsídios financeiros, alocações orçamentárias mais baixas para a saúde de modo geral e são incapazes de acompanhar a demanda crescente de assistência à saúde mental.

Considerar a(s) vulnerabilidade(s) é: subverter uma abordagem do pensamento liberal de que os indivíduos têm controle completo dos seus comportamentos – pensamento que, inclusive, despreza a influência e determinação dos condicionamentos socioculturais nesses mesmos comportamentos (59). E, conseqüentemente, dar espaço para análise de outras categorias dentro do suicídio, como por exemplo, o mal-estar gerado pela cultura (60), em especial, como indicou Marx (61), pelos múltiplos aspectos opressores das sociedades.

Construções sociais criam formas de existência enquadradas, estatutos de despertencimento que projetam vidas precarizadas e sem legitimidade. Forças sociais provedoras de violências são prementemente vislumbradas como fonte de sofrimento: racismo, machismo, meritocracia, xenofobia, homofobia, transfobia, etc.

Expostos a eventos estressores provocados pelo preconceito, estigma e condições de vulnerabilidade, tornam-se mais propensos a desenvolver certo grau de isolamento social e psicológico. Nesse sentido, o contexto hostil as identidades de gênero e as orientações sexuais dissidentes, podem contribuir para o aumento do risco de suicídio. (62, p.20)

Os transgêneros são exemplo de um grupo que, dialeticamente, sofre processos de patologização e mecanismos de diversas ordens de segregação, exclusão, marginalização, etc., acompanhados de altas taxas de suicídio (63). O comportamento suicida nesses casos é expressão de transtornos mentais ou modalidades de sofrimento? O sofrimento se não cuidado, desencadeia o transtorno mental? A leitura sociológica permite pensar que, a eliminação do outro, em sua existência subjetiva e/ou política, pode contribuir para a precipitação do ato suicida. Nessa perspectiva, presume-se ademais, uma responsabilidade social sobre o fenômeno – dos condicionantes de saúde envolvidos, do estigma, da vulnerabilidade, etc. – que é, comumente, restrita ao indivíduo, aos seus transtornos e fatores biológicos/genéticos.

O argumento da injunção social pode ser reconhecido em programas de êxito de projetos internacionais. Teng & Pampenelli (54), apesar de enfatizarem os transtornos mentais, destacam dois programas de sucesso em prevenção do suicídio. O primeiro, realizado pela Força Aérea dos Estados Unidos em 1996, teve como conjunto de estratégias dois pilares: capacitação dos profissionais de saúde e criação/potencialização de uma rede de apoio, de modo a favorecer a busca de ajuda dos indivíduos em sofrimento. No segundo programa, na Inglaterra, houve diminuição das taxas de ocorrência após implantação das recomendações para a prevenção do suicídio nos setores públicos de saúde mental: equipes 24h para crises, acompanhamento dos pacientes durante a primeira semana após a alta, treinamento sobre a temática com a equipe clínica geral, tratamento de doenças subjacentes, comunicação e troca de informações com os familiares, etc.

Em nenhum dos casos a ênfase foi dada ao tratamento medicamentoso – intervenção privilegiada frente aos diagnósticos psiquiátricos. O sucesso dos programas parece ter relação com a magnitude social, que envolveu além da referida estratégia, que tem suma importância quando utilizada de modo criterioso, diversos setores e atores, aliando o preparo técnico ao

fortalecimento da rede afetiva das pessoas em sofrimento. Um esquema tático que reduziu os fatores de risco e deu robustez aos fatores de proteção a partir da conexão com a família e comunidade, facilitação no acesso à assistência de qualidade aos serviços de saúde, maior preparo destes frente às enfermidades físicas e mentais, com variedade de intervenções clínicas; incentivo à busca de ajuda às pessoas em sofrimento, restrição destas à métodos letais, etc. (58, 64) – uma lógica que subverte o argumento da doença mental, em prol de cuidados orientados para o eixo da saúde mental.

3.1.4 Estratégias, planos e diretrizes de prevenção

Por considerar o suicídio um fenômeno amplamente evitável, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma campanha mundial de prevenção do suicídio, iniciada em 1999, potencializada pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias – que publicou no ano 2000 Manuais dirigidos aos profissionais de diversas áreas: da mídia, da saúde, para médicos, professores e educadores (9, 26, 65, 66). A concepção subjacente aos manuais diz respeito à validação da ideia de que as ferramentas de redução e prevenção do suicídio estão disponíveis, precisando ser aliadas a recursos e interesses políticos, selando um compromisso de intervenções eficazes, as quais, invariavelmente, devem ser amparadas por ações coletivas.

De acordo com a OMS (58), a identificação dos atores-chaves para a prevenção está entre os primeiros passos para o desenvolvimento de uma estratégia que deve, necessariamente, conceber uma abordagem multisetorial e multidisciplinar, envolver diversos setores do governo, inclusive Ministério da Saúde, da Educação, da Agricultura (pois o suicídio por autoingestão de pesticidas é um grande imbróglio), dos Transportes (juntamente com profissionais da arquitetura e urbanismo, por compreender as medidas de prevenção do território e transportes); da saúde e saúde mental, pública e privada; setor da educação, autoridades legais, polícia, bombeiros, parlamentares, comunidades, líderes religiosos, ONGs, mídia, pesquisadores, grupos vulneráveis, sobreviventes, família, etc.

No contexto de ações com os familiares, cabe o trabalho de desmistificação e sensibilização aos sinais de sofrimento. Dois terços dos que cometeram suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos na semana anterior ao ocorrido (24) – uma forma de pedir ajuda ignorada, pela falta de informação, de reconhecimento da mesma

e/ou predominância dos mitos. Bessoni (15) proclama o fenômeno do suicídio como um ato de comunicação sem ouvintes. Associadamente, a perda por esta motivação tem impactos diversos, constituindo experiências de vidas profundamente afetadas do ponto de vista emocional, social e econômico. Por esse motivo, deve-se proporcionar modos de cuidado aos sobreviventes do suicídio – intervenção conhecida como posvenção – como grupos de apoio, psicoterapia individual e psicoeducação, etc. (54).

Além do que, a OMS (58) compilou as Diretrizes em âmbito mundial para prevenção do suicídio, tais como: a) identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer um ato suicida, a exemplo de armas de fogo e substâncias tóxicas; b) melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida; c) melhorar os procedimentos diagnósticos e, conseqüentemente, o tratamento dos transtornos mentais; d) aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus relativos à prevenção do suicídio e às doenças mentais; e) aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce; f) auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente tentativas e ocorrências de interrupção de vidas; g) incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das suas causas e evitar a duplicação dos registros estatísticos; h) prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Na análise de Botega et al. (24), nos planos nacionais de prevenção do suicídio de diferentes países, há pontos convergentes entre todos eles: a) iniciam exibindo a situação atual do país, designadamente via pesquisa sobre o comportamento suicida no território; b) desenvolvem estratégias educacionais para aumentar o conhecimento da população de modo geral; c) buscam melhorar o atendimento prestado para as pessoas que tentaram suicídio e seus familiares; d) incentivam pesquisas na área; e) garantem avaliação do que é implantado; f) fornecem materiais e treinamento para as escolas, mídia e organizações de apoio; g) capacitam equipes de saúde; h) intensificam a prevenção em grupos de maior risco.

A importância de uma estratégia nacional de prevenção do suicídio diz respeito ao compromisso do governo de tratar o fenômeno com a magnitude de um problema de saúde pública, com agenda de pesquisa, avaliação, estrutura, responsabilidade, provisão de cuidados via serviços e recursos humanos (58). No Brasil como ainda não há um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, as ações estão incluídas na agenda da Saúde Mental e sua operacionalização, de modo ramificado, na RAPS. O maior avanço distintivo corresponde à Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde, que: “institui Diretrizes

Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (67).

“Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido” (67), estimando os princípios de universalidade, acessibilidade e integralidade que regem a normativa do SUS, as Diretrizes têm dentre os objetivos principais da política, a execução de projetos estratégicos fundamentados em eficácia, qualidade e organização da rede de atenção e intervenção nos casos de tentativa de suicídio, bem como a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, das unidades de urgência e emergência e dos serviços de saúde mental. Dentre as diretrizes visa-se:

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 - organizar linha 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;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (67)

A Portaria, que é Ministerial, tem participação efetiva das Secretarias de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria da Vigilância em Saúde (SVS), e da Secretaria Especial em Saúde Indígena (SESAI), podendo envolver todas as outras, a depender da diretriz, das ações e suas

demandas. As Secretarias citadas compõem o Grupo de Trabalho (GT) de Prevenção do Suicídio, existente desde maio de 2016. O GT realizou, desde então, o Seminário “Panorama e Estratégias para o Enfrentamento do Suicídio no Brasil” (Novembro/2016) e o Workshop “Estabelecendo Diálogo para Prevenção do Suicídio” (maio/2017) com diversas entidades sobre o assunto.

Não há sistematização ou gestão de estratégias oriundas das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, no entanto, muitas ações foram realizadas desde 2006, sobretudo no âmbito da saúde mental, como: promoção da saúde; monitoramento dos atendimentos; comunicação; manual dirigido a profissionais em prol da prevenção do suicídio; registro compulsório de tentativa de suicídio; Portaria de procedimento de leitos em hospitais gerais (englobando tentativa de suicídio); material orientador para prevenção do suicídio em povos indígenas; qualificação da investigação do óbito e das informações sobre suicídio através da notificação no Sinan para o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); adesão do Ministério da Saúde à política internacional de prevenção do suicídio – incluindo a campanha do Setembro Amarelo – entre outros; sem articulação direta, mas notoriamente congruentes às Diretrizes.

Entre os avanços à âmbito nacional, houve a adoção do primeiro Protocolo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), para autoagressão e risco de suicídio no ano de 2014 (68), assim como a execução de manuais sobre prevenção do suicídio, publicados em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). O Brasil está entre os países que assinou o Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020 lançado pela OPAS, com objetivo de acompanhar o número anual de mortes e desenvolvimento de programas de prevenção.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou em Setembro (2017), de forma inédita, os seguintes materiais: “Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio e Óbitos por Suicídio no Brasil e a Rede de Atenção à Saúde”; “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil”; folheto e cartilha para jornalistas de como abordar o tema; cartilha com dicas para os profissionais de saúde sobre a importância da notificação correta do episódio; cartaz e folheto para a população; apresentação dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde.

O primeiro Boletim Epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio no Brasil contemplou uma agenda estratégica para atingir as metas da: a) OMS – Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 – com de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020; b) da OPAS (Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020), que tem como objetivo elaborar e

implementar programas de promoção e prevenção na área de sistemas e serviços em saúde mental, voltados ao atendimento das questões relacionadas ao uso de álcool e de outras substâncias, dedicando atenção especial ao ciclo de vida. c) Dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com finalidade de, até 2030 reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e bem-estar (10). Paralelamente, há uma Agenda de ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde (2017-2020), elaborada com a participação de três Secretarias (Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Secretaria Especial da Saúde Indígena - SESAI), destinada a ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionados ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por esta causa, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno.

Com o fim de expandir o atendimento ao público com risco de suicídio, foi estabelecida uma parceria entre o MS (SAS) com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que tornou gratuita a ligação para esta instituição em vários Estados; com compromisso de implementar essa disponibilização em todo território nacional em até três anos. Historicamente, o CVV tem um relevante papel na prevenção do suicídio, que além do atendimento telefônico, presta assistência presencialmente, por e-mail ou chat. Juntamente com essa medida foi gerado um material, como assinalado, de orientação para aprimorar a comunicação social e qualificar a informação aos profissionais de saúde, jornalistas e à população. Para a população foi feito um folder com ênfase na identificação dos sinais de alerta; para jornalistas, um folheto informativo com apontamentos de como abordar o assunto; para profissionais de saúde, um documento contemplando a importância da notificação compulsória, como informações técnicas sobre acolhimento na rede SUS.

No que tange à educação permanente dos profissionais, o Ministério da Saúde tem oferecido, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, um curso à distância sobre Crise e Urgência em Saúde Mental. Desde 2014 foram capacitados aproximadamente 2000 profissionais. A próxima turma, prevista para 2018, deve capacitar outros 1500 profissionais da RAPS, com capítulo sobre suicídio. Outras capacitações antevistas são a Oficina Nacional de Qualificação das Ações de Prevenção entre Povos Indígenas e a formação de jovens indígenas multiplicadores em estratégias de valorização da vida em regiões com maior incidência sobre suicídio – os indígenas se suicidam de dez a vinte vezes mais que a população em geral (69); as razões correlacionadas ao alto índice de suicídio

indígena correspondem à violenta história da colonização, invasão e/ou não demarcação de terras, discriminação e desigualdades relativas aos modos de vida do mundo não indígena, abuso de álcool, etc. (70).

Em unidades da federação, o Distrito Federal foi pioneiro e lançou o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio em 2014, alicerçado nos seguintes eixos: avaliação e monitoramento; compromisso político; prevenção; tratamento e pós-venção; capacitação e informação. Com a meta de criar uma rede efetiva de serviços interligados do SUS em prol da prevenção, a Secretaria de Saúde adotou o fortalecimento da assistência, melhoria nos processos de trabalho, contou com parcerias governais e não-governamentais, em particular, o serviço integrado da SAMU - único no país com Núcleo de Saúde Mental, que engloba uma equipe de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e agentes de serviço social. Esse serviço atende, aproximadamente, 180 chamadas de tentativas de suicídio por mês.

No Rio Grande do Sul existe o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção ao Suicídio, que realiza articulação intersetorial, com reuniões, capacitações, campanhas e diálogo com a mídia. No primeiro semestre de 2017 foi aprovada a implantação do Plano Estadual de Ações de Prevenção ao Suicídio no Estado do Piauí – região com notório crescimento em número de mortes por suicídio. Em novembro de 2017 foi sancionada uma lei no Acre responsável pela criação do Plano Estadual de Valorização da Vida, com objetivo de identificar sintomas, acompanhar e tratar pessoas que apresentem sintomas de transtorno mental ou psicológico, minimizando a evolução dos quadros que podem chegar ao autoextermínio.

Ainda em âmbito estadual, em algumas regiões brasileiras existem centros de referência em toxicologia, que passaram a ser referências em atendimento às tentativas de suicídio por intoxicação. Assim nasceu o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio na cidade de Salvador, em 2007 – pertencente ao Centro Antiveneno (CIAVE- BA). A clientela é de pessoas em risco de suicídio, com ou sem tentativa anterior. De modo integralizado, há um trabalho de ação e prevenção com o paciente em três níveis: consultas individuais com psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional; trabalhos grupais, projetos de leitura, cinema, poesia, jornal, etc. A equipe de saúde realiza reuniões informativas com as famílias, assim como cursos de capacitação, fóruns e oficinas à comunidade e rede de saúde (32).

O NEPS tem registro médio 1500 tentativas de suicídio ao ano, com total de óbitos de 2,8% (32). Apesar da exitosa existência do NEPS, esse é o único serviço especializado na Bahia, de modo que o seu funcionamento é regido por uma sobrecarga e impossibilidade de responder a toda a demanda existente. Juntamente com a continência estrutural, o NEPS não

faz parte oficialmente da RAPS, por essa razão não pode regular, encaminhar, etc. A sua autonomia e articulação com a rede se delineiam de forma limitada.

O vazio e limitação nas políticas públicas estão sendo (re)pensadas e suprimidas, em alguma medida, por iniciativas como o CVV e a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) – uma associação civil, de âmbito nacional e sem fins lucrativos, que tem como objetivo geral fomentar o estudo, a discussão e pesquisa em torno da prevenção do suicídio. A ABEPS realizou o I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio em 2016, quando reuniu profissionais da área/especialistas e cumpriu a meta de compartilhar experiências diversas, além de reunir esforços e articulações que vem acontecendo em todo o território nacional.

3.2 DO SUICÍDIO: ENTRE ÉTICAS DA VIDA E AS POLÍTICAS DE MORTE

3.2.1 Análise do suicídio a partir da Bioética de Proteção

“Dignidade também é transgressão frente a uma ordem injusta.”

Fábio Rivas-Muñoz

O fenômeno do suicídio, para além das questões clássicas sobre o que se entende como direito de tirar a própria vida, se delinea como objeto bioético por diferentes impasses, conflitos e tensões morais e políticas. No entanto, a temática tem sido pouco abordada pela Bioética brasileira.

Juntamente com o discurso religioso, que denega e condena o ato suicida como pecado por contrariar as leis divinas; o discurso capitalista, que interpreta o suicida como desobediente da normatividade jurídica e política, por descumprir suas obrigações de cidadão (43) – produzir e consumir? O discurso médico científico que se apropriou da morte como inimiga, de modo a englobar e focar a sua missão em salvar vidas (47, 48). O suicídio, que subverte todas essas ordens, foi negado, silenciado, medicalizado (19, 22).

O mecanismo da medicalização é um imperativo pouco discutido nas práticas de saúde. Ela pode ser maquiada como ferramenta de proteção do sujeito contra ele mesmo, sobretudo se tomado do ponto de vista da loucura. A medicalização tira a autonomia, reduz o

sujeito à sua sintomatologia, silencia a manifestação subjetiva singular, impede outras possibilidades de enfrentamento, etc., tornando-se um vigoroso instrumento produtor de violências.

Pensando amplamente na esfera da(s) violênci(a)s, o suicídio está enredado, mesmo que “foracluso” da gestão da vida, de modo a fazer resistência, ser ponto de escape ou mesmo, modo de manutenção da biopolítica. Esse trabalho aposta na terceira hipótese, e por essa razão, é preciso pensar em como proteger a vida e reduzir as vulnerabilidades daqueles que estão amplamente subjugados pelo sistema ou já sentenciados a morrer.

A ausência da formação ética e técnica dos profissionais de saúde sobre a temática é emblemática. Esse público não tem nos cursos universitários diálogo e debates sobre o suicídio, não há espaço e incentivo institucional para qualificação dos mesmos, etc. A transformação da conduta dos profissionais de saúde e planejamento de capacitação – ação que se delineia como medida de proteção e prevenção – como contributo da Bioética, passa necessariamente por uma melhor compreensão do universo moral desses profissionais em torno da questão.

A Bioética tem se mostrado, notoriamente a partir dos anos 90 do século XX, uma legítima e eficiente ferramenta para análise crítica da moralidade das políticas públicas de saúde. De forma a englobar em seu ofício, tomadas de decisões eticamente justificadas, ações alicerçadas pela equidade e justiça, incluindo distribuição de recurso e qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, o não prejuízo às necessidades de saúde das populações vulneradas (71).

Arreguy e Schramm (71) assinalam que, no caso específico do contexto brasileiro, as dificuldades se circunscrevem “entre a vigência de uma pluralidade de interesses e valores relativos aos diversos segmentos da sociedade expressando conflitos entre diferentes direitos, deveres, modalidades de acesso e de resolução de seus problemas sanitários.” (71, p.118). Segundo esses autores, o avanço exige a identificação dos problemas, a análise crítica dos seus riscos, benefícios, perdas e ganhos, formulação de políticas públicas que contemplem os interesses dos vários grupos envolvidos, meios de implementação e ainda, negociação com todos os atores incluídos, em prol dos melhores resultados possíveis.

A Bioética de Proteção surge como um projeto de ética aplicada pensado por pesquisadores latino-americanos após a constatação dos limites dos instrumentos tradicionais restritos aos conflitos no campo das práticas biomédicas, para pensar as políticas públicas de saúde e seus dilemas morais, nomeadamente nos cenários específicos dos “países em desenvolvimento” ou em “subdesenvolvimento”. Estes têm como características próprias e

determinantes para a saúde, a pobreza extrema e a privação de liberdade econômica, que pode tornar as pessoas reféns da violação de outras liberdades, levando inclusive, a uma vida indigna (72).

A Bioética de Proteção é, então, uma ferramenta de reflexão e enfrentamento sobre as moralidades das práticas de saúde pública que envolvem populações suscetíveis, “que não estão submetidas somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas” (73, p.11). Essa ferramenta foi criada com objetivo proteger indivíduos/populações humanas particularmente vulneráveis, ou seja, os vulnerados, que “não são capazes [...] de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário” (73, p.17) – contra ameaças que podem afetá-los de forma significativa e/ou irreversível às suas existências.

É preciso recuperar a ideia de que a proteção não pode ser confundida com paternalismo (73, 74, 75, 76) – que, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantiliza-o, impedindo o exercício de liberdade e autonomia. A resolução dos conflitos morais é mediada por uma proteção dos vulnerados que, por algum motivo, independentemente de suas vontades, não podem se defender sozinhos pelas condições desfavoráveis que se encontram, necessitando de instrumentos outros para desenvolver potencialidades e enfrentar o seu status de afetados (73). A autonomia deve ser engrenagem final da proteção, que perderá a sua função, uma vez que em outra posição, os indivíduos terão validadas as possibilidades de escolhas, e, por conseguinte, poderão se responsabilizar por estas.

Segundo a tradução de Schramm (73), a Bioética de Proteção corresponde à ética aplicada, constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam solucionar os conflitos de interesses entre quem tem acesso, ministra e desenvolve “competências” e quem, ao contrário, não tem essa prerrogativa. Seguindo essa lógica, Lorenzo (77) salienta o fato de que os grupos vulneráveis têm dificuldade de organização e reivindicação das suas questões, implicando aos gestores a realização de uma busca ativa de demandas para a efetividade de políticas públicas de saúde voltadas para esse(s) coletivo(s). A responsabilidade protetora implica, à vista disso, o controle dos resultados das políticas públicas adotadas, ou seja, avaliação da efetividade das práticas das instituições públicas e de seus agentes (72).

Historicamente, um princípio moral de proteção está implícito nas obrigações do Estado, que deve proteger seus cidadãos contra calamidades, guerras, etc. Entretanto, poderia muito bem ser chamado de Estado protetor, pois parece intuitivamente compreensível que todos os cidadãos não conseguem se proteger sozinhos contra tudo e todos, podendo tornar-se suscetíveis e até vulnerados em determinadas circunstâncias. (73, p.20).

Para uma evolução concreta dessas ações, é preciso considerar os déficits de serviços, bens e oportunidades, os universos simbólicos, subjetivos e, portanto, singulares envolvidos na geração de demandas. Nesse sentido, Sen citado por Lorenzo (7), preconiza que as práticas regidas pelo bem-estar social não podem tratar os grupos vulneráveis como se fossem uma massa homogênea de sujeitos com necessidades e desejos idênticos. Isto posto, a escuta se coloca como passo imprescindível antes de qualquer proteção e intervenção. A escuta é um modo ético e micropolítico de: desconstruir as certezas morais, dar voz ao outro, tornando-o menos vulnerável (78) e reconhecer as demandas singulares. Assim, é possível vislumbrar a necessidade de aliar a política e a clínica, tal como a indispensabilidade de aproximar o que é da ordem do singular da regência do universal.

Na urgência de garantir um discurso que reflita e forneça orientação sobre as práticas biomédicas, particularmente as públicas, que ocorrem nas sociedades marginalizadas do pragmatismo neoliberal (75), a Bioética de Proteção aplicada pode favorecer discussões profícuas sobre questões complexas, como o suicídio. Essa ferramenta pode responder eticamente e permitir o avanço de indagações que envolvem o estigma e seus efeitos nos processos de acolhimento, acompanhamento e funcionamento na rede de saúde, tal qual no progresso de políticas públicas de saúde e nos modos efetivos de cuidado. A Bioética de Proteção pode ser ainda, uma fonte de resistência às ações voltadas para a prevenção, controle e tratamento do suicídio na atual conjuntura, que parecem ser regidas ainda, como defende Lopes (3), pelo casamento do Estado e saber médico-científico.

Cabe indicar que a Bioética de Proteção é composta por dois termos distintos, que não podem ser confundidos ou sobrepostos, alerta um dos seus precursores (73). Nem toda bioética é de proteção e nem todo instrumento de proteção é da bioética.

Existem aspectos da vida importantes e pertinentes para a bioética (como, por exemplo, o exercício da autonomia pessoal no que se refere ao “estilo” de vida que não afeta negativamente a vida alheia) que não podem ser subsumidos a algum tipo de proteção – que negaria a própria autonomia -, assim como existem meios de proteção que podem ser questionados do ponto de vista ético (como a medicalização dos comportamentos que não prejudiquem terceiros, mas que, mesmo assim, se tornam objeto de formas de estigmatização, controle e interdição, supostamente para proteger o agente moral contra si mesmo, mas indicam, sobretudo, um mal-estar coletivo. (73, p.13).

A medicalização é um conceito central nesse trabalho. A perspectiva da Bioética de Proteção se justifica, sobremaneira, pela possibilidade de questionar a institucionalização da medicalização e, sobretudo, descortinar a sua contradição discursiva, que como colocou

Schramm (73), aparentemente é utilizada como uma estratégia de proteção – a fim de proteger o agente moral contra si mesmo. No entanto, tem se apresentado como fonte de violências e violações às diversas formas de existências, causando efeitos danosos e até irreversíveis na vida das pessoas.

A tutela, nesse caso, não é só paternalista, ela é destrutiva. A dimensão da violência é central nessa estratégia porque “em nome do progresso”, se mata politicamente sujeitos. A bioética, por fim, pode ser uma ferramenta de resistência para afirmação de diferentes modos de existência.

A vulnerabilidade não é apenas uma questão inerente a condição humana, mas também uma relação que se estabelece entre indivíduos, grupos e sociedades, com diferentes lugares de poder. Somos, em todo caso, vulneráveis diante de algo que nos retira o poder (outra pessoa, uma instituição, o Estado etc.). Nesse sentido, a tentativa de construção coletiva é fundamental para a tomada de decisões. A bioética que utilize um conceito de vida como viver e uma política do *buen vivir* para que seja um vetor da diminuição das injustiças sociais deve ser uma bioética dialogada. Dialogar implica assumir os problemas e as contradições do diálogo. Mas se temos em perspectiva que a dialogicidade da construção é, além de um objetivo, também um ponto de partida, não podemos esquecer o fato de que há sérios problemas em dialogar entre pessoas e grupos com moralidades, histórias, culturas e interesses diferentes e imaginarmos de modo inocente que o diálogo é uma prática isenta de riscos. Quem sabe, esses diálogos nos auxiliem na tarefa de buscar outras imagens da diferença, não hierarquizadas, outros modos do poder, não mortificadores, outras imagens de vida, não colonizadas. (1, p.170).

Nesse sentido, a escuta dos profissionais de saúde – atores responsáveis pelo funcionamento da rede e operacionalização das políticas de saúde – pode ser identificada como um primeiro passo para dialogar. Isto porque, a compreensão do universo ético, moral e discursivo que sustenta as percepções e condutas dos profissionais que impactam na qualidade do atendimento aos pacientes que tentaram suicídio, pode ser instrumento rudimentar para construção de novas e profícuas formas de vida e de fazer viver.

Por último, a aposta neste instrumento teórico-epistemológico se justifica pela possibilidade de criar novos conhecimentos, novas abordagens, de atribuir novos sentidos e afetos acerca do fenômeno do suicídio; com fim de reverberar ética e politicamente em ações mais comprometidas com a relação dialógica entre sofrimento humano e saúde pública.

Sociedades são, em seu nível mais fundamental, circuitos de afetos. Enquanto sistema de reprodução material de formas hegemônicas de vida, sociedades dotam tais formas de força de adesão ao produzir continuamente afetos que nos fazem assumir certas possibilidades de vida a despeito de outras [...] Nesse sentido, quando sociedades se transformam, abrindo-se à produção de formas singulares de vida, os afetos começam a circular de outra forma, a agenciar-se de maneira a produzir outros objetos e efeitos. (79, p.17).

3.2.2 Suicídio como objeto bioético

O que uma bioética comprometida com a desigualdade, vulnerabilidade, sofrimento humano e violações, fala, responde e como se debruça sob a morte-suicídio? A temática se firma de forma incipiente nesse campo, com exceção dos trabalhos que exploram o recorte do suicídio assistido, que ganha outros relevos teóricos e práticos no enfrentamento do fenômeno.

Entre a literatura existente no domínio da bioética, há uma “divisão” entre reflexões gerais em torno do estigma e suas repercussões (bio)ético-políticas, notadamente na saúde (47, 49) e, do estudo do fenômeno pelo viés da moralidade e seus diversos enlaçamentos com princípios da bioética, particularmente a autonomia (49, 74, 76, 80, 81). O primeiro eixo, mais expressivo, inclusive em espaços formais de discussão como no XII Congresso Brasileiro de Bioética, reduz o conflito bioético à dimensão biomédica, à necessidade de desestigmatização em função dos seus inúmeros efeitos nefastos.

O segundo eixo traz, a partir de questionamentos, inclusive filosóficos, a centralidade dos princípios da bioética, notadamente a autonomia. A perspectiva primordial é o entendimento do suicídio como um ato de autonomia e de liberdade em sua máxima expressão. Para Salas (81) e Cabrera (80), a interrupção da existência pode corresponder a uma construção racional, um poder pessoal de decisão; leitura que diverge radicalmente dos saberes “psi” e da medicina, que compreendem-no como manifestação de uma enfermidade ou perturbação, ou mesmo da religião, instituição que captura o ato pela ordem da desumanização.

Os autores fazem uma crítica não apenas à referida perspectiva psicopatológica, como também, ao valor absoluto da vida na sociedade ocidental contemporânea. Este estatuto subsidiou a ideia da condenação social do ato suicida, transformando-o, como nomeou Cabrera (80), em “um mau moral por excelência”, ou como ressalta Salas (81), num ato politicamente incorreto. À vista disso, o suicídio foi metamorfoseado na atualidade pela lógica da medicalização, pela abstração da autonomia e pelo princípio da beneficência. Para esses autores, neste raciocínio, o valor da vida de um paciente é maior do que a valoração do próprio paciente, que pode entender o fim da vida como uma solução e não como um bem supremo infalível. Para eles, a decisão pela própria morte não deveria ser, necessariamente, vinculado a uma objeção para o sistema social, como hoje declarado.

Barreira (4) por sua vez, conduz a discussão em direção ao princípio da dignidade humana, por compreender que, do direito à vida plena, não deriva a obrigação de se continuar vivendo a todo custo, particularmente em circunstâncias extremas. “Condições indignas de miséria e desespero não podem exigir de alguém fidelidade à comunidade política ou ao Estado que permitiu que isso acontecesse.” (4, p.306). Em função da concepção de que a morte participa da vida, não deveria haver modos de forçar alguém nem a viver nem a morrer. Apesar de ao longo do artigo o autor não diferenciar o suicídio do suicídio assistido e seus diferentes níveis de complexidade (o que é desfavorável para avançar em debates sobre a temática), indica que o direito à autodeterminação também se firma para a última etapa da vida, a morte, e que a decifração da questão do suicídio “se afunila na tensão entre autonomia e heteronímia no Estado democrático de direito, tendo como ênfase e critério a consciência moral, isto é, a autonomia do indivíduo em suas escolhas existenciais e ético-políticas.” (4, p.303).

De modo distintivo, apesar da utilização da autonomia, para Schramm (74) a vida corresponde a um recurso de enfrentamento do desamparo e, o suicídio, como solução do mal recebido. Inspirado no trabalho de Kertész, ele afirma: “Frente ao mal radical que se espalhou no século XX pelas práticas totalitárias, só temos, no final das contas, a solução do auto sacrifício chamado suicídio.” (74). Para Schramm (74), as soluções para as situações de urgência vital são a ética, a política, a religião e o suicídio. Nesta perspectiva, indica que as perguntas bioéticas acerca do fenômeno passam por dois princípios: da sacralidade da vida e da qualidade da vida – um cálculo que precisa ser feito por cada sujeito; uma vez que este carrega a dupla identidade da vida, esta é ao mesmo tempo propriedade e instrumento do proprietário agente.

Na contramão de uma análise unívoca do fenômeno, que privilegia o indivíduo e seu invólucro de transtorno mental, ou mesmo, do raciocínio da autonomia como exercício individual do viver ou do morrer, Daolio (76) considera a nossa sociedade como fomentadora de uma existência tóxica, que dissemina “uma práxis que implica um projeto de morte, ou seja, de um viver suicidando-se” (76, p.439). Na interpretação do autor, as vidas privadas sofrem intensas pressões das condutas coletivas e dos fatos sociais; dessa forma, as mortes por suicídio carregam não apenas o peso da insuportabilidade, como também, o “recado” de não ser mais possível conviver no meio social no qual está inserido. “Em cada sujeito que se mata, fracassa uma proposta social. É a constatação de que um projeto social falhou na pessoa do suicida. Projeto esse que não pode ser balizado somente na dimensão da dor e do sofrimento daquela vítima.” (76, p.439). Em outras palavras, na crítica em questão, os

conflitos e suicídios aparentemente individuais projetam arquiteturas sociais caóticas de projetos políticos e subjetivos “mal sucedidos”.

Nesse sentido e nesse contexto, Daolio (76) enfatiza outro princípio ligado à bioética, o da proteção. Esse princípio é resgatado igualmente por Silva, Sougey & Silva (49); ambos compreendem que a proteção mediará/devolverá o sujeito vulnerado a autonomia sobre as suas ações, a fim de que ele possa decidir o seu futuro com liberdade e discernimento. Esse raciocínio permite afirmar que o princípio da proteção antecede o da autonomia, uma vez que os sujeitos vulnerados estão submetidos a uma situação sem possibilidades de movimentar-se. Como pensar em autonomia quando não há outras saídas, quando os indivíduos estão sendo conduzidos à morte?

As questões bioéticas em torno do suicídio demandam ainda, uma deferência à complexidade do termo “autonomia”. Segundo Albuquerque (45), esta é uma noção bioética ou da ética médica que diz respeito essencialmente ao autogoverno do indivíduo sobre sua vida, sobre suas escolhas e condutas. No entanto, como apontou Herring citado por Albuquerque (45), a perspectiva do sentido tradicional do princípio, pouco leva em consideração os aspectos empíricos da saúde que indicam que, comumente, os pacientes, mesmo adultos juridicamente capazes, mas vulneráveis, desejam concordar com as propostas de seus médicos, fator que dificulta o exercício da autonomia.

Como alternativa à perspectiva tradicional do termo, existe uma formulação feminista de “autonomia relacional” – prisma que rechaça a ideia de que as pessoas decidem sozinhas baseadas em seus interesses e vontades, de modo desconectado das relações pessoais travadas cotidianamente. Referenciada pelo trabalho de Ells, Albuquerque (45) demarca que a autonomia relacional se ancora no fato de que os indivíduos se encontram entrelaçados e interdependentes com os meios econômico, social, cultural em que vivem (45). De acordo com essa abordagem, na esfera dos cuidados em saúde, a competência decisional é vinculada e desenvolvida na interação do paciente com as pessoas que o cercam – apoiadores da efetivação da sua autonomia ou mesmo, contrariamente, “quando o meio não estimula o paciente a escolher e atuar conforme sua deliberação, por não lhe fornecer informação, desconsiderar sua opinião ou deixar de lhe ofertar suporte emocional, o exercício da autonomia pelo paciente será afetado” (45, p.81/2). As contribuições desse entendimento orientam uma noção de autonomia que contempla as escolhas dos pacientes à luz de seus relacionamentos e influências de ordem cultural, social, política, econômica e religiosa.

O entrelaçamento com o outro é ponto central no trabalho de Flor do Nascimento (2007), que aborda o paradoxo da autonomia: “Se não houvesse os outros, não haveria

necessidade da autonomia. Por isso, ser autônomo significa depender do outro para ser independente. É uma dependência de princípio. O outro aparece como condição para a possibilidade da nossa independência.” (82, p.92). Sob uma ótica atualizada, o autor estende o argumento partindo de esquemas coloniais (1) para pensar a autonomia moderna, um modo de fazer com que o indivíduo decida aquilo que dele se espera em um campo de possibilidades restrito pelas dinâmicas coloniais. Mesmo quando o sujeito colonizado decide “sozinho”, ele está seguindo um script do qual ele não é o autor.

Nesse sentido, os referenciais da autonomia relacional e da autonomia moderna permitem uma perspectiva ampliada, cara à discussão bioética acerca do suicídio. Como explorado, o suicídio se situa como matéria-tabu, desde a linguagem, peso da palavra, que parece carregar duplamente uma maneira de morrer e uma condenação ao ato (81), a um estigma social, que repercute em discriminação, exclusão, perda de direitos, invisibilidade políticas, entre outras formas de violências.

3.2.3 Relação da Bioética com a Biopolítica

A biopolítica é uma tecnologia de poder, notadamente marcada entre os séculos XIX e XX, que tem como alvo a população (83, 84, 85). Ela subverte a sentença das sociedades regidas pela soberania “o direito de causar a morte e deixar viver” num novo ditame: fazer viver e deixar morrer. A constituição do tecido social se configura pelo poder do Estado e saber médico – “grande medicina social” –, que se ocupam, desde então, pela política normativa, pelos processos de saúde, higiene, alimentação, sexualidade, natalidade, mortalidade, etc. Trata-se de uma gestão da vida em toda a sua extensão, de controle, otimização, maximização, etc., para então, organização das vidas nos aparelhos da produção capitalista. Essa organização se deu, de modo privilegiado, pela distribuição dos corpos num domínio de valor e utilidade.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (84, p.80).

Junges (59) demarca que não existe apenas um controle sobre a vida, mas que, no contexto da biopolítica, a vida se desenvolve, os sujeitos são fabricados por essa máquina imperial, gerando relações sociais, necessidades, subjetividades, etc. Essa produção ontológica que faz coincidir a produção econômica e constituição política, é atualizada na contemporaneidade para além do poder do Estado e da medicina, sendo potencializada e fragmentada pela força das corporações industriais, financeiras, farmacêuticas, biotecnológicas, etc.

A dialética de fortalecimento entre as indústrias e a biopolítica, designadamente no âmbito da biotecnologia e suas múltiplas habilidades no domínio da vida e constituição das subjetividades, se apresenta como desafio fundamental para a bioética, pelos possíveis conflitos éticos, ou mesmo, pela proteção à vida, em seu sentido amplo. “Por isso não se pode falar de biopoder/biopolítica sem falar em bioética.” (86, p.02). Esse emaranhado pode ser mais facilmente alcançado na saúde pública, espaço privilegiado de materialização da biopolítica por ser campo central deste poder (72).

Como a biopolítica se materializa nas políticas de saúde? Entre outros aspectos, na tendência de privatização e industrialização da saúde; na magnitude das indústrias farmacêuticas, que dialeticamente, patrocinam eventos em saúde, elaboram pesquisas tendenciosas na área, inclusive dentro de universidades públicas e, induzem o uso por profissionais e consumo generalizado dos seus produtos (87); na medicalização como norteadoras das práticas, com pouco espaço de discussão e crítica, desde a formação dos profissionais de saúde. No investimento de pesquisas, campanhas, remédios e curas de doenças mais comuns em populações mais ricas, notadamente via duplo padrão de pesquisas, o *duble standard* (88), ou pelo menos, que possam propiciar mais giro de capital. Nos modos de funcionamento de políticas e instituições que investem/maximizam as vidas consideradas de maior valor, em prol de outras, tomadas como de menor valor (89), etc.

A interface da problemática da saúde pública e sua dimensão moral tem sido, como supracitado, objeto de Bioéticas politizadas, cujos arcabouços clássicos, como da bioética clínica – autonomia, beneficência e justiça – não dão conta. Esses princípios foram pensados para enfrentar problemas de relações entre indivíduos, não podendo ser transpostos para o âmbito público da saúde; justificado sobretudo, pela perda da especificidade coletiva e social (59). O confronto com o Estado, nesse caso, aproxima, mais uma vez, a bioética da biopolítica: O Estado é um dos mais pujantes mantenedores da biopolítica e um interlocutor fundamental para a bioética (89).

Nesse cenário de hierarquização ontológica violenta, a busca por uma vida descolonizada é uma meta a ser alcançada: “Nesse sentido, a colonialidade da vida é um desafio para a bioética” (1, p.168). Como ponto de partida para facear, combater e resistir bioeticamente, é preciso pensar em como mobilizar a vitalidade populacional, contemplando igualmente, as vidas individuais. Quer dizer, transmutar o conceito de vida biopolítica em bioético.

Quando falamos em (bio)política e (bio)ética, falamos da mesma “bio”? Caponi (90) advoga que não e traça as diferenças essenciais. Do ponto de vista epistemológico, cabe à bioética estabelecer os limites e possibilidades dos saberes referidos ao corpo, fazendo uso político das ciências da vida. Ela pretende questionar os uso “ilegítimos” desses saberes, a partir de um olhar crítico em relação à massificação do ser humano, operada pelos conhecimentos biomédicos e tecnológicos – possíveis alicerces da biopolítica.

Sob a óptica de seus objetos, a biopolítica se interessa pela maximização da vida das populações, poder viabilizado pela supremacia estatal. A bioética, ao contrário, dedica-se às estratégias de proteção às populações vulneráveis, inclusive pela adoção da perspectiva populacional de análise como ferramenta para evidenciar e transformar as desigualdades, iniquidades e injustiças entre os grupos humanos. Do ângulo político, a vida para biopolítica é tomada como corpo-espécie, cerceada às necessidades biológicas – “estatuto-condição” para o exercício da política. Inversamente, para a bioética, a vida é compreendida pela via da pluralidade humana. Ela não se restringe aos processos biológicos, se interessa, sobretudo, pelos casos aleatórios e individuais que fogem às médias estatísticas.

Por fim, do ponto de vista ético, para a biopolítica, a vida se limita a ser o alvo privilegiado dos processos de objetivação dos indivíduos e populações pela mediação de intervenções normalizadoras, particularmente pelos saberes médico-jurídicos. A bioética, por sua vez, visa contemplar a diversidade dos modos de produção da subjetividade, ética e politicamente, na contramão das normas e padrões estatisticamente definidos, integrando e autenticando o contingente e narrativas individuais.

Mais do que um fato meramente orgânico, para nós, seres humanos, a vida é também um fato social e político. A bioética se conecta com as diversas dimensões da vida ao analisá-las, refleti-las e ajudar a tomar decisões em casos nos quais os conflitos morais em relação com a vida se instauram. (1, p.168).

As éticas da vida precisam ser tomadas em sua oposição, nos regimes e políticas de morte, eixo deste capítulo.

3.2.4 Suicídio como objeto biopolítico

O trabalho foucaultiano trouxe grandes contribuições relativas à gênese do poder. Sob uma transição histórica, Foucault (83, 84, 85) enfatiza primeiramente a derivação formal do velho *patria potestas*, que concedia ao pai da família romano o direito de dispor da vida de seus filhos e escravos, podia retirar-lhes a vida, já que a tinha “dado” – uma projeção de poder soberano frente à morte. Na Modernidade, ele identifica o deslocamento desse regime, de modo que o velho direito de causar a morte e deixar viver foi retificado por um poder de causar a vida ou devolver a morte.

O ditame “fazer viver e deixar morrer” dá contorno ao estabelecimento da biopolítica, que mudara a lógica pré-concebida, de modo que as vivências sociais, desde as guerras à gestão populacional, se justificam em nome da subsistência de todos. Fazer viver se tornou imperativo. Segundo o autor, a ideia da vida como valor máximo é orientada por uma política normativa – domínio conduzido hegemonicamente pelo casamento do Estado com a medicina – destinada a uma população reduzida à esfera das necessidades biológicas, aos processos de nascimento, reprodução e morte. A administração social dos viventes, mediada pela centralidade da norma, referências médias, desvios estatísticos, cálculos possíveis, antecipação dos riscos, etc., tinha como um dos seus objetivos, “distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade.” (83, p.157)

Para Foucault (83), a distribuição da espécie humana em diferentes grupos foi elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser estabelecido pelo controle dos corpos no aparelho de produção. Dessa teoria, podemos observar alguns processos de exclusão e hierarquização ontológica, do qual o racismo foi e ainda é signo privilegiado. Nos séculos XVIII e XIX os discursos racistas pareciam estar legitimados por uma gama de novos saberes científicos, com destaque para medicina, biologia e criminologia, que, na última metade do século XIX, se transformaram em referências incontestáveis para as intervenções higienistas (91).

O poder do discurso racista pode ser reconhecido no genocídio histórico da população negra. Informações oficiais do ano de 2016 incriminam que, anualmente, 23.100 jovens negros de 15 a 29 anos são assassinados; são 63 por dia e 01 a cada 23 minutos (92). De acordo com o Atlas de Violência (93), de cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. Dados da Anistia Internacional (94) ratificam a guerra dirigida à essa população: entre os anos de 2010 e 2013 no Rio de Janeiro, das 1275 vítimas de homicídio

decorrentes da intervenção policial, 79% eram negros. “Em termos foucaultianos, o racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado.” (7, p.128).

No Rio de Janeiro, em Salvador, na periferia de Brasília, etc., existe uma polícia que não mata sozinha o povo negro. Esses homicídios refletem uma política de Estado respaldada pelo pacto social, nem sempre manifesto, que dá sua condescendência guiada pela noção da hierarquia vital – o que Butler (95) considerou uma espécie de violência autorizada pela relação da comoção com o julgamento e a prática da natureza ética. Isto é,

modos culturais de regular as disposições afetivas e éticas por meio de um enquadramento seletivo e diferenciado da violência [...] Se certas vidas não são qualificadas como vidas ou se, desde o começo, não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras. (95, p.13)

Segundo Caponi (90), essa diferença perante a vida e a morte envolve um conjunto de estratégias e técnicas de gestão, inclusive escolhas sobre quais vidas devem ser maximizadas e quais são as vidas consideradas sem valor. Flor do Nascimento (89) nomeou o paradigma supracitado de “colonialidade da vida”. O termo é inspirado na ideia de variante colonial, ou seja, no entendimento que os modos diferentes de vida de países centrais e periféricos não se convertem apenas em desigualdades em termos de nível de desenvolvimento, mas também em escalonamento de valores entre vidas. A criação desse estatuto legitima, por um lado, a importância de algumas vidas – política, ontológica e existencialmente – e por outro, justifica a dominação destas sobre as outras. Nesse sentido, o autor defende que a colonialidade é alicerce substancial à biopolítica hegemônica. Em conformidade argumentativa, Agamben (96) afirma que a estrutura biopolítica fundamental da modernidade é exatamente a decisão sobre o valor ou desvalor da vida: “Uma das características essenciais da biopolítica moderna é a sua necessidade de redefinir continuamente, na vida, o limiar que articula e separa aquilo que está dentro daquilo que está fora.” (96, p.127).

Em nome da maquinaria “progressista”, modos estilizados de existir foram ampliados. Verifica-se uma fabricação contemporânea de grupos subalternos – categorias movidas por operações de precarização em todos os níveis.

O certo é que esse corpo que se pretende maximizar por estratégias biopolíticas convive com formas de exclusão que não diferem demasiado daquelas identificadas por Foucault como próprias dos Estados modernos. Vidas expostas a riscos extremos

que não cabe a elas administrar, vidas excluídas, vidas descartadas, segundo uma lógica pela qual sua exclusão ou até eliminação permitiria o melhoramento biológico da população. São muitos os casos em que vemos repetir-se hoje, como nos Estados colonialistas, estratégias de poder que supõem a redução de indivíduos e populações a sua dimensão puramente biológica, a pura vida nua, fora de todo amparo político. Falar de biopolítica hoje nos exige olhar para dois processos em aparência contraditórios, mas que fazem parte de uma mesma lógica: a de fazer viver e deixar morrer. (90, p. 107).

Caponi (91) indica que, em nome da maximização da vida, da proliferação da saúde e vitalidade do corpo social, as sociedades modernas, com seus aparatos e esforços científicos e políticos, têm aceitado conviver com sua negação: os processos de exclusão de tudo que pareça ou ameace ser fonte de degradação da vida. Apesar de, no âmago da biopolítica fabricar-se a morte (1), a hipervalorização da vida é acompanhada pela desqualificação da morte e do morrer. Reconhecido como signo inassimilável da morte, “o suicídio passa a ser visto, percebido, entendido, narrado e, muitas vezes, praticado como aniquilamento, como negação e sabotagem da vida. A vida, ou seja, aquilo que se quer majorar, encompridar e otimizar é, pelo suicídio, abortada.” (3, p. 194)

Pelo prisma biopolítico, Lopes (2) realizou um estudo acerca da problematização do suicídio pela medicina brasileira do século XIX. Ao tecer parte das suas investigações, o autor adverte que, alicerçado pela concepção da razão como força de vida, o arcabouço médico preconizou o suicídio ligado às teias do mental. Por compreender o organismo como alojamento de todo desequilíbrio e desordem, o constructo relacionado a esse fenômeno não apenas incidiu sobre o corpo, como permitiu o enraizamento da conexão histórica entre este e os transtornos mentais. A óptica da existência como esfera particular/privada não apenas perdeu legitimidade, como negar a vida na sua radicalidade, ganhou desde então, estatuto de doença.

As verdades produzidas pelo discurso médico orientaram uma leitura do ato como antinatural e irracional, uma transgressão às leis naturais, divinas e sociais. Em confluência argumentativa, na análise realizada por Lopes (2) foram encontrados muitos episódios de suicídios publicados pela imprensa, majoritariamente relatados a partir dos estigmas e representações da loucura. “O louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros.” (42, p.10). O referencial patológico permitiu um combate ao fenômeno; as intervenções visaram não apenas as causas e sintomas que alicerçavam o ato, como também, a sua erradicação do meio social – uma busca justificada pelo desenvolvimento que, como apontou Agamben (96), coincide com o projeto biopolítico de fabricar um povo sem fraturas.

Resquícios dessas teses foram herdados, vide a imposição de modelos de vida em que há, à priori, a vida como modelo, que denega e segrega todos aqueles que desorganizam a sua ordem (98). A defesa de Lopes (3) é que a biopolítica participou e ainda participa das operações de significação sobre o suicídio, das formas de divulgação, perspectivas do fenômeno, dos protagonistas do ato, das condições e contextos possíveis.

O discurso psicopatológico é amplamente replicado pela psiquiatria biologicista: estudos como de Bertolote e Fleischmann (53), Bertolote, Mello-Santos e Botega (28), Botega et al. (16), Seminotti, Paranhos & Thiers (23), Teng e Pampanelli (54) indicam diagnósticos de diversos transtornos mentais nos casos consumados de suicídio – estatística que varia entre 90 a 98%. Esses dados não apenas confrontam a literatura, em que consensualmente se afirma que a sua ocorrência só pode ser compreendida via multifatorialidade (8, 11, 18, 36, 48), como já indicado no primeiro capítulo; como também, estende-se a um questionamento epistemológico acerca da definição dos transtornos mentais na atualidade – definição influenciada, por um lado, pelo imperativo do bem-estar social, por outro, pela supremacia das indústrias farmacêuticas.

3.2.5 Medicalização como Estratégia da Biopolítica

Um importante método de constituição e desenvolvimento da biopolítica no Ocidente foi a medicalização do social, que se impôs de maneira triunfante e em nome do ideal de progresso (99). A medicalização é definida por Illich (29) como uma técnica de colonização médica da vida; em outras palavras, corresponde ao processo de transformar experiências humanas, especialmente as indesejáveis ou perturbadoras, em objetos da saúde, deslocando o que é originalmente da ordem do social, moral ou político, para os domínios da ordem médica e práticas afins (100).

A apropriação dos fenômenos naturais da vida pela medicina teve como uma das suas principais repercussões a elasticidade dos critérios diagnósticos (91). A psiquiatria, especialização médica dominante no estudo e tratamento das psicopatologias, goza da tendência de fazer do mal-estar uma doença.

O que a psiquiatria e suas práticas afins fazem é dar respostas simplificadoras aos comportamentos incômodos. A origem como linguagem dirigida ao outro, por exemplo, é transformada em problema psíquico a ser medicalizado, assim como o

controle das drogas, o suicídio, a pedofilia, a responsabilidade criminal, etc. (100, p. 33)

Assim, assistimos em suas práticas uma obstinação por

identificar pequenas anomalias, angústias cotidianas, pequenos desvios de conduta como indicadores de uma patologia psiquiátrica grave por vir [...] A ambição por identificar comportamentos de risco cada vez mais sutis, com a finalidade de construir uma psiquiatria preventiva, é central para compreender o modos como os pequenos desvios de conduta e as tristezas cotidianas ingressam no campo das intervenções psiquiátricas iniciando um verdadeiro processo de medicalização do não patológico. (91, p.116).

A medicalização das diversas formas de mal-estar reduz o sujeito à sua sintomatologia, às alterações ou déficit de neurotransmissores – logicidade que baseia determinada afetação por circunstâncias externas à subjetividade. Alinhadas à leitura da psiquiatria biológica do “corpo máquina” (101), ou seja, na compreensão do adoecimento oriundo de uma engenharia, cujo mecanismo e mecânicas são universais e passíveis de conserto por especialistas, as intervenções médicas ignoram o sujeito, a sua história, seus conflitos psíquicos, sentido da doença, as narrativas, etc., priorizando as terapêuticas farmacológicas (102).

Há um desprezo do significado íntimo e pessoal da dor, que é, por conseguinte, transformada em problema técnico: “A ideologia da medicina industrial separa a dor de qualquer contexto subjetivo para melhor destruí-la.” (29, p.127). Esse raciocínio é avaliado pelo autor como um poder da instituição médica, que assume as fragilidades dos sujeitos, ao mesmo tempo em que “restringe, mutila e finalmente paralisa a possibilidade de interpretação e de reação autônoma do indivíduo em confronto com a precarização da vida.” (29, p.124).

Essa composição não apenas cria consumidores do cuidado – pessoas submetidas às terapias que foram ensinadas a desejar (29) – como também, outorga um modelo hierárquico de cuidado, ficando o saber ao lado da ciência e a ignorância ao lado do paciente, que nada pode ou sabe sobre si. Dentre os infortúnios da medicalização da vida, o autor referido demarca com destaque: a) a intervenção técnica do organismo acima de determinado nível aparta do paciente características que constituem a saúde; b) o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, retira-lhe todo o poder de cidadão para melhor controlá-lo politicamente. “A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado.” (29, p.10).

Novas intervenções se validam, então, nas promessas de um saber médico-psiquiátrico orientado por antecipar riscos, evitar a dor e garantir (a meta impossível de) uma vida sem sofrimentos. Essa “campanha tentadora” se inscreve em um circuito que vai da propaganda e do consumo de experiências de bem-estar até a aliança entre laboratórios farmacêuticos, pesquisa universitária e gestão da saúde mental (103). Essa montagem discursiva que oculta diversas vivências de desorganização psíquica predomina os campos do saber desde o senso comum ao DSM-V.

Em uma sociedade dominada pela analgesia, parece racional fugir à dor, literalmente, a qualquer preço, mais que lhe fazer frente. Parece razoável suprimir a dor, mesmo que isso suprima a fantasia, a liberdade ou consciência. Parece razoável se libertar dos incômodos impostos pela dor, mesmo que isso custe a perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor, índice de capacidade de viver. [...] São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. (29, p.140).

A tentativa de supressão de diversas experiências humanas é criticada por Kehl (102), quando afirma que a patologização das diversas formas de tristeza vem a invalidar e até extinguir um importante saber sobre a dor de viver. Na defesa antagônica da anestesia do sujeito, Safatle evidencia a importância do enfrentamento e compreensão da dinâmica da doença, ou mesmo da morte, como um passo decisivo para criar outra(s) vida(s):

O desamparo não é algo contra o qual se luta, mas algo que se afirma. Pois, ao menos para Freud, podemos fazer com o desamparo coisas bastante diferentes, como transformá-lo em medo, em angústia social, ou partir dele para produzir um gesto de forte potencial liberador: a afirmação da contingência e da errância que a posição de desamparo pressupõe, o que transforma esses dois conceitos em dispositivos maiores para um pensamento da transformação política. (79, p.21).

A anestesia social é alicerçada pelo poder e técnicas de comercialização da indústria farmacêutica, que tem significativa influência sobre a definição atual dos transtornos mentais. Birman (5) detecta o crescimento do consumo dos psicotrópicos, que se transformaram em uma das mercadorias mais valorizadas no mundo contemporâneo. Diferente do tráfico das drogas ilícitas, que está no centro da política de Estado, quase não se fala acerca desta segunda expansão, silêncio justificado pelas finalidades terapêuticas, baseadas na promoção do bem da população e não do mal, como indicado às drogas ilícitas. “Tudo se passa então como se isso não colocasse problema e não fosse em si mesmo um problema, mas um serviço para a expansão da saúde e do bem-estar, promovendo então a melhoria ostensiva das perturbações psíquicas nas populações.” (5, p.27).

Dentre as problemáticas do uso ostensivo dos psicofármacos, singularmente no que tange à produção dos processos de subjetivação na contemporaneidade, Birman (5) destaca uma diminuição significativa nos sujeitos dos limiares de dor e angústia, como efeito direto da regulação destas pelos medicamentos. Esse contexto expressa a psiquiatrização da existência humana em seus mínimos detalhes, que tende a responder à dilatação e fortalecimento da performance e ao balizamento dos projetos políticos. Esse autor alega que o processo de psiquiatrização do mal-estar se fundou na neurobiologia e psicofarmacologia, de um lado, e na difusão da psicologia cognitiva, de outro; que promoveram juntos e/ou paralelamente a ênfase no registro do comportamento, bem como o esvaziamento do registro do sujeito, das suas dimensões simbólicas e históricas.

A “psiquiatrização dos normais” (5, 6) pode ser observada nos desenhos sindrômicos e transtornos que marcam o saber da psiquiatria na atualidade: a transformação da tensão pré-menstrual em síndrome específica, a tristeza transformada em depressão, “induzida” como epidemia desde os anos 80, etc (5). A ampliação psicopatológica que se dá pela generalização diagnóstica é vislumbrada no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM), que entre a primeira e quarta edição teve um aumento de 180% em número de diagnósticos (104). Além do mais, a sua última versão, o DSM-V, revela de modo oculto, o risco de erros diagnósticos e implicações clínicas e sociais (6), paralelo ao que Illich (29) denominou de iatrogênese social: quando a saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida.

Sintoma da iatrogênese social pode ser caracterizado como a eliminação do status de saúde graças à multiplicação ilimitada dos papéis do doente. Em todas as sociedades, as pessoas de atitudes ou comportamento estranhos constituem uma ameaça [...] Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades que atemorizam, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida. [...] se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica. (29, p.71).

O reconhecimento dessas (entre outras) implicações foi projetado na Internet, numa campanha contra o último manual no ano de 2011. Oliveira (6) recuperou a carta aberta endereçada à força tarefa do DSM-V e à American Psychiatric Association (APA), subscrita pela Society of Humanistic Psychology em parceria com mais de cinquenta instituições, como forma de resistência às ameaças e efeitos clínicos, políticos e institucionais da base neurobiológica:

Preocupados com o rebaixamento dos limiares diagnósticos para várias categorias, com a introdução de transtornos que podem conduzir a tratamentos inadequados de populações vulneráveis e com propostas específicas que aparecem sem base empírica suficiente. Em adição, questionamos as mudanças propostas na definição de transtorno mental, que retira a ênfase na variação cultural e a situa na teoria biológica. À luz da crescente evidência empírica de que a neurobiologia não explica completamente o sofrimento mental e de novos estudos longitudinais que revelam danos de longo prazo no tratamento com psicotrópicos, acreditamos que essas mudanças colocam em risco os pacientes/clientes e os praticantes e profissionais de saúde mental em geral. (6, p.104).

Oliveira (6) resgata, igualmente, a discussão protagonizada por Aleen Frances (2014), chefe da força-tarefa responsável pela elaboração do DSM-V, que se fez mensageiro dos argumentos clínicos e de saúde pública que orientaram a rediscussão da racionalidade diagnóstica do exposto manual. Palavras que ratificam as ameaças para os consumidores desse saber-poder:

1) com pontos de corte cada vez mais baixos para o estabelecimento do que é passível de tratamento, aumenta-se significativamente o número de indivíduos incluídos no conjunto dos potenciais consumidores de remédios; 2) com o uso prolongado e pouco discriminativo de medicamentos psiquiátricos, os riscos à saúde geral (obesidade, problemas cardíacos etc.) se potencializam. Além disso, o diagnóstico psiquiátrico em si é enredado em repercussões subjetivas, psicossociais e macrosociais, com base nas quais se prescrevem uma forma de vida e um lugar social/institucional para os indivíduos psiquiatrizados. (6, p.103/4).

À título de exemplo, o DSM-V (105) afrouxou o limite entre o luto e a depressão, anteriormente bem delineado. Dentre as modificações, destacam-se: a) retirada da experiência de luto dos critérios de exclusão para o diagnóstico de depressão; b) o luto se tornou passível à medicação no caso de “persistência” dos sintomas após duas semanas, ganhando em sua “extensão temporal”, condição de transtorno. Essa mutação é explorada no trabalho de Oliveira (6), que se debruça sobre o luto, subjetivações e biopolítica contemporânea. Essa autora destrincha criticamente os fundamentos que defendem e definem o novo delineamento do luto no DSM-V. A remoção do luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão, por exemplo, é sustentado na ideia de que os processos desse episódio podem ser preditivos, ou mesmo, reveladores de agravos psicopatológicos, o que fundamentaria a intervenção médica.

Nas versões anteriores do DSM esta experiência era concebida como uma reação esperada, até mesmo “adaptativa” às perdas, um processo natural e estruturante à vida humana, com implicação de intenso sofrimento psíquico. A desnaturalização do mesmo pressupõe a captura do luto nas malhas da psiquiatrização, que como advoga Oliveira (6), é, sobretudo, uma decisão político-discursiva: “Jogo discursivo que engendra a psiquiatrização

do luto e exclui a experiência do enlutado, ao mesmo tempo que promove uma indiferenciação entre adoecimento e risco de adoecer, característica da lógica hiperpreventiva da medicina contemporânea.” (6, p.106)

Entendendo que o luto se apresenta como chave de leitura privilegiada pela dissolução das fronteiras entre o normal e patológico (6), torna-se necessário ponderar os modos pelos quais opera a cisão entre o normal e o patológico na construção de estratégias de poder.

3.2.6 Questionamentos epistemológicos

Dentro de uma concepção hegemônica, a normalidade biológica se circunscreve por um valor estatístico e normativo da variabilidade humana. “Parece que o fisiologista encontra, no conceito de média, um equivalente objetivo e cientificamente válido do conceito de normal ou de norma.” (106, p.101). Com esse parâmetro, se há frequência, é normal; se há desvio, é anormal.

Em uma dura crítica e na contramão do modelo estatístico, Canguilhem (106) em sua obra de referência da epistemologia da ciência, traz contribuições expressivas sobre as referências de saúde e doença. Safatle (79) resalta uma delas: a clínica, via conhecimentos anatômicos, fisiológicos e neuronais, visa determinar a realidade da doença, vinculada primeiramente pelo sujeito que sofre, pela sua consciência de decréscimo da potência e integração com o meio. Patológico implica *pathos*, sentimento de vida contrariada (106). Essa definição implica uma vinculação entre doença e consciência de doença: “O mundo do doente é qualitativamente diferente porque o doente avalia o decréscimo em sua capacidade funcional e em sua disposição.” (79, p.427).

Essa defesa é oposta à ideia de que é preciso separar a subjetividade para compreender a doença, ou seja, desumanizá-la. Para Canguilhem (106), a funcionalidade que definirá um estado normal ou patológico exige uma norma individualizada. “Não se trata aqui, no entanto, de uma concepção individualista de saúde, mas de uma concepção “que individualiza” [...] A saúde é, na verdade, a capacidade de individualizar processos tendo em vista a constituição de inflexões singulares da vida.” (79, p.429).

Inflexões singulares de vida sustentam a ideia canguilhemiana da vida como uma atividade marcada pela errância. De modo complementar, o conceito de normatividade vital corresponde à capacidade transitiva de auto-regulação, que nega uma referência fixa e/ou

universal. Canguilhem (106) afirma ainda que, a norma da vida é exatamente sua capacidade de mudar continuamente de norma. Esses conceitos não apenas expressam a impossibilidade de uma noção de saúde absoluta, que contraria a dinâmica própria do sistema biológico, de modo, inclusive, a compreender a doença como vivência pertencente a qualquer organismo vivo; como também, fornecem uma releitura das potencialidades inerentes às articulações entre o político e o biológico (79, 106).

Berlanguier (107), em um extrapolamento argumentativo, anuncia que fazer coincidir anormalidade e patologia é frequentemente uma arbitrariedade, especialmente em função da normalidade social – uma avaliação ética e moral dos comportamentos que mudam segundo a época. De acordo com Canguilhem (106), não existe fato que seja normal ou patológico em si, eles precisam ser sempre analisados no interior da relação entre organismo e o meio ambiente. Destarte, é cabível afirmar que a partição do normal e patológico está a serviço político.

A contradição do suicídio se localiza precisamente entre a normalidade e a patologia: é reconhecido no âmbito patológico por demarcar o sentimento de vida contrariada, bem como por subverter a moralidade, mas é, similarmente, (mesmo que não tomado por esse raciocínio) “normal”, se sustentado do ponto de vista da estatística. Esse argumento contra hegemônico é apontado por Safatle (79), via interpretação durkheimiana do fenômeno. Durkheim (108) defende que a própria organização das sociedades faz com que muitos episódios suicidas aconteçam.

O suicídio é normal porque não há sociedade sem certo nível de suicídio. Através dos suicídios uma sociedade mostra sua força diante dos indivíduos (como no caso do suicídio altruísta) ou se fortalece contra um individualismo excessivo (como no caso do suicídio egoísta). Crime e suicídio são “imperfeições necessárias, mas não doenças. (79, p.433).

Esse paradoxo é maquiado: enquanto a segunda leitura segue emudecida, sem ser problematizada, a primeira se tornou resposta pronta como motivação e explicação para o suicídio.

Em Outubro do ano de 2017 o suicídio do Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ocupou espaço relevante na mídia. Após ter sido preso, interditado de exercer seu cargo na UFSC, ter tido apartamento confiscado, entre outros fatos provocados pela Operação “Ouvidos Mudos” – protagonizada pela Polícia Federal e Ministério Público Federal – Luiz Carlos Cancellier se matou. De forma inédita no Brasil, a notificação do suicídio no Formulário Nacional de Agravos de Notificação foi realizada sob o reconhecimento da morte como fruto de assédio, humilhação e constrangimento moral

relacionados ao trabalho. “Quando foi violentamente alijado do local onde atuava no auge da sua gestão, o reitor foi também arrancado de sua própria vida”, disse Edna Maria Niero, médica responsável pela notificação (109). Na tradução de Moretto et al. (110), o suicídio induzido pode encobrir assassinato(s) gerado(s) socialmente. Inaudito, o suicídio de Luiz Carlos Cancellier foi tipificado como acidente de trabalho e, constituiu um importante dispositivo para responsabilizar o Estado brasileiro por esta morte.

Em função deste e outros dois casos sem vinculação ou justificativa psicopatológica, Augusto Cesar Costa, médico psiquiatra e ex-diretor de saúde mental do Governo do Distrito Federal, fez uma fala pública¹ acerca do assunto. Esta foi também uma provocação, ao afirmar que os agentes públicos, mídia, especialistas, entre outros, ficam perturbados quando não conseguem estabelecer um nexos entre o ato suicida e o transtorno mental. Ele avalia que o ocultamento dos fatores psicossociais, como o individualismo, a desigualdade, competitividade, etc; representa uma forte resistência de se discutir um modelo de sociedade agonizante, mas ainda rentável para uma minoria que insiste em mantê-lo.

A importância dessa declaração diz respeito à crítica do modelo predominante de individualização do adoecimento, que repercute em práticas de saúde que desconsideram outras fragilidades humanas, além da psicopatológica, bem como as contingências e influências políticas e socioculturais. Vide a definição de transtorno mental fornecida pelo DSM-V: “Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significantes na cognição individual, regulação emocional ou por comportamentos que refletem disfunções em processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacente ao funcionamento mental.” (111, p. 20).

Na definição de transtorno mental, apaga-se justamente o que retorna como motivação normalizadora: ao imputar exclusivamente ao indivíduo o lócus do transtorno, libera-se um conjunto de táticas para regular justamente o que se passa fora dele. Em outras palavras, o apagamento do nexos entre indivíduo e sociedade reifica o transtorno e, mesmo contrariando as aparências, permite normalizar tanto o desvio quanto o transtorno. (6, p.102/3).

Por esse ângulo, os transtornos mentais estariam ligados diretamente às disfunções em decursos específicos e individualizados, conjugados em “uma gramática de desregulação setorial de funções” (79, p. 425). Em função disso, as intervenções são setorizadas, com mira de normalização da função: “O que lhes interessa é diagnosticar e curar. Teoricamente, curar

¹ Costa, AC. Facebook [internet], acessado em 10 de Outubro de 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/marianna.holanda/posts/10214753937590485>

é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela tenha se afastado” (106, p. 77) – uma perspectiva que ignora o fato de que a vida não conhece reversibilidade (79, 106).

De modo a autenticar essa definição, a Cartilha de Prevenção do Suicídio elaborada pela Associação Brasileira de Psiquiatria em parceria com o Conselho Federal de Medicina (2014), registra no quadro de mitos e verdades as seguintes afirmativas: “Mito: o suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercer o seu livre arbítrio”; versus “Verdade: Os suicidas estão passando quase que invariavelmente por uma doença mental, que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere no seu livre arbítrio. O tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental o desejo de se matar desaparece” (112, p.13).

O enunciado supramencionado, apesar de não circunscrever o ato a uma decisão individual, manifesta a medicalização do suicídio a partir da associação restrita do fenômeno ao transtorno mental; de modo que o tratamento da doença configura, necessariamente, na ausência do pensamento suicida. Essa declaração é no mínimo problemática por interditar e/ou desprezar a compreensão do suicídio como resultante da vivência e experimentação humana de intensa dor psíquica, nomeada por Macedo & Werlan (113) como “ato-dor”; excluindo, por fim, a possibilidade de acompanhamento e tratamento àqueles não inseridos no terreno da “doença mental”.

Na perspectiva de Fukumitsu (114) é um reducionismo tentar compreender o evento pela via da depressão ou qualquer outro transtorno, “o suicídio é a concretização da falta de sentido da vida, é o ápice de um processo de “morrência”. Ele costuma ser cometido por alguém que está definhando existencialmente.” (114). À vista disso, torna-se urgente refletir sobre os parâmetros que regem a vida, principalmente quando esta é confrontada por aqueles que negam ou questionam a sua condição de vivente. “Aqueles/as que ousam romper com tais códigos de comportamento, com regras e regulamentos coercitivos e com formas de subjetivação seriam, necessariamente, doentes, loucos, desequilibrados, desesperados, covardes, perversos, fracos?” (3, p.198). Justificar o ato apenas pela via do transtorno é, ademais, isentar a responsabilidade social do fenômeno (115) – desde os seus processos de exclusão, marginalização, estigma e principalmente, inconsistência das políticas de prevenção do suicídio.

3.2.7 Políticas públicas e a inviabilização de certas condições de existência

Isto posto, demarcamos a partir da configuração da vida circunscrita ao corpo espécie: 1) a isenção e/ou fragilização dos processos de subjetivação e diálogo; 2) o rechaçamento do suicídio como produto da oposição à relação positivada com a vida promovida pela biopolítica, impulsionado vigorosamente pela estratégia da medicalização.

Em uma apreciação exploratória sobre o mal-estar, em especial, se pensado do ponto de vista subjetivo, Birman (116) e Dunker (103) distinguem conceitualmente a dor do sofrimento, ao passo que constatarem ser a dor, o afeto predominante na contemporaneidade. O sofrimento pressupõe alteridade e demanda endereçada ao outro, de modo a caracterizá-la como uma experiência compartilhada e coletiva. Os atos de reconhecimento têm poder de transformar a vivência real do estado de sofrimento. Ao contrário do adoecimento orgânico, o sofrimento se altera conforme é nomeado (103). A dor, por sua vez, diz respeito ao fechamento do sujeito frente ao outro, sendo considerada uma condição solipsista, que revela uma debilidade do simbólico, com privação do apelo, assim como reflete um comprometimento no movimento desejante.

Uma dor vivida constitui sofrimento somente se estiver integrada em uma cultura. É justamente por fornecer a cultura um quadro que permite organizar o vivenciado que ela é condição indispensável ao desenvolvimento da arte do sofrimento. A cultura dá a toda dor a forma de interrogação que pode ser expressa e compartilhada; fornece elementos para veicular a dor, os sons, as palavras e os gestos que aliviam e permitem a comunicação. Fornece igualmente a sintaxe para que a expressão da dor possa tomar corpo num diálogo que liga a vítima a seu meio. (29, p.135).

Na contemporaneidade observam-se transformações fundamentais na esfera das relações sociais, como a perda dos ritos de passagem, imperativo do individualismo, mediação das tecnologias, medicalização da sociedade, e ainda, como marcou Birman (117), mudança na economia dos cuidados no que tange às crianças e adolescentes, que sofrem diretamente os efeitos das mudanças na ordem familiar; os jovens são deixados à deriva, maiormente no quesito tempo-espaço. O que anteriormente estava circunscrito no campo da família, hoje sofre ressonâncias da vida envolta pelas demandas do capitalismo: os jovens passam uma significativa carga horária sem a presença dos pais, que são convocados ao trabalho para sustento e consumo para “uma vida melhor”, contexto que colabora para o sentimento de abandono, autogoverno, exposição precoce à sexualidade, violência, etc.

Essa cartografia dos processos de subjetivação denuncia uma suscetibilidade psíquica em que a dor não só não tem viabilidade para ser transformada em sofrimento, como também, tem sido reiteradamente, potencializada e/ou classificada como transtorno. Essa interpretação patogênica impede sujeitos a desenvolverem recursos simbólicos de enfrentamento, levando-os a entregar sua dor para um sistema que nomeia, mas não legitima sua(s) experiência(s). Frente ao esgarçamento da figura do Outro e, enclausurado dentro do próprio sujeito, o desejo é alimentado de forma fictícia pela lógica capitalista, pela busca interminável de consumo e troca de mercadorias.

Em uma colocação análoga, Mbembe (118) inscreve uma tendência de estar no mundo atual, numa condição que ele nomeia de “indivíduos neuroeconômicos”, aqueles que são absorvidos “pela dupla inquietação exclusiva da sua animalidade (a reprodução biológica da sua vida) e da sua coisificação (usufruir dos bens deste mundo)” (118, p. 15). Segundo o autor, a “felicidade” destas pessoas é a capacidade de reconstruir publicamente a sua vida íntima e oferecê-la num mercado como um produto de troca. Em conformidade, na concepção de Hilário (119), a centralidade da produção no funcionamento social tem como sanção a barbarização dos laços sociais. Leituras como essas acerca da fragilização dos laços sociais nos levam à defesa da ideia do desamparo como um modo de funcionamento provocado, dialeticamente suprimido na Modernidade.

Em um encadeamento lógico, podemos admitir que a biopolítica se opõe ao governo de si, da atmosfera de constituição ética e política da subjetividade; é “aquilo que opera a substituição do diálogo argumentativo, essencial para a construção do espaço político, pela urgência e irreflexiva satisfação das necessidades, reduzindo a pluralidade da condição humana e a vida ativa aos processos biológicos de massa” (90, p. 103). No parecer dessa autora, há nessa matriz a fabricação de sujeitos anônimos, cujas histórias são desprovidas de significação – esforços realizados com fim de maximizar os corpos, aperfeiçoá-los ou excluí-los. Na tradução de Flor do Nascimento (120), esse processo se dá, notadamente, pela marca da subordinação de experiências, hierarquização de narrativas e colonização das vidas.

A questão emblemática dessa estrutura se esboça sob o risco de aniquilamento do(s) sujeito(s) – “a desnarrativação reforça o sentimento de transitoriedade. Desnuda a vida.” (121, p.45):

No momento em que o domínio da ética e da política é substituído e reduzido ao campo do biológico, do corpo-espécie, nossos sofrimentos individuais e cotidianos, nossos vínculos sociais, medos e desejos passarão a estar mediatizados por intervenções terapêuticas ou preventivas, sejam elas médicas ou psiquiátricas, interessadas em classificar todos os assuntos próprios da condição humana em

termos de normalidade ou patologia, limitando cada vez mais nossa margem de decisão ética e de ação política. (90, p.103).

Partindo do pressuposto de que a Modernidade destrói experiências para construir os seus projetos, Flor do Nascimento (120) descreveu tendências – tal qual a medicalização – como resultantes de noções despolitizadas de política. Perspectiva que contempla intervenções apartadas dos sujeitos, das suas reais demandas e necessidades. A medicação, instrumento privilegiado da medicalização, por exemplo, é uma questão pouco debatida no tratamento dos pacientes com risco e/ou tentativa de suicídio. O seu uso foi naturalizado como imprescindível no itinerário terapêutico, que, com frequência, é reduzido a esta etapa; justificado pelos dados da literatura psiquiátrica anteriormente registrado. No entanto, o remédio, que promete fornecer uma anestesia da dor de viver, pode ser fator de risco para o suicídio.

Essa ideia é parcialmente abordada no trabalho de Teng e Pampanelli (54), no qual os autores corroboram que, no caso dos antidepressivos, o risco de ocorrência de suicídio no primeiro mês é significativo. Acontecimento que a psiquiatria explica por uma melhora não sincronizada dos sintomas psicomotores e cognitivos, ou seja, antes que se observe uma melhora do quadro cognitivo (ideação suicida), há uma melhora da lentificação psicomotora inerente a quadros depressivos graves, o que geraria uma iniciativa em cometer um ato suicida. Há, possível e paralelamente, outros efeitos colaterais, como ansiedade e inquietação, favorecendo uma maior propensão ao impulso autodestrutivo (54, 87).

Santos (87) indica que, de forma simultânea, o uso demasiado de psicofármacos tem efeitos colaterais consideráveis, de modo que a tentativa de atingir uma disfunção gera novos sintomas, novos problemas de saúde, conseqüentemente, novos medicamentos, em um efeito contínuo de bola de neve. Essa subsequência permitiu a esse neuropsicólogo detectar, por um lado, o uso abusivo de psicotrópicos por indivíduo e seus efeitos danosos, e, ao mesmo tempo, a afirmação de que o aumento do uso de medicamento não corresponde à diminuição de determinadas ocorrências, como a depressão, que segue em uma curva ascendente na população mundial.

O reducionismo biológico manifesta o cerne do regime da medicalização, ao passo que denuncia o processo de declínio da clínica – que de singular e dialógica, vem se desenhando como um novo saber, de modo a transformar o ser sofrente em uma ocorrência patológica reproduzível (77). Esse “método sintomatológico” responde à demanda da funcionalidade. Os indivíduos que não respondem a esse imperativo têm o seu papel social comprometido, a

exemplo dos deprimidos, melancólicos e suicidas, que carregam em seu status político a perturbação da ordem social, a corrupção dos discursos hegemônicos por não responderem ao imperativo do bem estar social, por não produzirem, por não consumirem ou, por consumirem, restritivamente, medicamentos. Nos casos em que a performance dos indivíduos não corresponde ao funcionamento normativo, que espaço de construção político-subjetiva tem essas pessoas?

O discurso capitalista não fabrica a depressão, mas faz dela um signo legitimado, ao qual são segregados os sujeitos que não compactuam com sua lógica, isto é: os fracos, os loucos, os deprimidos, posto que estes não consomem, vivem à margem da sociedade, são “marginais”. Num discurso regido pelo imperativo de gozo e do sucesso, não há lugar para a falha, dor ou tristeza. Na lógica do capital, a depressão se constitui num signo de déficit, de fracasso e de menos-valia. Dessa forma, a depressão não é um produto do capitalismo, mas este, ao transformar os “improdutivos” em doentes, multiplica o número de deprimidos, para em seguida excluí-los e, com auxílio dos psicotrópicos, silenciá-los. (48, p.24/5).

Assim, esses sujeitos se tornam alvo de exclusão. Isso porque a biopolítica se alicerça sob duas égides: 1) maximização das forças produtivas e vitalidade das populações; 2) esquecimento/abandono das vidas desprovidas de valor, que tendem a ficar à margem da proteção estatal – aqueles que o governo ignora ou simplesmente “deixa morrer” (91). Como nos lembra Foucault, “a lei não pode deixar de ser armada e a sua arma por excelência é a morte.” (83, p.135).

Esse enunciado é precioso por caracterizar e subsidiar a hipótese deste trabalho. A partir da premissa de que há uma soberania que define quais vidas deverão ser investidas e quais deverão ser enjeitadas, as políticas públicas se colocam, ou melhor, são colocadas (também) a serviço da inviabilização de certas condições de existência. Em vista disto, a nossa hipótese é que temos um cenário político-social que potencializa o risco de suicídio, ao invés de preveni-lo.

Delinear os conceitos de saúde, doença, transtorno mental, etc., é, não apenas uma forma de constatação da fragilidade em que estamos todos submetidos - quando se tem a estatística e a moralidade como referência para indicação de diagnóstico e tratamento – é, sobretudo, reconhecer como essas formulações são utilizadas para responder aos interesses e demandas que justificam a agenda das políticas públicas. Por que determinadas doenças, fenômenos, ocorrências são reconhecidas como temas emergentes para desenvolvimento de políticas enquanto outras são menosprezadas? Quais são os critérios de prioridade e investimento?

O esvaziamento do direito, de modo generalizado, traz como contraponto a cobertura desses mesmos direitos via alegação da vulnerabilidade (122) e status de vítima (123). Conforme estes autores franceses, existe um elo entre compaixão, democracia e vitimização: a compaixão move condutas às vítimas, inclusive a concessão aos direitos. O acesso aos direitos, nesse caso, é interpretado como um indicativo da igualdade, um modo de favorecimento da democracia (mesmo que isso não seja real), além de simular uma tática de reconhecimento do sofrimento do outro. No caso do suicídio, a vulnerabilidade não é vitimizada, diferente de outras complicações de saúde. Essa categorização distancia o suicídio não apenas de outras formas de vulnerabilidade e adoecimento, mas também, como apontou Carvalho-Rigo (124), de outros modos de morrer, a exemplo do homicídio e acidente de trânsito. Essa autora constata o circuito de afetos mobilizados pelo ato suicida: apesar de retratar um sofrimento humano extremo, não suscita compaixão como as outras mortes, pelo contrário, costuma desencadear sentimentos de indignação, raiva, ressentimento, rejeição, etc. O suicídio é tomado como um ato resultante de uma decisão e por isso precarizado em seus aparatos de cuidado e acolhimento. “As narrativas de sofrimento têm a ver com decisões políticas de quem queremos reconhecer e como, qual tipo de sofrimento queremos dar visibilidade e qual queremos tornar invisível.” (125).

De antemão, podemos detectar não apenas os impactos danosos causados pela ausência de uma Política Nacional de Prevenção do Suicídio, como também, inúmeras incoerências entre a Portaria Nº 1.876 – maior avanço político da temática – e a realidade brasileira, apresentadas nos seguintes eixos: a) apesar da instauração das Diretrizes em 2006, o Brasil corresponde ao quarto país latino-americano com maior crescimento no número de suicídios entre 2000 e 2012 (8); b) Não há campanhas de comunicação e sensibilização com a população, de maneira que a sociedade não é convocada a se pensar como fonte de adoecimento e, ao mesmo tempo, de resistência. Não há abordagem sobre a responsabilidade coletiva sobre o fenômeno, sobre obrigações éticas “entre os vivos” (95); o suicídio segue recaindo sobre o sujeito e suas desordens; c) Na condição de exceção, quando há comunicação à população como no caso do “Setembro Amarelo”, existe oferta de informações, conseqüentemente, geração de demanda por serviços, todavia, o Estado não cria meios para responder e se responsabilizar por essa demanda (32); d) Constata-se um trabalho de rede inconsistente, seja pela falta de interlocução entre os serviços, seja pela ausência ou módica capacitação dos profissionais relativa à temática do suicídio; e) A rede de atenção psicossocial está lotada e/ou abandonada, impossibilitando o acolhimento de pacientes com

risco ou tentativa de suicídio, etc. Por esses e outros dilemas, podemos presumir que a política foi feita para fracassar?

O fracasso nesse contexto imprime o fardo de muitas mortes. Fundida à estrutura já percorrida da hierarquização ontológica, há perda ou negação da alteridade – traduzida por Mbembe (119) como “altericídio”, condição em que o Outro não é reconhecido como um semelhante a si mesmo, mas como objeto ameaçador do qual é preciso proteger-se, desfazer-se. A destruição apresenta-se como arma, por excelência, como resposta à sua falta de controle; compreensão introdutória do que o autor vai aferir como um longo processo de desumanização e industrialização da morte.

Esse autor advoga que a ação biopolítica está sendo tendencialmente substituída por uma ação necropolítica. A diferença conceitual pode ser detectada, primeiramente, através da perspectiva histórico-política e territorial. Limitada, ou pelo menos, centrada à realidade francesa e europeia dos séculos XVIII e XIX, Foucault produziu uma geopolítica do pensamento sem levar em consideração os processos colonizadores e experiências subalternizadas, vivas no contexto latino americano. Mbembe (7) atualiza o seu pensamento, entre outros pontos, por afirmar não apenas distintos modos de viver o neoliberalismo, como também as discrepâncias entre o morrer e matar nas metrópoles e nas colônias. Na colônia fazer viver e matar normalmente funcionam sincronicamente.

Nesse sentido, a passagem de biopolítica para a necropolítica diz respeito à mudança da sentença que rege a política: na primeira instância tínhamos a promoção da vida e, com esse fim, se promovia a morte de alguns. Na necropolítica, há um regime guiado e centrado na morte. Não a morte literal necessariamente, mas aquilo que Foucault registrou como assassinio indireto: “o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (85, p. 306).

A condição de morte social e invisibilidade política de indivíduos é renomeada por Mbembe (7) como “mortos-vivos” – indivíduos mortificados, submetidos a um cotidiano falido, sem sentido ou dignidade. Com inspiração em Binding, Agamben (96) dialoga com essa ideia, uma vez que recupera o conceito de “vida indigna de ser vivida” através de um questionamento elementar: existem vidas humanas que perderam a tal ponto a qualidade que, a sua continuidade, tanto para o portador como para a sociedade, perde definitivamente o valor?

Agamben (96), que também bebe da fonte de Foucault para desenvolver o conceito da tanatopolítica, rompendo com um suposto universalismo através do tempo – diferente de Mbembe, que quebra o universalismo biopolítico na linha do espaço –, identifica uma

irresponsabilidade social quanto aos diferentes tratamentos lançados às vidas consideradas valiosas e aquelas sem valor, sendo este um mecanismo de gerência, entre outras coisas, da própria vontade de viver; ou seja, um arranjo que tem como resposta da natureza humana: “muitas vezes em cruel demora, tolhe sua possibilidade de continuar.” (96, p.134). Esta parece uma resposta à condenação à morte, processo que Mbembe (7) qualificou como mecanismos técnicos para condução de pessoas à morte e, Agamben (96) traduziu como “uma metamorfose da vida matável”: uma forma do poder soberano – aqui compreendido como aquele que define o valor ou desvalor da vida enquanto tal – de matar sem cometer homicídio.

Num silogismo adjacente, Moretto et al. (110) contesta a “decisão” suicida ao ponderar os massacres opressivos vivenciados pelos sujeitos, que têm efeitos de degradação e falência das condições que fazem uma vida plausível:

O suicídio não pode ser compreendido apenas como fracasso do indivíduo doente que sucumbiu a seu desespero, consiste também e principalmente em um complexo processo que, dentre outras coisas, expressa a vitória da vida danificada, comumente experimentada como algo insuportável; tornar-se, então, possível considerar a ruptura que representa em relação às possibilidades de resistir ao que causa sofrimento, bem como a continuidade em relação aos fatores já presentes na vida que segue mortificada: sem que as pessoas possam ser sujeitos de suas decisões. A “decisão” por dar fim à própria vida, nessa sociedade opressiva, não significa um ato de liberdade de escolha [...] mas a consumação dos processos repressivos. Essa “decisão” é mediada pela ameaça irrefreável de uma realidade que exige a adaptação completa e, com isso, impõe sacrifícios inomináveis que mesmo em sua mais absoluta normalidade já impedem a experiência e degradam a possibilidade da comunicação, de modo a mortificar a vida que segue o fluxo do desempenho requerido. (110, p. 163).

Apesar da luta que se trava contra o suicídio, especialmente por ser uma morte autogerida que, aparentemente foge do controle do poder Estatal, não seria este, também, pela indução ou pela negligência, um fenômeno alimentado pela biopolítica contemporânea? Ou melhor, o suicídio pode ser uma estratégia biopolítica de controle da morte e do (deixar) morrer, via dispositivo do “fazer matar-se”?

A produção de aniquilamento em larga escala nos permite pensar que há um “encurtamento” ou sequência lógica entre a morte simbólica e a morte real. “Não pode haver nenhuma persistência na vida sem pelo menos algumas condições que tornam uma vida vivível” (95, p.40). Seria o aumento alarmante de suicídio a projeção radical do estatuto ético, político e subjetivo dos “mortos-vivos”?

O cenário da necropolítica tem como protagonistas pessoas que começam a “sobrar” diante do modelo social atual, por não serem mais rentáveis, requisitados ou úteis; o que Hilário (120) equacionou como: a tendência para o “trabalho morto” na produção de valor –

como os deprimidos, melancólicos, suicidas que não respondem ao projeto político – encontra o “trabalho de morte” como correspondente na política. Ele sustenta que essa configuração parece adequada ao capitalismo em crise estrutural, no sentido de que atende aos seus objetivos.

Na medida em que as soluções não são mais possíveis no interior das instituições sociais capitalistas, a barbarização surge como modelo possível. Trata-se, como afirmou Menegat citado por Flor do Nascimento (120), de executar um processo de gestão da barbárie enquanto estratégia de manutenção de um mundo em ruínas. O Estado tem uma função central da gestão da barbárie, de modo que Mbembe (7) o identificou como uma possível máquina de guerra, particularmente pela sua capacidade de metamorfose, de matar e/ou ministrar violências sem declará-las.

A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não têm opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção. Em outras palavras, elas recorrem ao Estado em busca de proteção, mas o Estado é precisamente aquilo do que elas precisam ser protegidas. (95, p. 46-7).

Seja pela leitura da biopolítica e seu ditame “deixa morrer”, seja pela adoção da necropolítica e sua natureza de “morto-vivo”, ou ainda, pela medicalização e suas intervenções biofarmacológicas em processos vitais, políticas normativas são realizadas em prol de um enquadramento produtivo à custa de violações, violências e mortes. Seriam (algumas) políticas públicas modalidades de assassinio indireto? Ou ainda, via políticas públicas sujeitos conduzidos à beira do precipício e largados ali, sem nenhuma condição de sustentação (115)? Eles são “suicidados pela sociedade” (126)?

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho corresponde a uma pesquisa empírica qualitativa de análise “Hermenêutica-Dialética”, tal como apresentada por Minayo (127). A coleta de dados se deu por entrevistas semi-estruturadas (**APÊNDICE A**), gravadas e transcritas pela autora do presente trabalho. Não houve uso de software.

A hermenêutica-dialética é o casamento de duas abordagens. A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, firmando-se em dois princípios: a experiência cultural traz os resultados dos consensos, que se transformam em vivências, símbolos e significados compartilhados. A dialética busca nos fatos, nos símbolos, na cultura e na linguagem, os pontos não inteligíveis e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles (127, 128). Em outras palavras, a hermenêutica-dialética funda-se na compreensão e crítica do estudo da realidade social.

Ambas as correntes que aqui se encontram, carregam em seu núcleo: condições históricas de manifestações simbólicas; a ideia de que não há observador imparcial; superam a tarefa de serem instrumentos do pensamento, pois consideram o investigador parte da realidade que investiga; referem-se à práxis e desvendam os determinantes da crítica intelectual, evidenciadas pela tradição, pelo poder, “pre-juízos”, limitações do desenvolvimento histórico, etc. (127).

É preciso descrever tudo o que foi feito em campo e utilizar meios, como entrevistas, observação participante, conversas informais, etc., que alcancem a lógica interna da realidade e do grupo em questão. Os relatos trarão o sentido, por esse motivo, é necessário ultrapassar o nível descritivo e/ou reprodutivo do material empírico através do exercício da interpretação, que segundo a autora, deve ir além da consciência dos interlocutores. É preciso ainda, ter em conta que “na interpretação nunca há última palavra, o sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto em várias direções, por causa dos novos achados do contexto ou das novas perguntas que são formuladas.” (127, p.344). As narrativas podem contradizer ou contestar as hipóteses do investigador, nesse caso, é preciso problematizá-los no lugar de ocultá-los.

Na busca de significação específica, é preciso que a análise englobe: as comunicações individuais, as observações de ações, hábitos e relações concernentes ao tema saúde e doença, análise das falas sobre instituições oficiais, incluindo informações sobre elas, observação dos ritos referentes ao tema, etc.

A compreensão e a interpretação em seu formato final, além de superar a dicotomia objetividade vs. subjetividade, exterioridade vs. interioridade, análise vs. síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos, pois a investigação social como processo de produção e produto é, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção. (127, p.359).

4.1 CONTEXTO DO CAMPO

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil no dia 09 de Junho de 2017, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Saúde/UnB no dia 31 de Agosto, após retificações de pendências (**ANEXO A**), aprovado pelo CEP da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) do Estado da Bahia no dia 24 de Outubro do mesmo ano (**ANEXO B**). O trabalho de campo foi realizado ao longo do mês de novembro em emergências de três Hospitais Gerais do Estado da Bahia, localizados em pontos diversos da cidade de Salvador. A escolha por essas organizações se deu pela importância histórica e dimensão institucional; todos são referências no Estado pela qualidade e/ou robustez em número de atendimento em situações emergenciais e de trauma, voltados para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). As portas de entrada desses serviços são três principais: demanda espontânea, encaminhamento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pela Central de Regulação. Os hospitais caracterizam-se da seguinte maneira:

Hospital I:

- Mais de duas décadas de funcionamento;
- Divide o atendimento emergencial por motivos clínicos e de trauma, sem capacidade estipulada;
- Não contemplado (até o momento) pelo Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA Inquérito 2017;
- 07 profissionais entrevistados.

Hospital II:

- Ainda não completou 10 anos de funcionamento;

- Emergência estruturada em sala de reanimação, salas de pronto atendimento adulto e infantil, estabilização, setores de observação masculino, feminino e infantil, sala de medicação e consultórios. Uma média de 82 vagas, total;
- Não contemplado (até o momento) pelo Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA Inquérito 2017;
- 07 profissionais entrevistados.

Hospital III:

- Mais de duas décadas de funcionamento;
- Total de 58 leitos e mais 15 extras no corredor, além de unidades de UTI dentro da emergência;
- Coordenadora nunca escutou nada a respeito do Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA;
- 05 profissionais entrevistados.

4.2 PARTICIPANTES DE PESQUISA

Após entregar as cartas de Aceite dos CEPs às organizações, recebi os crachás institucionais com designação de pesquisadora mestranda, os quais me possibilitavam transitar pelos hospitais (com exceção de um hospital, que dispensou a necessidade da utilização do crachá). Após essa etapa, fui encaminhada para apresentação e conversa com os diretores/coordenadores das emergências. Alguns deles, por exercerem também a função clínica, participaram do processo como participantes de pesquisa.

A forma de recrutamento dos participantes da pesquisa foi direcionada por eles; em alguns casos, entrevistados indicaram colega(s). O principal critério na escolha dos profissionais para realização das entrevistas foi a escala/plantão dos trabalhadores nos dias das minhas visitas – previamente combinados e sugeridos pelos coordenadores. De modo que o primeiro contato foi concomitante ao momento/dia das entrevistas, com exceção de um informante, que marcou a entrevista para quatro dias depois. Não conhecia nenhum coordenador ou profissional entrevistado. As relações foram estabelecidas a partir da inserção no campo e realização das entrevistas.

Os critérios de inclusão corresponderam a:

- a) profissionais com mais de um ano de formados,
- b) experiência de pelo menos seis meses em emergência(s).

Os critérios de exclusão:

- a) profissionais que estivessem ou tenham entrado em qualquer tratamento psiquiátrico no último ano;
- b) profissionais que exercessem função sem vínculo institucional, como estágio, prestação de serviço, etc.

Todos os indivíduos indicados pelos coordenadores contemplavam os critérios de participação, no entanto, houve recusa de três indivíduos (duas médicas e um técnico de enfermagem, justificado pelo incômodo com a gravação). No último caso, no Hospital II, o indivíduo se negou no primeiro momento dizendo que não costumava atender tentativas de suicídio, retornou para o seu posto de trabalho assinalando para os colegas desconforto com a gravação. Isso levou à recusa e indisposição de outras pessoas à participação na pesquisa, segundo o coordenador da enfermagem. O espaço ofertado para entrevistas foi a sala da direção da emergência, com a presença e/ou circulação da coordenadora.

Assim como no Hospital II, nos outros campos as entrevistas também ocorreram no local de trabalho, na sua maioria, nas salas da direção da emergência. Estas ocorreram na ausência dos coordenadores, com mais privacidade, apesar da circulação pontual de outros profissionais e algumas interrupções; com exceção de quatro entrevistas: duas ocorreram em uma sala de reunião (com extremo silêncio e reserva), uma na diretoria do hospital (cuja psicóloga do hospital foi convidada pelo próprio entrevistado para acompanhar a entrevista e um papo sobre a temática) e, outra na sala de descanso, com fluxo de outros profissionais em seus horários de pausa e almoço.

Todos os participantes assinaram e ficaram com cópia do TCLE (**APÊNDICE B**); nenhum desistiu de participação. As entrevistas não tiveram teste piloto, não houve repetição nem retorno das transcrições para os participantes para possíveis comentários e/ou retificações. Foram feitas notas de campo após entrevistas – que tiveram variação de tempo entre sete a quarenta minutos. O fechamento amostral se deu por saturação dos dados.

Foram 19 participantes de pesquisa entrevistados: 08 enfermeiras, (06 mulheres e 02 homens); 06 médicos (todos os homens) e 05 técnicos de enfermagem (04 mulheres e 01 homem). Estes foram codificados por categoria profissional – ENF corresponde aos

enfermeiros, TEC aos técnicos de enfermagem e MED, aos médicos – e, enumerados por ordem de entrevistas realizadas. Por exemplo: ENF01, ENF02, ENF03... TEC01, TEC02, assim por diante.

Como indicado, a análise de dados foi amparada pela “Hermenêutica-Dialética” de Minayo (20, 127, 129), a qual aponta termos estruturantes da pesquisa, essenciais para a leitura do material de campo. Os substantivos eixos se referem a: experiência; vivência, ou seja, a interpretação e reflexão individual da experiência; o senso comum – conhecimentos oriundos das vivências e experiências – e a ação. Os verbos, por sua vez, corresponde a: a) compreender – toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do entrevistado como a do pesquisador. O primeiro tem um entendimento contingente e inconcluso do seu mundo e, o segundo, limitações na compreensão e interpretação dos dados. b) Interpretar: é um ato contínuo que decorre da compreensão e está presente nela; toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação. c) Dialectizar: diz respeito às contradições, conflitos e entraves no discurso. Por último, d) comparar: discursos compreendidos na singularidade para então, comparar as semelhanças, diferenças, confrontos, subversões, acordos, etc.

Minayo (127) frisa ainda, a importância de o material ser cuidadosamente analisado: desde frases, palavras, adjetivos até a concatenação de ideias e sentido geral do texto; propiciando a tessitura de histórias e narrativas através do destaque das vivências e experiências, com suas riquezas e contradições. “É preciso ressaltar que um relato coletivo não significa um conto homogêneo e, sim, uma história em que os diversos interesses e as várias visões tenham lugar e possibilidade de expressão.” (129, p.624).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS OBSERVACIONAIS DO CAMPO

Durante o mês de novembro em que transitei pelos três hospitais, realizei conversas informais com os coordenadores da emergência, entre outros profissionais, acerca da pesquisa e da temática do suicídio. Tive a oportunidade de acompanhar entre as entrevistas, atividades burocráticas e institucionais desses informantes. Permaneci a maior parte do tempo nas salas dos coordenadores, ainda assim, circulei por outros espaços – zonas em que pude reconhecer, mesmo que superficialmente, a dinâmica de trabalho, as condições de internação na emergência (não tive acesso a nenhum caso de tentativa de suicídio durante esse tempo) e distribuição dos leitos. Segundo os profissionais responsáveis pelas unidades, os números oficiais de leitos não correspondem à realidade, os serviços são caracterizados pela alta demanda e superlotação, dado notado no campo.

No que tange ao atendimento especializado, todas as instituições têm serviço de psicologia, além de psiquiatras, que podem ser convocados para atendimento e avaliação na emergência. Em uma entrevista, um participante de pesquisa notificou ainda aquela emergência como campo de residência em psiquiatria. Ademais, apesar do registro de educação permanente em um dos locais, nenhuma instituição teve/tem projeto ou plano de capacitação voltado para a temática do suicídio. Segundo a maioria dos informantes e entrevistados do hospital II, o atendimento aos casos de tentativas de suicídio são mais “raros” naquela emergência. O hospital III, apesar de ter demorado para abrir as portas para a presente pesquisa, no dia em que cheguei, a informante acolheu e facilitou muito o acesso, pelo interesse com a temática, por não lidar bem com os casos de tentativa de suicídio e não ter espaço para discutir a questão no trabalho.

A sistematização dos dados foi balizada em quatro categorias, emergidas no campo: 1) “Compreensão das motivações e causas”; 2) “Percepção e ressonâncias na interação”; 3) “Procedimentos e condutas”; 4) “Políticas e programas”. Os resultados serão organizados conforme as categorias supracitadas.

5.2 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS:

- 1) “Compreensão das motivações e causas”: contempla a compreensão dos profissionais de saúde a respeito das motivações e causas que levam alguém à tentativa e/ou consumação do suicídio. Por conseguinte, são exploradas as motivações presumidas, a hierarquização dos motivos, a relação destes com a questão psicopatológica, as diferenças entre os perfis (idade, sexo, etc.) e os motivos ressaltados correspondentes, etc.
- 2) “Percepção e ressonâncias na interação”: abrange o entendimento dos profissionais no que tange aos casos de tentativa de suicídio e os efeitos da percepção na interação e prática clínica com os pacientes; a relação com o estigma (e seu tripé: loucura, crime e pecado), impacto das tentativas na equipe de saúde; a discriminação, punição, violência institucional. As diferenças, inclusive na abordagem, entre os métodos, número de tentativas, etc.
- 3) “Procedimentos e condutas”: reflete o processo de acolhimento e internação do paciente com tentativa de suicídio na unidade, amparado pela ideia de salvar vidas, os procedimentos urgentes; as condutas posteriores à abordagem clínica de controle da “ameaça à vida”, como interconsultas, intensificação do cuidado, investigação do caso, papel da família do paciente; utilização e valoração dos profissionais especializados; integração e/ou dissociação clínica, encaminhamentos no pós-alta, etc.
- 4) “Políticas e programas”: aprecia o conhecimento da política ou articulações políticas acerca do suicídio, como as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio e serviços especializados; o reflexo desse conhecimento/desconhecimento na dinâmica de trabalho e no fluxo da rede de saúde; programas de capacitação; sugestões para qualificação temática, etc.
- 5) Categoria singular: suspensão da autonomia decisória do paciente que tentou suicídio.

5.2.1 Categoria “Compreensão das motivações e causas”

Dentro do espectro de compreensão dos entrevistados acerca das motivações e causas que levam alguém à consumação ou tentativa de suicídio, houve uma diferença importante entre as categorias profissionais. Apesar de não terem excluído outros aspectos, o grupo dos médicos foi mais incisivo sobre a associação e/ou justificativa do suicídio a partir de diagnósticos psicopatológicos:

Bom, na minha opinião, pra chegar ao ponto de uma pessoa tentar suicídio, eu acredito que ela deve ter algum distúrbio psicológico, algum distúrbio psiquiátrico. Não entra na minha cabeça que uma pessoa sem nenhum tipo de predisposição a ter um distúrbio psiquiátrico chegue ao ponto de tentar o suicídio. Talvez a situação que ela esteja vivendo em determinado momento, de angústia, de problemas existenciais, familiares, financeiros, os mais variados possíveis, talvez dispare um gatilho de uma pessoa que já é predisposta. [...] Mais ou menos isso o que eu acho que levaria uma pessoa a tentar suicídio, uma pessoa que teria uma predisposição em função de alguma alteração psiquiátrica. (MED02).

Como exemplo radical da lógica biomédica, esse depoimento retrata a ordem histórico-discursiva do suicídio a partir dos transtornos mentais (2, 3, 43). Ainda que a produção do conhecimento sobre a temática tenha expandido suas bases ao longo dos séculos XX e XXI, trabalhos teóricos e empíricos, como o de Jucá (57), indicam a predominância do argumento organicista. Apesar da noção de multifatorialidade alicerçar o saber médico em saúde mental na contemporaneidade, as entrevistas realizadas por essa autora como público de psiquiatras, demonstram a desproporcionalidade entre os fatores sociais, culturais, psicológicos, genéticos, etc.: “O discurso multifatorial existe, mas não mascara com eficiência as preferências, no caso, expressas pela “vulnerabilidade biológica” (57, p.774). As condutas e práticas são apartadas do enunciado holístico, são condizentes com uma adesão biológica:

A tendência a considerar que boa parte dos problemas mentais tem fundo orgânico leva à adoção da terapia medicamentosa [...] Assim, para a psiquiatra em questão, a multideterminação da doença é substituída, no seu cotidiano, por uma adesão maior à etiologia orgânica e a intervenções terapêuticas consoantes com tal compreensão. (57, p.775).

Apesar da tese em questão se referir aos psiquiatras, as entrevistas realizadas com os médicos clínicos na presente pesquisa tiveram aproximação interpretativa: “Eu acho que sobretudo pela doença em si, não tratada. A maioria... Alguma doença psiquiátrica não tratada ou, mesmo quando em tratamento, talvez... não completamente controlada e as vezes acho

que a estrutura familiar” (MED03). Não obstante à presença da dualidade nesse e outros relatos, o olhar é fundamentado pelo peso biológico.

O risco da perspectiva reducionista do fenômeno diz respeito à desresponsabilização da sociedade e reafirmação da condição individualizada, tradicionalmente impressa aos suicidas:

O que nós profissionais da saúde acabamos fazendo, como papel típico que nos foi atribuído enquanto ciência autônoma, na consolidação do capitalismo, é adaptar os indivíduos e inculcá-los, ainda mais, as ideias de que são os principais ou únicos, exclusivos, responsáveis pelo seu sucesso e pelo seu fracasso. (115, p.22).

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados, por sua vez, responderam com um repertório mais abrangente no que tange às motivações, notadamente via dificuldades financeiras, desemprego, conflitos familiares, desilusões amorosas, etc., – contemplando alguns fatores de risco assinaladas pela Organização Mundial de Saúde (8):

Acho que está mais relacionada às questões emocionais. Acho que pra você atentar contra a sua própria vida, você tem que estar muito abalada emocionalmente, né?! [...] a maioria das vezes elas estão relacionadas às questões emocionais [...] relacionadas às questões amorosas, a maioria das vezes [...] estão relacionadas ou a atritos familiares ou relações amorosas. (ENF02).

Pode a amplitude argumentativa ser pensada como fruto da relação profissional, que é mais próxima, disponível e dialógica? A variabilidade afetiva e motivacional é ratificada por muitos enfermeiros e técnicos. “Olha, eu acho que, atualmente, a crise financeira é um forte fator. Às vezes a pessoa se encontra numa situação difícil, não consegue fechar a conta, não consegue pagar o colégio do filho. [...] Relacionamentos amoroso...” (ENF03). A dificuldade financeira, ostensivamente expressa pelo desemprego, parece projetar, entre outras coisas, o momento político-econômico do país. A influência político-econômica foi explorada no clássico trabalho de Durkheim (108) – autor que considera o suicídio como um fato social – por meio do tipo “anômico”: aquele atrelado a períodos de crise e desregulação social, em que o indivíduo sente o seu mundo, regras e valores desmoronando em torno dele. É possível intuir que este é um elemento desencadeador/potencializador do suicídio no Brasil atual?

Dentro de um olhar mais global, uma profissional subverte o raciocínio etiológico e destaca a dor (sem indicar a razão), descrevendo-a como um estado mental de árduo compartilhamento.

Eu acho que é uma dor que a pessoa tem que é muito grande. Algo que ela não consegue resolver e que, ou ela pede ajuda e não consegue essa ajuda, porque a forma com que ela pede, as pessoas não interpretam bem, né?! Ou ela pede da forma errada realmente. Eu acho que é uma dificuldade de comunicação, da gente prestar atenção no outro e desse outro também saber como é que atrai a nossa atenção. (TEC01).

A dificuldade de comunicação confluiu com a afirmativa de Bessoni (15), que compreende o suicídio como um ato de comunicação sem ouvintes. Essa fala pode ser lida, igualmente, pelos estudos de Birman (116), Dunker (103, 125) e Illich (29) sobre o afeto “dor”. Os autores comungam acerca de uma dificuldade ou impedimento na manifestação da demanda, de apelo, da dimensão simbólica da dor, que circunscreve o sujeito numa condição solipsista. Esse estatuto, não raramente, denuncia uma fragilidade nos laços sociais e afetivos, bem como impede a transformação e mobilização produtiva diante do desamparo, lançando o sujeito num “limbo” psíquico; possivelmente, acometendo a força que mantém um sujeito vinculado à vida. “As pessoas, elas começam a não ter esperança, é uma falta de esperança, por isso gera a dor. Porque quando a gente deixa de sonhar, a gente perde o sentido de viver. Se a gente não sonha, a gente não vive” (TEC01).

Apesar da compreensão motivacional mais dilatada e a fala de um informante que desconecta o suicídio da patologia – “o suicídio é uma coisa, o transtorno mental é outra” (ENF01) – houve uma contradição discursiva significativa ao longo das entrevistas, uma ambiguidade, também vislumbrada entre os médicos. Os entrevistados destacam conflitos humanos de todas as ordens, no entanto, algumas narrativas associam, logo depois, as tentativas de suicídio a diagnósticos, predominantemente, a depressão.

Quando a pessoa não tem mais sonhos, quando não se sente realizado, quando não se sente acolhido. Então ela se frustra diante da vida, há decepções e aí vem a perda de viver. Não quer mais viver e aí detona. Isso, digo eu, que está relacionada a dores emocionais não tratadas e não cuidadas. Então quando eles sentem uma dor grande acham que dando fim à vida, essa dor acaba. [...] A depressão ela tira você do convívio social e acaba não dando alegria por viver [...] induz a essa finitude de vida. Porque ele não tem mais prazer, não tem mais sonhos, não tem mais vontade, não tem mais nada. (TEC05).

Inicialmente, a fala descreve um processo de dores emocionais, frustrações, decepções e questionamentos acerca da vida. No entanto, ao longo do seu relato, a profissional carimba essa vivência de “depressão”. Como indicado no capítulo anterior, a suscetibilidade psíquica parece ser, reiteradamente, transformada em transtorno. A nomeação se daria pela similaridade sintomática? A tristeza é um traço característico da depressão, entretanto, toda dor de viver, ou pelo menos quando esta precipita um ato suicida, está necessariamente

relacionada a esse diagnóstico? Carvalho-Rigo (17) revela como a sociedade orientada pela lógica capitalista, pelo imperativo de gozo e satisfação, denega um lugar para a tristeza, para a falha e para a dor. A sua interpretação é que o suicídio é justamente uma maneira de lidar com a dor, distintamente a de viver: “O suicídio [...] é uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir. Por essa razão, considero o suicídio uma carta na manga, isto é, aquilo que o sujeito pode dispor quando a vida lhe parecer insuportável.” (17, p.33).

Essa compreensão se aproxima de uma famosa frase de Nietzsche: “A ideia do suicídio é um potente meio de conforto: com ela superamos muitas noites más.” (130, p.91). Essa ideia prenuncia o suicídio como recurso mundano, desatrelada a qualquer tipo de distúrbio ou transtorno mental. A humanização do fenômeno, especificamente pelo pensamento suicida, foi evocada por uma profissional: “Eu acho que todo mundo já pensou: um dia, se eu morrer? Em alguma situação da vida que você não tá conseguindo resolver...” (TEC01) – uma boa forma de traduzir o que Carvalho-Rigo intitulou de “saída”. Uma saída, segundo a técnica de enfermagem, suscetível a qualquer pessoa.

Esse questionamento vem na contramão do pensamento hegemônico dos profissionais. Ao passo que os entrevistados relatam motivos fundamentais, há uma identificação, praticamente consensual, da tentativa de suicídio como um modo de “chamar atenção”: “Eu não sei se é uma forma de chamar mais atenção do que da própria vontade de autoextermínio.” (MED06). Outro profissional ratifica, tentando dar lugar a ambas concepções:

Entendo que pessoas também podem usar desse artifício numa tentativa de suicídio para querer mostrar algo para alguém, querer se mostrar pra alguém. Talvez numa tentativa de ser visto, né?! De ser observado, de ser notado na sociedade ou na sua família. Eu não vejo só que é um interesse de suicídio em si. Eu vejo que é um interesse às vezes também de ser visto, de mostrar que é capaz de fazer algo, que está desesperado por alguma coisa, pra ter uma espécie de atenção também. Existem as duas formas. Existem pessoas que verdadeiramente querem se suicidar, no conceito de que trará uma solução pro seu problema com o suicídio. E outras que utilizam do recurso de, uma espécie de carência, de atenção. (TEC04).

A psicanálise lacaniana identifica as características presentes no ato: tem dimensão de linguagem – impossível de ser dito, por isso atuado –, promove no sujeito um ultrapassamento, uma mudança radical e, por fim, é acéfalo, o sujeito não se reconhece no ato (48). Oriunda dessa definição, há uma distinção clínica valiosa para a política: o “*acting out*” e a “passagem ao ato”. No primeiro caso se trata de um ato dirigido ao Outro, um pedido em forma de apelo, envolto por uma demanda de reconhecimento. Segundo Carvalho-Rigo (48),

os sujeitos que tentam suicídio via *acting out* acreditam querer matar-se, sobretudo por denunciar uma condição real de sofrimento. Na passagem ao ato, há radicalidade, o sujeito não pode mais se inscrever no campo do Outro. Ele se identifica ao objeto na sua dimensão de resto e passa ao ato, sem elemento da mostraçãõ como acontece no *acting out*. Dessa forma, os sujeitos saem de cena num ato suicida sem muita chance de reversibilidade.

Eu parto do pressuposto psicanalítico de que, como seres de linguagem, seres falantes, diante aquilo que nos angustia, podemos escolher entre falar, adoecer ou atuar. Deste modo, não falar sobre o que provoca a dor psíquica leva o sujeito ao adoecimento ou ao ato. Sendo assim, quando oferecemos a um sujeito que sofre a oportunidade de falar, esta é uma forma de prevenir o suicídio. Falar no lugar de atuar. (17, p.128).

Essa diferenciação conceitual se justifica pela dimensão do apelo – importante modo de inclusão do outro e ponte para intervenção e tratamento. Falar no lugar de atuar, um êxito clínico, é uma aposta e um importante fator de prevenção ao suicídio. Na contramão da escuta e diálogo – que promove uma singularização do evento, reconhecimento das demandas particulares e construção compartilhada (1, 78) – a dimensão de apelo é lida pelos profissionais como exibicionismo, teatralidade, manipulação. Esse pressuposto anuncia a reprodução de um grave mito sobre o comportamento suicida, carrega o peso moral de uma tentativa de suicídio, ao mesmo tempo em que denuncia desconhecimento ou negligência de dois importantes dados da literatura: 1) a ambiguidade entre o desejo de viver e morrer; 2) a tentativa de suicídio como principal fator de risco para o suicídio (8, 16, 23).

O discernimento entre os casos que devem ser levados a sério e aqueles que são manifestação de “chamar atenção” está diretamente relacionado às motivações, que com frequência, são hierarquizados pelos profissionais. “Nós criamos os nossos exemplos de seres humanos, assim, né?! [...] Isso é muito ligado à motivação. Ah, por que você se jogou da ribanceira? Por causa de homem” (TEC01). Nesse caso, a profissional exemplifica a resposta banalizada pela equipe, cuja explicação é lida, necessariamente, como um modo de chamar atenção. Em conformidade argumentativa, outra informante julga que os casos de tentativa de suicídio mais rotineiros da emergência dizem respeito às mulheres, em função de briga de casal ou abandono do companheiro. A sua explicação parece não autenticar o sofrimento das mesmas:

Primeiramente, eu acho que a maioria das mulheres que tentam suicídio querem chamar atenção. Não tem mesmo o objetivo de morrer. Eu acho isso, entendeu!? Tanto que, por exemplo, os casos que chegam de homem são poucos, mas os que chegam, chegam em óbito. Ou vão logo a óbito. E 80% ou mais, 90% dessas

mulheres ficam vivas. E até o comportamento delas após a tentativa de suicídio, não é um comportamento de reflexão, de vergonha, de nada. É o comportamento de chamar mais atenção ainda. Vou usar isso a meu favor a vida toda, entendeu?! [...] Tem casos que você se envolve, que você pessoalmente vai pra assistência, mas casos de suicídio, não. Agora, se em algum momento eu souber que a motivação foi uma outra, né?! Ah, uma tragédia familiar, quer dizer, eu até respeito, eu não acho que é justificativa, mas eu até respeito, entendeu?! Mas esses casos passionais, que são a maioria daqui, eu não tenho tolerância. [...] Quer dizer, fez aquela escolha, entendeu?! E não morreu. Porque assim, as pessoas que realmente fazem a escolha de morrer, na minha percepção, morre! Morre! Então eu acho que o suicídio é utilizado por subterfúgio, em maioria das vezes. Como subterfúgio, pra alguma finalidade, de comover família, de realmente manipular situações. (ENF07).

A fala da ENF07 expressa mais uma vez o mito supramencionado, assim como demonstra que, a partir da hierarquização das motivações, há uma maior ou menor compreensão, maior ou menor aceitação e por fim, maior ou menor acolhimento.

Teve uma situação de um... Um menino que, um pai policial. Atiraram... [...] Tentaram tirar a vida do pai dele, ele ficou paraplégico. Não, tiraram a vida do pai dele e ele ficou paraplégico. Foram assaltar, reconheceram que era policial, balearam, tal. Tem mais de um ano. Aí esse menino tentou suicídio. Foi pra uma UPA e depois veio pra cá. É diferente a forma, entendeu?! Existe uma comoção. Pô, passou por isso, tal. A maioria dos casos são passionais e é isso que... entendeu?! Não vai óbito, o que é pior, então gera toda aquela coisa ... Sem recurso já e ter que atender, mais ou menos isso. É uma escolha, foi ele quem fez essa escolha, diferente de quem adoeceu. (ENF07).

Esse trecho destaca não apenas a hierarquização das motivações para o suicídio e/ou tentativa, como também, a hierarquização no que tange a causa da internação. Casos de suicídio, a enfermeira não se envolve ou não se deixa envolver. Ela não é afetada por esse tipo de episódio, diferente de outros quadros de adoecimento, internação e sofrimento. “A inclusão discursiva de uma forma de sofrimento é o que permite que ela seja reconhecida, tratada e localizada em um registro moral ou jurídico, clínico ou político [...] Sofrimentos que não se enquadram nos discursos constituídos são frequentemente tornados invisíveis.” (125, p.201). O fato de a hospitalização por tentativa de suicídio passar por algum grau de escolha do paciente, faz com que ele perca a credibilidade, a legitimidade, o sentimento de empatia por parte da equipe e, conseqüentemente, um atendimento sensível e adequado no seu itinerário clínico e político – dado também demonstrado nos trabalhos de Marquetti (19), Observatório (46), Tavares (44) e Vidal & Gontijo (38).

Paralelamente, os entrevistados marcaram diferenças entre os perfis dos pacientes com tentativa de suicídio e os motivos correspondentes: as relações amorosas, ou melhor, conflitos oriundos das relações amorosas são vinculados às mulheres e adolescentes. Igualmente entre os jovens, alguns entrevistados citaram situações de embaraço com a orientação sexual,

envoltas por preconceito e não aceitação social, especialmente intrafamiliar – esse dado do campo revela o estigma como provedor de violência e fonte de sofrimento (41). Entre os homens e os idosos, a tentativa de interromper à vida tem a ver com o desemprego e dificuldades financeiras.

Ao tentar aproximar perfis e motivações ou categorizar as tentativas de suicídio por perfil, corre-se o risco de potencializar o senso comum e a discriminação de todas as ordens, assim como esboçar formas de seletividade no cuidado. Não há estudos com esse tipo de recorte, apenas classificação de fatores de risco e proteção que variam de acordo com a idade e o sexo. Estudos de gênero ainda são despreziosos, com uma diferenciação fenomenológica relevante: os homens se matam mais e as mulheres, tentam mais (8, 10).

A inexistência de explicação universal para o ato suicida torna necessário, para compreendê-lo, levar em conta a associação de três fatores: os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida e aos transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato. (17, p.33).

Por adotar a perspectiva de Carvalho-Rigo, é preciso estar atento que, cabe não apenas uma investigação clínica minuciosa, como também a compreensão que o gatilho – o qual até pode ser comum a determinado perfil, em função da idade, contingência, fatores culturais – precipita o ato, mas não o justifica, é a expressão da soma de todos os elementos e história do sujeito.

O acesso aos elementos e histórias particulares exige um tratamento atravessado, por um lado, por uma escuta despida da moralidade e, por outro, pela voz ativa do paciente, condição que lhe concede reconhecimento, expressão das suas necessidades (78), bem como afirmação de uma forma singular de existência. Pela ótica da Bioética de Proteção, o tratamento descrito pode ser entendido como uma medida protetiva, uma vez que reduz as condições desfavoráveis dos pacientes com risco/tentativa de suicídio e propicia possibilidades de autonomia desses indivíduos, transformando os seus status de afetados (73).

5.2.2 Categoria “Percepção e ressonâncias na interação”

“Desde o início do século XIX o suicídio passou a ser visto como um mal: mental, moral, físico e social” (2, p.69). As representações sobre o suicídio e daquele que tenta ou

consuma o ato são quase sempre vinculados a elementos negativos, como: pecado, crime, covardia, anormalidade, loucura, etc. “Eu acho que há ainda muito o sentimento de... alguma condenação. Eu acho que há. Eu acho que a pessoa que tenta suicídio, ela ainda é vista como uma certa... Como eu coloquei no início, é como se fosse uma fraqueza. Como se ela tivesse... como se fosse uma fraqueza moral” (MED03).

Diferente do MED03, que compreende o estigma social, o MED02, é ele próprio quem estigmatiza o paciente como fraco e covarde:

Não entra na minha cabeça que uma pessoa com as suas faculdades mentais normais chegue a um ponto desse, porque eu acho que um ponto desse seria um ato de extrema covardia, de não querer enfrentar a realidade que ele está vivendo naquele momento. [...] Eu não aceito muito bem a tentativa de suicídio. Porque eu acho isso, é um ato de extrema covardia, pensando num paciente com as faculdade mentais perfeitas. (MED02).

Nomeações, como a supracitada, alinhavaram o estigma do fenômeno, historicamente alicerçado pelo tripé loucura, pecado e crime. O primeiro eixo, que pode ser (re)nominado como uma tendência à patologização e medicalização do suicídio, foi apreendido em estudos médicos no final do século XVIII, em especial, no século XIX. Foi nessa passagem e conjectura que houve, igualmente, a transformação da loucura em desrazão: “Na e pela modernidade, a loucura foi transformada em doença mental, causa principal de suicídio, além de ser convertida em objeto de conhecimento e configurada como patologia.” (2, p.66).

Apesar de propagada e atualizada até os dias vigentes, via “respaldo científico”, é preciso tomar essa teoria com advertência: “Como se efetua a passagem de uma condição social ou de um comportamento individual – considerados como indesejáveis ou perturbadores – ao estatuto de patologia?” (100, p.17). A não problematização desse estatuto, vinculado ao fortalecimento de correntes e estudos da psiquiatria biologicista, da indústria farmacêutica e dos valores de produção e consumo – reguladores da valorização da vida de um sujeito em sociedade – sustentam, com vigor, a ideia do suicídio como fenômeno resultante de um desequilíbrio mental: “A gente sabe que isso é doença e que é tratável, né?! Se o paciente tiver um tratamento, com certeza há grandes chances de ele diminuir essa ideia suicida, dele melhorar dessa parte psiquiátrica, da parte emocional. Tá comprovado, né?!” (MED06).

O tratamento de um sujeito diagnosticado com transtorno é, sem vacilação, um fator de prevenção ao suicídio (24, 28, 38, 53, 54), no entanto, a intervenção medicalizante como aposta exclusiva pode ser uma estratégia restrita e módica aos sujeitos em sofrimento. A

aposta supracitada corresponde à ideia de prevenção primária em medicina, que retira o agente etiológico como modo de cura – lógica apreendida na Cartilha de Prevenção do Suicídio confeccionada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), que assegura que “após o tratamento da doença mental, o desejo de se matar desaparece” (112, p.13). Esse enunciado é questionável, essencialmente, pela tendência de universalizar os diagnósticos e tratamentos dessas pessoas, inclusive daquelas que não tem qualquer tipo de transtorno mental. “Não há medicalização sem diagnóstico” (103, p. 20).

Uma sociedade em que os homens concebam sua vida psíquica segundo o modelo de distúrbio e da cura neuroquímica (ainda que não se possa negar a importância da psicofarmacologia no auxílio ao tratamento das formas extremas de sofrimento psíquico) é uma sociedade em que as condições do laço social não convocam os sujeitos a fazer do pensamento um auxílio para a mediação de suas relações e na negociação de suas diferenças. Ao empobrecimento do pensamento correspondem, de um lado, a violência, de outro, a depressão. (131, p.79).

Caponi (91) explora a depressão – um dos paradigmas dessa lógica – e, salienta como a sua proliferação diagnóstica é pouco questionada, especialmente por excluir, em sua racionalidade, outras formas de sofrimento.

Não se trata de afirmar que a depressão é uma invenção, uma ficção socialmente criada. Parto da certeza de que existe um fenômeno patológico que pode produzir sofrimentos extremos. Negar a realidade da depressão é, como afirma Pignarre, ofensivo a todos aqueles que a sofrem ou sofreram, a todos os que têm a certeza de não ter simplesmente interceptado o papel de doente. Minha preocupação é tentar compreender as dificuldades epistemológicas e éticas existentes nessa classificação ambígua, que permite sua expansão a circunstâncias que em outros contextos jamais seriam consideradas patológicas. (91, p.116).

Nesse sentido, não se trata de ignorar as estatísticas ou negar a importância do tratamento psiquiátrico/medicamentoso, mas o descolamento psicopatológico dos casos de tentativa de suicídio pode ser benéfico para pensar, sobretudo, em formas mais ampliadas de cuidado.

O núcleo do pecado, por sua vez, foi vislumbrado nas falas com significativa influência religiosa.

A maioria das pessoas são católicas, né?! Tem essa base religiosa. Você cresce sabendo que... você cresce ensinado que você não pode atentar contra a sua própria vida. A própria religião evangélica diz que o suicida não tem perdão. Quem tenta contra a sua vida, não tem perdão. Então acho que a gente traz esses valores morais e a gente acaba condenando o outro baseado nesses valores que a gente já traz da própria sociedade. (ENF02).

Como afirma Kehl (131), dentre muitas normas regidas pela religião, estão a orientação às escolhas morais e a formação de sentidos para a vida e morte. Esses dois aspectos de influência religiosa – notoriamente presente no grupo dos técnicos de enfermagem – se enlaçam na temática do suicídio. Primeiramente, na concepção do fenômeno:

Na verdade, eu creio assim, ninguém nasceu para morrer. O plano de Deus inicial não foi esse [...] Pra mim sempre é um choque. Eu não quero me acostumar, “ah as pessoas estão se matando” e parecer uma coisa normal. Eu não quero que a minha mente aceite como algo normal, porque não é algo normal. [...] Às vezes as pessoas desistem, porque às vezes a gente julga que Deus não nos perdoou. Ah, eu tentei me matar, Deus não me ama, Deus não vai olhar mais pra mim. Não. Você tentou, você não conseguiu. Ótimo que você não conseguiu, então, vamos tentar viver? A proposta de Jesus é tentar viver. Vamos viver?! (TEC01).

Numa conversa informal, uma profissional afirmou que, ao mesmo tempo em que reconhece a complexidade do fenômeno, acha que a sua ocorrência é “falta de Deus”. Botega (27) constatou a ingerência de Deus na percepção das enfermeiras, pela afirmação massiva de duas frases, oriundas do SBAQ: “A vida é um Dom de Deus, e só Ele pode tirar” e “Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.”

A orientação às escolhas morais e formação de sentidos para a vida e morte podem ser alcançadas, secundariamente, na influência da concepção do fenômeno sobre a interação dos profissionais com as pessoas que tentaram suicídio. “A gente tende a cuidar e dizer: tira isso da cabeça. Seus dias tem a dimensão dada por Deus e você não pode intervir sobre isso” (TEC07). Ainda que muitas vezes, como indicam os profissionais, a “palavra de Deus” seja mediada pela intenção de ajudar, o julgamento vem como mensagem subliminar, podendo aumentar a sensação de culpa e impotência dos indivíduos. Esse tipo de intervenção, não técnica, pode ser reconhecida também como manifestação do despreparo da equipe, que projeta os seus valores no cuidado dispensado aos pacientes, comprometendo a natureza do atendimento.

A ambiguidade do discurso religioso foi mencionada apenas por uma entrevistada, que se utilizou da mesma referência para confrontar e levantar novos argumentos, trazendo à tona o princípio do livre arbítrio – noção normalmente omitida no âmbito do “sagrado” nas discussões sobre a temática do suicídio:

Ainda que nós tenhamos que preservar a vida... Indo pra questão religiosa, o que nos diz é que a liberdade, o livre arbítrio foi dada soberanamente. Então eu posso decidir

sobre a minha vida, mesmo que vá afetar a tua condição, a tua posição. Então, se você vai me julgar ou não, cabe a cada um. Mas o livre arbítrio dá esse poder a você de ir. Voltando pra questão religiosa, a gente diz assim: “Foi Deus que quis”. Mas aí entra na contradição do livre arbítrio. Mas se ele não quisesse, eu não teria feito. Ele não usaria da vontade, da vontade permissiva dele pra fazer com que o cara fizesse isso ou com que o indivíduo fizesse. Deus pode? Pode. Deus pode intervir? Pode. Mas há um momento em que ele não impõe sobre nós a vontade soberana dele. Ele deixa sobre nós a vontade permissiva onde a decisão é minha e não dele. Ele é de forma, ele é maleável, ele é maleável nessa questão. Quando ele quer, ele intervém. Quando ele não quer, ele deixa a pessoa agir pelo livre arbítrio. Eu penso assim. (TEC05).

Apesar dessa concepção aparentemente respeitar a “escolha” do paciente, a porta-voz em questão, sincronicamente, aprova uma intervenção apelativa, por essa “escolha” contrariar os planos de Deus: “Normalmente a gente tenta: mas por quê? Não tinha outras formas de você amenizar isso? Você é jovem, você pode ter outras expectativas, ter outros consolos além disso.” (TEC05).

O último alicerce do estigma do suicídio, o crime, apareceu nas falas em que os profissionais subjugaram e/ou compararam a sua ocorrência e tentativas à mesma lógica do atendimento aos “criminosos”, em particular, pelo sentimento de revolta, presente em ambos os casos. Esse sentimento, quando compartilhado pela equipe, fornece mais consistência e autenticidade às (re)ações na dinâmica de trabalho.

É outra coisa assim, bandido baleado. Que é outra coisa que a gente... Toda equipe atende de pronto, vai pra cirurgia de pronto. Mas é uma coisa que revolta. Porque assim, você tá com um monte de velhinho, um pré-diabético precisando de amputação ou de debridamento pra não perder o membro, um monte de jovem com tumor cerebral. Você tem uma série de situações [...] E aí chega seis bandidos. Aí assim, Deus me perdoe, mas a gente dá graças a Deus quando chega todo mundo morto, porque quando chega vivo, tira o recurso de alguém. Você tá entendendo? Tira recurso. [...] Aí os cirurgiões falam muito isso: “Pra salvar a vida de quem vai roubar a gente, tirar a vida da gente depois lá fora”. [...] É mais ou menos essa lógica. Nem todo mundo tem a coragem de falar não. Mas assim, eu tô falando de um sentimento e é um sentimento da equipe. [...] Tem muito esses conflitos internos [...] de... Quando chega bandido baleado, “graças a Deus.” Chegou morto? “Ah que bom!” Entendeu?! Porque a gente não vai investir um recurso que era de outra pessoa. [...] Então a equipe como um todo tá... Todo mundo tem esse sentimento de muita injustiça. E o suicídio acaba entrando um pouco nessa... (ENF07).

A comparação do suicídio ao crime pode ser conjecturada desde o início do século XX, na produção de literatura antisuicida. Um dos representantes desse movimento foi Jacques Bonzon, advogado parisiense que pleiteou a reabilitação da raça a partir do enfrentamento de três manifestações e tipos humanos, que traziam grande prejuízo para a vida social: os criminosos, os suicidas e os bêbados (43).

O suicídio e o crime tiveram/têm outro modo notável de aproximação: a tentativa de suicídio já possui e ainda possui, em muitos países, o estatuto de crime. A influência religiosa foi decisiva para moldar legislações penais sobre o ato da tentativa de suicídio (46, 132). A OMS incentivou os Estados a modificarem suas legislações por compreender que as pessoas que realizam tal prática necessitam de ajuda e não de punição. A reformulação das políticas contemplou a descriminalização, especialmente nos países nórdicos, na Europa ocidental e alguns estados dos Estados Unidos. Parte significativa dos países africanos e asiáticos permanece com essa referência. Apesar de o Brasil estar fora desse último grupo, as heranças da discriminação e punição parecem vivas nas ações e condutas hospitalares.

O indivíduo que tenta e/ou consuma o ato suicida parece retirar da instituição médica e estatal o agenciamento da vida, confrontando o poder e saber dessas instituições. A essência dessa questão sustenta, do mesmo modo, a segunda comparação circunscrita por alguns profissionais de saúde, que aproxima o suicídio do fenômeno do aborto. Sem gravação, uma informante assegura que a percepção dos profissionais de saúde a respeito do suicídio e da tentativa se assemelha à percepção dos mesmos frente ao abortamento. As mulheres que abortam e/ou sofrem aborto têm como resposta imediata dos profissionais um julgamento moral, reações de repulsa, incluindo intervenções discriminativas e de punição no ambiente hospitalar.

Entrevistados ainda comparam, por outro ângulo, o suicídio e a sua tentativa a duas outras ocorrências: a dependência química e ao distúrbio neurovegetativo:

A gente tem mais tolerância, e eu tenho também, com dependente químico, do que com uma pessoa com tentativa de suicídio. Dependente químico é um doente. Ele é um dependente químico, entendeu?! Ele realmente não tá no controle. E a maioria dos casos que eu vejo dos suicídios aqui, eu sinto, até depois a postura das mulheres, a maioria tem controle. Tem tanto controle que usaram isso a favor delas, entendeu?! Isso é nítido! [...] A gente chama de DNV, distúrbio neurovegetativo, que é outra coisa que a gente fica puto da vida, que tem... São as duas formas de chamar atenção: tentativa de suicídio e “piti” né?! (ENF07).

A classificação do dependente químico como doente e sua diferenciação com a pessoa com tentativa de suicídio demonstra, como modelo de exceção, o suicídio apartado de transtornos mentais. Por outro lado, para essa entrevistada, a saída da compreensão psicopatológica implica na adoção de uma perspectiva performática ou de personalidade histriônica – a mesma assimilada nos casos de DNV. A nomeação “piti”, que significa, nesse caso, manifestação falsa de sintoma clínico, exagerada pelo comportamento, foi repetida em pelo menos mais um depoimento, sugerindo hesitação, minimização ou invalidação da queixa

do paciente. “A profissão médica decide quais são as dores autênticas, quais são as imaginárias ou dissimuladas.” (29, p.131).

Quando se sentem confrontados em seu fazer, como nos casos de tentativas de suicídio, os profissionais tendem projetar a insatisfação gerada no atendimento, observável através de um comedimento ao nível mínimo do cuidado, como aludido:

O funcionário se vê explorado, não sei se essa é a palavra. Ah, podia estar tratando de alguém que realmente precisa, de alguém que realmente não escolheu estar nessa situação, né?! Essa pessoa escolhe estar o tempo inteiro estar nisso. Ela faz porque quer, porque gosta de chamar atenção, quer chamar atenção de outra pessoa. E o cuidado, ele é diferenciado. Com certeza ele é diferenciado. Com certeza absoluta, é diferenciado. Ele não é atendido com a mesma dedicação de um outro paciente. Não é. Você faz pela obrigação, mas não porque você sinta que você precise, eu percebo isso nas pessoas. Você faz pela obrigação. Eu vou sondar, vou lavar, sabe?! Mas faz de uma forma mais grosseira, de uma forma mais rude, até com o paciente, você não tem a mesma paciência, você não tem a mesma dedicação pro cuidado com aquele paciente, não tem. (ENF02).

Isto porque, o ato suicida subverte a ética e o saber médicos – noção que abrange todos os profissionais de saúde – tradicionalmente edificados em torno do objetivo de salvar vidas. De forma que, as prescrições normativas aliaram à saúde, a ideia de vida e, por razão simétrica, a morte sofreu um processo de denegação e repúdio (19). O paciente suicida é aquele que, na radicalidade, nega esse regime:

A ordem médica, em consonância com sua ética, baseia sua prática no princípio de que a vida está acima de tudo e de que todos os esforços devam ser empreendidos no sentido de preservá-la. Ao atentar contra a vida, o sujeito, de certa maneira, subverte essa ordem. É como se, com seu ato, competisse com o saber e, conseqüentemente, com o poder médico, tornando-se, por esta razão, uma persona non grata, muitas vezes indesejado e “maltratado” pela equipe médica. (17, p.37).

Na emergência hospitalar, a missão de salvar vidas é ainda mais incontestável. Aquele que se recusa a ser orientado pelo imperativo da lógica vital parece provocar, além de sentimentos de inadequação profissional (27), a sensação de afronta: “Eu tô aqui pra salvar vidas, tanta gente sofrendo, querendo viver e esse aí vem, quer morrer e ocupa o tempo que eu deveria tá usando pra salvar vidas. Já ouvi, já ouvi várias vezes” (ENF08).

Tavares (44) reitera a importância dos sujeitos e instituições trabalharem os sentimentos “contratransferenciais”, ou seja, os afetos que os profissionais experimentam em relação aos seus pacientes. Ele justifica essa preocupação por reconhecer que as condutas baseadas nesses sentimentos podem se contrapor às ações terapêuticas – quando, por exemplo, o profissional trata um comportamento de risco como manipulação – tendo

consequências desastrosas e prejudiciais ao paciente, como intensificação do sentimento de desamparo, fracasso terapêutico e novas tentativas de suicídio. “Não sei o que acontece, as pessoas negligenciam esse respeito que tem que se ter. E é um paciente que requer muito cuidado. Porque se você não tem [...] respeito, cuidado principalmente, ele vai voltar e talvez ele volte sem condições da gente conseguir salvá-lo.” (ENF08).

Diferente do idealizado, o trabalho de campo demonstra como a dinâmica dos serviços está impregnada pela moralidade e pelo estigma.

Eu vejo nas pessoas sempre um preconceito relacionado a quem tenta suicídio. E muitas vezes quando não consegue executar a coisa de uma forma eficaz, pelo menos pelos profissionais, que teriam que ser as pessoas mais sensibilizadas, mais preparadas pra atender esses pacientes, eu vejo nessas pessoas um tom de crítica por essa tentativa. Acham que essas pessoas são fracas, são pessoas... xô ver a palavra certa... são pessoas desequilibradas [...] As pessoas que atendem tem um descrédito nessas pessoas que tentam suicídio, que veem como alguém que não conseguiu. A pessoa quando ela não consegue ela é fraca, não queria realmente se matar, estão chamando atenção de alguém. (ENF02).

Segundo Goffman (41), quando um estigma é percebido, pode influenciar o fluxo de interação entre as pessoas, gerando uma redução da valorização do indivíduo estigmatizado. “Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida.” (41, p.15). Uma entrevistada declarou que os casos de tentativa de suicídio não deveriam sequer ser atendidos na emergência, uma vez que, para ela, estes ocupam e oneram a demanda da população que diferente do primeiro público, não escolheu morrer, está lutando para viver:

Eu acho que uma pessoa que tenta suicídio, a primeira coisa que vem em mente é fraqueza. Né?! A palavra assim. Fraqueza. Fraqueza psicológica, emocional. A depender da motivação, a outra palavra que vem é futilidade. [...] E aí assim, diante nosso contexto aqui de superlotação, da gente tá vivenciando todos os dias... jovens, crianças, pessoas mais velhas lutando pela vida, porque ou tem uma doença congênita ou adquiriram ao longo da vida um outro problema de saúde, essas pessoas estarem lutando pra ter a saúde resgatada, e a gente com tão pouco recursos pra dar apoio a essas pessoas, ter que muitas vezes parar o atendimento ou tirar o recurso de uma outra pessoa pra dar a uma pessoa que tentou suicídio. [...] Então assim, a percepção que eu tenho de paciente do suicídio, que me vem à cabeça, primeiramente é isso: não deveria estar aqui, entendeu?! Está tomando recurso de outro, está onerando a equipe que já é sobrecarregada por uma coisa que ele provocou. [...] Eu acho que é a coisa que mais me deixa irritada na emergência, entendeu!? E isso eu sinto também de equipe, né?! Essa não é uma coisa, uma questão só minha. [...] É descabido. [...] Eu acho um absurdo! Um absurdo a gente fazer atendimento a tentativa de suicídio [...] Se chegar alguém por essa porta ali, eu vou ter que tirar o recurso de alguém. Você viu como tá lotado ali. Então não é uma coisa que vem do nada, é uma coisa que vem disso, primeiramente: porra, vou tirar um recurso, vou suspender uma cirurgia, vou...! Aquilo cria uma ansiedade na equipe muito grande. (ENF07).

Esse depoimento espelha a sentença da colonialidade da vida (89, 120), ou seja, o escalonamento de valores vitais. Como representante do Estado, essa profissional de saúde revela sua escolha sobre quais vidas devem ser maximizadas e quais vidas são consideradas sem valor (90, 95). Agamben (96) traduz essa normatividade biopolítica como a necessidade de redefinir, na e sobre a vida, o limiar que articula e separa aquilo que está dentro daquilo que está fora. Apesar da entrevistada não ter o poder totalitário de decidir institucionalmente que pacientes estão dentro ou fora das possibilidades terapêuticas, essa crença não é sem efeitos para a dinâmica de atendimento e cuidado.

Essa marca de desvalia, por vezes, evolui para diferentes formas de discriminação durante o processo de internação dos pacientes na emergência. Quase todos os sujeitos de pesquisa relataram histórias em que a condenação moral foi orientadora das condutas. Raros foram os acontecimentos em que os sujeitos se identificaram nesse tipo de atuação, a maioria aponta os seus colegas como protagonistas de violações.

Alguns casos eu observo que até mesmo como sendo de brincadeira, existe [...] Determinados tipos de brincadeira, não na frente do paciente. A gente percebe no fundo uma situação de... como é que pode dizer? Uma discriminação, né?! [...] na ausência do paciente sempre tem um comentário. [...] “Ah, tentou se matar, não foi competente pra isso. Vem dar trabalho pra gente. (MED05).

A maior parte dos entrevistados frisa ainda que, dificilmente a condenação se transfigura em intervenções dirigidas aos pacientes, sendo mais comum comentários entre a própria equipe. No entanto, como indicou uma entrevistada, a costumeira negligência com esses pacientes permite que os comentários ocorram a qualquer tempo, em qualquer condição.

As pessoas não se policiam e acaba por chegar aos pacientes. Ele tá ali, naquele risco iminente. Às vezes você faz os comentários e nem se toca, nem se dá o trabalho de... ele tá ouvindo. Por isso que eu digo, que muitas das vezes é desrespeitoso. [...] Não são todos, mas existe e existe em toda instituição. (ENF08).

Esse último relato demonstra de forma mais evidente, o descuido por via da fala. É preciso não perder de vista o enunciado de Lévinas que diz que “a relação ética com o outro implica uma dimensão de responsabilidade mediada pela palavra” (131, p.23). A pesquisa não permite afirmar se, esse tipo de intervenção ofensiva direta é realmente evitada pela equipe ou, se a informação é de difícil compartilhamento. Narrar esse tipo de incidente pode expor e/ou denunciar uma relevante imprudência da equipe de trabalho. De todo modo, a sua não ocorrência seria incompatível com os relatos recolhidos por Vidal & Gontijo (38). No trabalho destes autores, de acordo com a percepção dos entrevistados que tentaram suicídio,

eles foram tratados com descaso e rejeição, mormente nos casos em que não havia risco de morte.

Por outro lado, o dilema oriundo da afetação das palavras, não passa, necessariamente, pela agressividade. Tão nociva quanto a hostilidade, são os discursos religiosos, morais e pedagógicos, utilizados com objetivo de que esses pacientes aprendam com a experiência e não tentem se matar novamente. Há ainda, mensagens carregadas de incentivo e ânimo, incompatíveis com o momento do paciente. Estas parecem respostas acalentadoras para quem diz, sem qualquer possibilidade de impacto profícuo para quem escuta. Abordagens como as descritas abaixo manifestam a iatrogenia das palavras (32), ou seja, os efeitos adversos do “acolhimento” simbólico.

Sou espírita, você tem a lei da ação e reação. Você abre um sorriso pra uma pessoa, consequentemente, você vai ter um sorriso. Se uma pessoa chega esbravejar em cima de você e você abre o sorriso e fica aquela paz. Então você não vai ter aquele impacto direto. Da mesma forma, por que você está querendo se suicidar? Olhe que céu bonito, que dia lindo! Você pode fazer tanta coisa boa! Precisamos de você aqui. Estamos aqui para te ajudar, pode ter certeza disso. Dessa forma, a minha equipe, a gente tenta abraçar de todos os lados e tentar motivar ela a enxergar a vida dela. [...] Essa motivação maior é... Como ela tinha filhos... Cadê seu filho, sua filha? Você se lembra de quando você engravidou, que era a coisa mais linda? Ele olhando pra você, você olhando pra ele? O momento da amamentação, o momento do carinho, de chamar de mamãe. Tente lembrar dos melhores momentos da sua vida, que você sempre sorriu. Que você se sente bem com o seu familiar, ou com seu esposo, com seu filho, tente trazer isso pra você, pra todos os dias, pra todos os momentos. Então é esses pequenos momentos que ficam guardados contigo, esqueça o resto. Se foi algo de ruim, tente absorver como uma crítica construtiva. Mas os momentos bons, tente favorecer e crescer dentro de você mesmo. É dessa forma que a gente tenta levar. (ENF01).

A narrativa emite uma essencialização das etapas e acontecimentos da vida, a exemplo da gravidez, convoca lembranças de vínculos e momentos – supondo-os saudáveis – idealizando a vida e o viver. Partindo desse mesmo ponto de vista, uma técnica de enfermagem detalha uma intervenção:

A senhora tem neto? Ela fez: “tenho minha filha”. E começou a chorar. Eu disse: “A senhora sabe quanto uma avó é valiosa? Só quem já perdeu sabe como é. Então. Eu também sou neta, hoje eu não tenho minha avó. Ave maria, eu tinha um orgulho de dizer que eu tinha uma avó. Minha avó praticamente era minha mãe.” Eu disse: “olhe, nada do que a senhora tenha passado vale a pena deixar seus netos pra trás, dessa forma não [...] Eles têm que se lembrar da senhora de uma forma boa, com saudade: Oh meu deus, minha avó, meu Deus, tá com Jesus. Um dia vou ver minha avó de novo, mas não dessa forma trágica.” Ela chorava muito, muito, muito [...] não sou perfeita não, mas me esforço, pra demonstrar um pouco de carinho para que ela entenda: olha, Deus ainda me ama. E repense em se fortalecer sua alma, espírito, pra que não tente novamente. (TEC01).

Outro tipo de discriminação relatada foi aquela atrelada à punição. Eventualmente, os profissionais se autorizam a cumprir a função de juiz e/ou justiceiro, julgando a tentativa de suicídio como “crime”, portanto, digno de castigo. Se tomado pela via moralista, o consentimento pela realização de atos punitivos é resultante da ruptura do pacto dos vivos, descontinuada, primeiramente, pelo paciente (46). A resposta violenta só é factível em função da autoridade profissional. “A possibilidade de provocar o prazer ou infligir a dor a outros é a base das relações de poder. Justificado em seu próprio exercício, o poder legitima-se com a recompensa e o castigo, que fundamentam a ideia de justiça.” (133, p.118).

Acho que seria manifesto mais dessa forma: Ah, tem um lençol, tem dois? Ah, tá fazendo frio. Ah, não, não precisa botar. Não, não... tá fazendo frio. Mesmo que esteja vazio, porque o nosso problema de lençol é quando está muito cheio. Porque você tem que segurar lençol, não pode dar dois, tá com frio, porque se não o que chega fica sem nenhuma. Mas pode dar dois? Precisa não! Tipo assim, se você pode fazer o melhor, você não vai fazer. Ah, tentou se matar. [...] Tipo assim, eu vou mostrar pra você... Você não quer morrer? Eu vou mostrar que, já que você resolveu viver, já que não teve jeito, então, não vai ser fácil pra você não. Pra você sofrer um pouquinho. (TEC01).

A sanção imposta pôde ser ilustrada, semelhantemente, pelo relato de diálogo entre enfermeiros: “Eu já recebi um paciente, por exemplo, que tentou suicídio por asfíxia, enforcamento e foi entubado e eu via que tinha... O tubo do paciente não tava bem posicionado. Ele tava... “Ah, deixa ele, ele não quer morrer?” (ENF08). O não conserto do aparelho foi justificado pela “petulância” do ato suicida. O colega da entrevistada extrapolou os limites da negligência, ele corrompeu uma função técnica: a não assistência ao paciente poderia ter precipitado a sua morte, em outras palavras, poderia matá-lo. Punir alguém na emergência é aumentar o seu risco de morte. Se a normativa é salvar vidas, alguns casos de punição poderiam vir a comprometer o exercício maior desses profissionais.

Em função da premissa “salvacionista”, um médico nega a possibilidade de desleixo e punição na oferta do cuidado pela necessidade de suspensão temporária de julgamento:

Se o indivíduo tem um risco iminente de morte, a gente busca atender aquele indivíduo independente de quem ele seja, do que ele tenha feito, como tenha feito. E o suicídio nem entra nessa situação. Tentou por uma vulnerabilidade, por vários motivos, mas que não nos dá o direito de preterir um tratamento que a gente entende como que possa recuperar a vida desse paciente. Então, eu não vejo isso nem como uma condição que se possa pensar, quanto mais ser efetivada na prática como exclusão de um tratamento por um indivíduo por ter cometido algum delito. (MED04).

O médico assegura tratamento, apesar de qualquer tipo de “delito”. Seria a tentativa de suicídio um delito?

A violência institucional foi registrada, da mesma forma, pela negação de atendimento a um caso recorrente de tentativa de suicídio. A coordenação se opôs à internação da paciente, supostamente pela lotação da emergência:

Um dia desses mesmo, Y (colega de outro setor) tava com um paciente de tentativa de suicídio. Tinha tentado suicídio, tava lá na consulta, tinha engolido uma navalha, negócio lá pra se matar. Aí Y veio me pedir vaga. Eu tava com não sei quantos pacientes à espera, cheio de baleados aqui dentro... Y, eu não vou receber. O acompanhante não tinha chegado. Eu não tenho estrutura pra me responsabilizar por um paciente psiquiátrico sem acompanhante. Cheio de baleado, cheio disso, cheio de aquilo outro. (ENF07).

A resistência foi quebrada, a pedido e insistência de Y (profissional conhecida por levantar a bandeira em prol da prevenção do fenômeno), a resposta foi retificada e a paciente, recebida; não sem ser hostilizada: “Aí uma fila de endoscopia. Aí o endoscopista: “Putaquepariu! Um monte de endoscopia aqui. Essa mulher já veio três vezes, engoliu uma lâmina.” (ENF07).

O estigma do paciente recidivo se delineia como maior. Quando questionados a respeito das diferenças, inclusive na abordagem, entre o paciente internado por tentativa de suicídio pela primeira vez e aquele hospitalizado por múltiplas tentativas, os entrevistados acusaram o segundo grupo de sofrer maior descrédito, omissão e até discriminação:

Eu acho que tem esse estigma de que a pessoa ainda tem esse caráter de a pessoa ser duplamente fracassado, né?! Porque não conseguiu suicídio, se essa era a intenção dele, tinha que ter procurado a atitude X/Y que era mais eficaz. E que, no fundo, ele não quer fazer aquilo de jeito nenhum, que aquilo é só uma estratégia pra chantagem. (MED03).

A tentativa de suicídio já havia sido declarada pelos entrevistados como um modo de chamar atenção. Nas ocorrências que envolvem histórico de tentativas, a equipe parece acumular a carga de rejeição, desacreditar no comportamento e risco suicidas, reforçando condutas inadequadas:

As pessoas até já desacreditam desse paciente, as pessoas já... xô ver... são mais sarcásticas no atendimento, na forma que aborda o paciente, que até fala com o paciente. Isso eu percebo. [...] Ah, não conseguiu, vou ensinar como é que faz. Ou ele tá querendo só chamar atenção, nunca que ele vai se matar de verdade. Nunca que ele vai chegar aqui... Ele já conhece, ele sabe a dose que não é letal, então ele tá aqui só pra dar trabalho, pra chamar atenção das outras pessoas. (ENF02).

A predominância do senso comum da tentativa de suicídio como modo de “chamar atenção” interfere na comoção da equipe – “o grau de compadecimento é menor, digo, compadecer-se. Pô, de novo, seu coisinho? De novo e de novo?” (TEC01) – consequentemente, na qualidade do atendimento. Nas múltiplas tentativas a equipe tende a desprezar os apelos, queixas e demandas do paciente, ameaçando inclusive, o trabalho de natureza técnica:

Às vezes a gente diz assim: oh, esse paciente não tem nada não. Vamos supor que ele veio uma vez, sentiu uma dor. E a primeira vez não era dor nenhuma, dor nenhuma não, não era nada, se descobriu que não era nada, era apenas uma dor na cabeça. Quando ele vem de novo com essa dor, e ele se queixa, ele se queixa. Alguém pode dizer assim: não é nada não, ele é queixoso e não investigar. Não ter um olhar mais investigativo em cima daquilo. Porque ele já demonstrou antes isso. Ah não, ele não vai se matar não. Ele fala assim, mas não vai morrer não. E aí acaba de certa forma negligenciando, pode negligenciar alguns aspectos, porque acredita-se que ele não vai morrer, porque ele já tentou e não conseguiu. (TEC01).

O julgamento, que implica na conduta de seguimento descomprometida e/ou negligente, tende a aumentar o grau de fragilidade dos indivíduos em sofrimento e em risco de nova tentativa de suicídio. Para a Bioética de Proteção, esse cenário pode ser compreendido como manifestação de um conflito institucional e político: os hospitais e profissionais de saúde, responsáveis pela proteção dos pacientes, tornam-se fonte de maior vulneração.

Sob uma ótica semelhante, outro critério utilizado pelos profissionais para desqualificar as tentativas de suicídio diz respeito ao método utilizado pelo paciente: quanto menos letal, menor a vontade de morrer. “Ah, ingeriu 10 comprimidos de dipirona, tomei isso, aquilo. Faz mais um escândalo, o famoso “piti” [...] sem nenhum grau de gravidade” (MED06). No entanto, numa ressalva pouco expressiva, um médico marca a influência de outro fator na escolha do método: o nível de instrução do paciente. “Além de indicar o risco pela intenção, a tentativa de suicídio de alta letalidade evidencia o conhecimento e a capacidade do paciente de implementação de um método letal.” (21):

Eu creio que por exemplo, um paciente mais instruído, as vezes tem um acesso a substâncias mais letais, creio eu. Tem substâncias que são substâncias restritas, que esse paciente sabe que aquilo ali vai causar um mal irreversível que eles vão e conseguem, entendeu?! Um grau de informação maior. Mas assim, é complicado falar porque realmente eu acho assim, eu acho que o grau de escolaridade, de conhecimento influencia na escolha do método. E que geralmente quem tem mais conhecimento e que realmente tem essa vontade de autoexterminio, acaba utilizando substâncias mais agressivas, não só como medicação em pequena quantidade ou medicações que não tem tanto efeito colateral. (MED06).

Esse ponto de vista deixa margem para pensar que a tática utilizada na tentativa de suicídio tem outros pontos de ancoragem, normalmente ignorada pelos profissionais:

Tem pacientes que fazem tentativa de suicídio, que ele às vezes... por exemplo, briga com o namorado, a namorada, pega o frasco de chumbinho e aí toma duas, três bolinhas de chumbinho, vomita logo em seguida. E faz toda uma situação que quer que o cônjuge dê atenção. Claro, isso é uma coisa séria, a gente tem que tomar... ficar muito atento. Mas é completamente diferente de quem sobe no terceiro andar, quinto andar e se joga, entendeu?! São atentados, tentativas de suicídio que... assim, uma é totalmente letal, a outra ela pode vir a ser letal, mas aquele ato em si, ele não foi literalmente, não foi uma coisa que o que ele queria era se matar, perder a vida, ele queria chamar atenção. [...] Ninguém que tenta 3, 4, 5 vezes... Ele tá mostrando que ele tá meio querendo chamar atenção ou querendo realmente tirar sua vida. (MED05).

Apesar de distinguir a gravidade das formas, nivelando os casos de acordo com a letalidade, esse profissional refere atenção às tentativas mais brandas. Essa preocupação incomum é elementar para direcionar condutas de seguimento pós internação. Na contramão dessa medida, os profissionais seguem reproduzindo mitos, denunciando mais uma vez, o desconhecimento da tentativa de suicídio como principal fator de risco para o suicídio.

O paciente que tem múltiplas tentativas de suicídio não quer se matar. [...] eu acho que é mais pra chamar atenção de algo ou de algum familiar. [...] Essa é a grande diferença. O paciente que tenta, que geralmente fica grave, às vezes ele consegue. Por complicações clínicas mesmo. Às vezes faz uma infecção grave, fica séptico e morre. Mas os que são reincidentes não. (MED06).

A potencialização do estigma nas múltiplas tentativas de suicídio era uma resposta esperada em função dos apontamentos da literatura e do senso comum, no entanto, alguns profissionais levantaram a necessidade de reforçar o cuidado com esses pacientes, por compreender que estes estão tendo má assistência e/ou acompanhamento precário nos serviços de saúde. “...Quando o paciente é recidivante. Isso também chama atenção porque é um paciente que está mal visto, mal acompanhado, mal direcionado, né?! Então esse é um dado que é importante para os profissionais da saúde atentarem.” (MED04).

A baixa qualidade de assistência e/ou falência de tratamento foi apontado por outro médico, ainda que, numa perspectiva da tutela:

Agora acho que o paciente que tenta várias vezes o suicídio, ele tá sendo mal assistido, ou pela equipe que tá tratando dele ou pela família. Porque um paciente desse, não pode ficar, nem um segundo, na minha opinião, sozinho. É... Se a família não tem condições de não deixar ele nem um segundo sozinho, eu acho que é um paciente, em função do tratamento dele, que deveria até ficar internado. Se o médico

liberou ele, achou que ele tá bem, e o psiquiatra dele, liberou ele pra ficar sozinho, aí eu acho que o psiquiatra errou. (MED02).

Esse profissional defende uma condução paternalista, em nome do (suposto) bem-estar do outro, pueriliza-o, impedindo o exercício da liberdade e autonomia (73, 74, 75, 76). Esse discurso parece ainda contemplar a medicalização como estratégia de proteção, afim de proteger o agente moral contra si mesmo (73). Como contraponto à ótica paternalista, esse entrevistado levanta duas questões importantes e poucos discutidas: a impossibilidade de assistência familiar e o mal seguimento clínico. Apesar de considerar reducionista o entendimento acerca da impossibilidade de assistência familiar pela inviabilidade de deixar o paciente sozinho e, o mal seguimento clínico pela não liberação do paciente, a garantia de ambos os acompanhamentos é fundamental para uma atenção adequada e prevenção de novas tentativas de suicídio.

A compreensão do universo moral dos profissionais de saúde é um contributo da Bioética de Proteção, uma vez que esta corresponde não apenas a uma ferramenta para pensar as práticas e políticas públicas de saúde, como também, um projeto de ética aplicada para solucionar os conflitos entre os diversos atores – entre aqueles que têm acesso, ministram e desenvolvem potências e quem não tem esta prerrogativa (73). O avanço das indagações que envolvem o estigma do suicídio, a desconstrução das certezas morais e a conscientização da responsabilidade profissional criam medidas de proteção, minimizando os efeitos da vulneração.

A responsabilidade profissional, familiar e estatal foi descrita por um médico, que de alguma maneira, convocou e repartiu o cuidado, desde os laços afetivos e sociais, à saúde pública – entendidos, similarmente, como suportes sociais ou ainda, fatores de proteção, que diminuem o risco de suicídio (8, 21).

Ele tá dizendo com aquilo ali ele não está bem. Que com aquelas tentativas, vai chegar o momento, se não tiver um cuidado maior, que ele realmente vai tirar a própria vida. Isso é o que eu acho. Isso não tá relacionado à pessoa. Esse risco que ela tá fazendo a si mesmo, eu acho que o cuidado tem que ser as pessoas que estão em volta e da saúde pública como um todo. Porque se ele já entrou uma vez na unidade, ele já tem que estar sendo monitorizado, né?! Monitorado na verdade, porque acredito que a chance dele cometer um novo atentado, é grande. Então assim, você atender a primeira vez, vamos dizer que seja o mesmo caso e atender várias vezes, eu acho que todas às vezes tem que ter atenção máxima. (MED05).

5.2.3 “Categoria Procedimentos e condutas”

Os profissionais de saúde tentaram delinear as especificidades do trabalho na emergência, evidenciando a missão de salvar vidas – “É uma abordagem de emergência, pra tentar salvar a vida.” (MED01). Concomitantemente, alguns descreveram as etapas do atendimento às pessoas que tentaram suicídio:

Primeiro é a coleta de dados, anamnese com os familiares, com os pacientes que chegam estáveis, que tem condição de conversar... Às vezes a gente tem uma dificuldade pra ter alguma informações sobre o quê que foi ingerido, a quantidade, o motivo. Eu nem tento abordar tanto o motivo, mas sim em relação às substâncias que foi ingerida, o tempo, quando que começou, quando foi feita a ingesta pra poder começar a terapêutica. (MED06).

Outro entrevistado complementa:

Bom, a abordagem médica diante de uma tentativa de suicídio é sempre procurar saber qual foi a medicação usada, se foi uso de medicação a tentativa. Quanto tempo, qual a dose, coisas específicas da parte médica. Com calma a gente tenta ver qual foi o motivo. [...] Agora tem a abordagem também quando o familiar tá de junto, tá próximo. Então a gente tem também que abordar o familiar, procurando saber se o fato que foi relatado pelo paciente é igual ao que familiar vai dizer, né?! (MED05).

Esse médico introduz a necessidade de inclusão da família no processo, questão trazida posteriormente por muitos profissionais, não apenas por ser uma importante estratégia para tomada de decisões clínicas, como também, pela necessidade de fortalecimento de suporte no pós alta. Para além da finalidade clínica, o ato de confrontar versões pode indicar, similarmente, um regime de suspeita? Como esboçado nos depoimentos, esses pacientes são identificados, entre outras coisas, pela marca da manipulação.

A necessidade de salvar vidas é tão imperativa que a maior parte dos entrevistados reconhece o foco nessa ação e a exclusão de outras dimensões, notadamente da psíquica. “A gente tenta tratar como paciente neutro, lógico, tratando especificamente a tentativa. Não da parte psiquiátrica, sim da parte orgânica, clínica” (MED06). A dissociação clínica é reconhecida por falta de preparo ou mesmo, por opção, por considerar que o trabalho se encerra no procedimento inicial.

Juntamente com a hiperespecialização, tendência profissionalizante que comporta a fragmentação de saber e, portanto, a ignorância de tudo aquilo que não diz respeito à sua disciplina (77), a provisão de cuidados em saúde tem sido regida pelo tecnicismo, ou seja, restrita ao corpo e com expressivo uso de tecnologias. Conjuntura duramente criticada, Maria de Paula & Capitão (134) afirmam que o paciente é tratado como um corpo desprovido de vontade e história, sendo a sua subjetividade, violentamente subjugada. Le Breton (101), por seu turno, salienta a supressão de dados antropológicos elementares (e por que não clínicos?) que compreendem um homem como um ser de relação e símbolo, não apenas possuidor de um corpo que precisa ser consertado.

Uma fala de resistência e da ordem de exceção projetou a possibilidade de atuação clínica mais globalizada: “Mesmo você como não especialista, oferecer um apoio pra que ele possa contar com você. Você possa de alguma maneira estar solidário nesse momento, ali pra ele. Acho que são coisas, na minha opinião, que ajudam.” (MED03). Não há como negar que a abordagem prioritária deve ser de controlar as condições que ameaçam aquela vida, no entanto, a restrição/interrupção do trabalho nesse âmbito parece uma predileção.

Acham que a sua função vai até aí, a parte técnica. Pronto, fiz o antídoto, tirei o paciente do risco eminente naquele momento e essa parte desse acompanhamento posterior, que ele vai fazer depois, não é mais comigo. O profissional ele acha que a responsabilidade vai até aqui, até essa parte técnica. (ENF02).

Uma profissional relata um caso emblemático que ocorreu em 2017 na emergência. Segundo ela, uma jovem do interior tentou se matar porque a cidade descobriu que a menina estava tendo um caso com um homem casado. Apesar de não ter ocorrido maiores sequelas físicas, a equipe considerou que a paciente deveria seguir por mais dias internada. A interpretação da enfermeira é que a paciente estava com vergonha de voltar para a sua cidade; ela não considerou o quadro psíquico da jovem, inclusive, os riscos de uma nova tentativa de suicídio:

Foi aquele tentar se matar... [...] tomou aquela quantidadezinha. Descobriram. [...] Tomou chumbinho e veio pra cá. No mesmo dia ela recebeu alta. Essa paciente ficou aí 8 dias! O serviço social, com o município, tal, com psicologia, com não sei o quê. Porque ela não queria voltar pro município com vergonha. Só que assim, a gente tá aqui pra operacionalizar, pra salvar vidas, tal, tal. Esse leito meu, eu podia ter passado, digamos, um exemplo, três pacientes de hemorragia digestiva nos dias que ela ficou aqui ter salvado outras vidas que não tiveram oportunidade de entrar no serviço. Então isso me revolta. [...] Uma paciente ficar aqui... Resumindo, uma “descaração” maior do mundo! Ficar aqui, “ah, tenho vergonha”. Quer dizer, ela escolheu ter um caso com um homem casado. Ela escolheu, foi escolha, não é? Teve um problema, tentou se matar. A gente deu recurso [...] Um leito nosso aqui é ouro, né?! [...] Então assim, é um leito que eu rodava, digamos, eu reverteria cinco

insuficiências renais agudas em dez dias. [...] A gente tinha vontade de arrancar ela e botar pra fora. Vá tratar seu problema em outro lugar que tenha psiquiatria, que tem... entendeu?! Porque assim, são 10 dias num leito, são vidas. (ENF07).

Esse trecho parece restringir a vida à condição orgânica, notadamente quando a manutenção da jovem no hospital é comparada à impossibilidade de salvar outras vidas através de diferentes procedimentos, como controle de hemorragia digestiva ou reversibilidade de insuficiências renais agudas. Além do mais, tratar “o problema” aonde tenha psiquiatra é, primeiramente, invisibilizar o trabalho destes profissionais na emergência, secundariamente, induzir a ideia de que estes tratam de outra coisa, que não da vida.

A manutenção da internação vinculada a outros motivos, que não por complicações físicas, foi identificada pela enfermeira como desvio padrão do hospital. A ocorrência, segundo a enfermeira, inquietou a equipe, desencadeou intolerância e dificuldade de aceitação para com a jovem. A detecção do incômodo generalizado aponta ainda para outra problemática: estão os profissionais e instituições preparados/capacitados para receber os pacientes em sofrimento psíquico, como prevê a RAPS, em especial, a Portaria Nº 148 (135) – que corresponde a leitos de saúde mental em hospital geral?

A citada perspectiva da enfermeira diverge de um médico de outra instituição, que compreende que a alta hospitalar abarca o aval psicológico:

Os procedimentos sempre tem que estar atento à possibilidade de nova tentativa de cometer o suicídio. Claro que normalmente o médico que faz o atendimento inicial, ele não está totalmente capacitado para identificar esses traços, esses casos, então muitas vezes ele procura um profissional especializado, no caso seria o psiquiatra ou psicólogo pra fazer essa abordagem da parte emocional, da parte de patologia também, pra ver se ele não tem uma grande chance diante do quadro de vir a cometer um novo episódio, uma nova tentativa de suicídio. Aí, a depender da resposta desse médico especializado, a gente pode ou não dar alta ao paciente. Sendo que quando ele realmente tem uma chance de vir a cometer de novo outro episódio de suicídio, a gente encaminha ele para unidades especializadas relacionadas à doença mental, fazer acompanhamento... sempre próximo da família, de uma familiar que tenha responsabilidade pelo paciente. (MED05).

Esta afirmação não apenas difere da maioria, como também, do material teórico/empírico. O trabalho de Lima et al. (136), um relato de experiência sobre a clínica do suicídio no contexto hospitalar, aponta que, numa dialética, a formação dos profissionais de saúde e a instauração hospitalar foram/são direcionados para um trabalho de cura físico-biológica das doenças e para salvação/prolongamento das vidas. Por essa razão, comumente, os pacientes são liberados através da referência ou avaliação somática, sem apreciação das condições psíquicas.

Todas as instituições contempladas na pesquisa têm serviço de psicologia e de psiquiatria (incluindo residência) e, para muitos profissionais, esse tipo de atendimento faz parte do processo de internação. Concebidos como procedimentos posteriores, a convocação desses profissionais, quando realizada, é feita após o controle das condições que ameaçam à vida.

Quando ele chega aqui, a gente vai tratar a condição pra salvar a vida. Como não sou psicólogo, não sou psiquiatra, e não é minha área. Como temos todas essas especialidades no hospital, após resolver o problema que está causando o risco de vida, ele vai ser acompanhado com os especialistas que temos aí no hospital. (MED02).

Esse relato afirma que a “área” do médico é salvar vidas, o resto é com os especialistas do hospital. Ao mesmo tempo em que recorrer a estes pode ser visto como um processo de conscientização dos seus limites e sinônimo de maior amparo aos pacientes, a necessidade imediata de outros profissionais sem interlocução direta pode demonstrar, com igualdade (como referida na categoria anterior), uma desintegração e dissociação clínica. O trabalho dos profissionais entrevistados se encerra, necessariamente, na manipulação e controle das condições físicas?

Houve um consenso entre os médicos: todos eles evocam (e/ou consideram que a equipe convoca) os profissionais especializados após a abordagem inicial.

Feito a recuperação e estabilização desse paciente, a psicologia tem dado um apoio extremamente importante aqui no hospital. Então, todos os pacientes com tentativa de suicídio são acompanhados pela psicologia. Quando há necessidade da intervenção da psiquiatria, eles ficam de sobreaviso. Então são acionados e vem, avaliam. (MED04).

Outro médico reitera, apontando para uma institucionalização da avaliação “psi”:

A gente aqui no hospital sempre tem uma cultura que eu acho que é...uma avaliação. A gente sempre inclui o psicólogo no plano de atendimento desse paciente e uma avaliação psiquiátrica. Fora isso, a gente tenta garantir um encaminhamento para algum centro de acompanhamento psiquiátrico pra ele, pós alta, ter esse atendimento garantido, com o psicólogo e psiquiatra, sobretudo. Isso geralmente tem sido a conduta no grupo que eu trabalho aqui de clínica médica. (MED03).

Com exceção dessa categoria profissional, houve discursos desencontrados, inclusive, intrainstitucionalmente. Enquanto uns garantem atendimento dos profissionais especializados nos casos de tentativa de suicídio, inclusive de encaminhamento, outros desconhecem essa equipe e a possibilidade de interconsultas.

Oh, as abordagens são assistenciais, né?! Aqui a gente não tem essa coisa de psicólogo, essa coisa a gente não tem, no máximo, de serviço social. Então assim, na verdade a função toda da emergência, é pra disponibilizar o recurso clínico, recurso assistencial. Médico atender, enfermagem medicar, a vaga de UTI, a lavagem, a cirurgia, se for o caso, ao recurso. Então, o foco nosso é no recurso, o recurso clínico para aquele paciente, entendeu?! (ENF07).

A parte técnica de você passar uma sonda, de você fazer um antídoto contra aquilo ou contra aquela tentativa, de você investir, acho que ela é muito bem direcionada. Eu não vejo as pessoas não fazerem aquilo que deveriam fazer. A equipe tá muito bem preparada pra isso. Essa parte técnica eu vejo que ela é muito bem executada, mas ela é fria. É a parte técnica executada. Mas um tratamento posterior a isso, não vejo, não acontece, isso não acontece. Pelo menos aqui na unidade. Esse acompanhamento, esse suporte, ele não acontece. [...] Porque as pessoas não são treinadas, não são sensibilizadas, a equipe. A maioria da equipe até desconhece que tem esse suporte na casa, que tem essa equipe. (ENF02).

Outro entrevistado reafirmou a inexistência do trabalho interdisciplinar na emergência:

A questão da psicologia aí você quase não vê. A questão assim... Chegou paciente, foi tentativa de suicídio? Ele fica na sutura, ele é atendido as vezes, vai no centro cirúrgico, se precisa operar a gente não vê mais aquele paciente. Quando as vezes ele fica no corredor, eu não vejo, eu não vejo essa abordagem depois. O serviço de psicologia? O serviço social? Eu não vejo essa abordagem para entrar nessa questão do motivo pelo qual o paciente se suicidou, se ele ainda vai tentar suicídio ou coisa parecida. Eu vejo... Cumpriu aquela etapa, passou. Eu não vejo muito o investimento nessa área, aqui na emergência. (TEC02).

O choque discursivo assinala um recurso institucional utilizado de forma diferente por cada profissional, por afinidade ou como enfatizado, por conhecimento/desconhecimento das equipes especializadas. A convocação para um trabalho compartilhado decorre de um interesse particular ou da gestão institucional? É uma prática institucionalizada? Foi divulgado? Está monitorado? A existência da equipe ampliada tem avanços na prática? A Bioética de Proteção aponta para a necessidade de avaliação da efetividade das práticas das instituições públicas e seus agentes (72), medida que corresponde a uma responsabilidade protetora por assegurar o controle dos resultados das políticas adotadas.

A consecutiva unidade procedimental citada pelos profissionais diz respeito à convocação, troca e parceria com a família.

Geralmente esse é um paciente que a gente não dá alta sem ter a família envolvida nesse processo de alta. Sair acompanhado, chamar atenção do risco aumentado de novas tentativas, né?! E também, de certo modo, oferecer um apoio ao paciente, né?! São coisas que normalmente a gente faz. (MED03).

A busca pelo apoio familiar e tentativa de encaminhamento para outros serviços representam ações idealizadas na alta hospitalar dos pacientes com tentativa de suicídio. As

informações sobre encaminhamento não ficaram claras, nem tiveram conformidade nas entrevistas. Enquanto uns profissionais registram a importância desse acompanhamento posterior e a tentativa de instaurar esse procedimento como sendo da responsabilidade da equipe da emergência, outros se referem aos encaminhamento sem garantia de atendimento, dão nomes e endereços de CAPS e/ou hospitais psiquiátricos aos usuários, sem consulta marcada ou acolhimento assegurado. Por último, alguns noticiam que o atendimento emergencial é pontual, sem trabalho de rede e controle sobre os passos subsequentes – oportunidades perdidas para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento (38), além de caracterizar descumprimento dos direitos à saúde e informação (46).

A esse respeito, um dado surpreendente do campo foi a investigação para saber se a ocorrência foi tentativa de suicídio mesmo. Profissionais se referiam a esse procedimento como necessário, tanto do ponto de vista clínico, como jurídico. “...procurar saber também se ao invés de ser uma tentativa de suicídio, não foi alguém querendo cometer um atentado a própria pessoa, ao próprio paciente. Isso pode envolver desde situações médicas a situações policiais também, né?! Policial, jurídica” (MED05). A tentativa de atestar veracidade foi ratificada por outro profissional:

se é suspeita ou realidade a tentativa de suicídio mesmo, porque o marido pode forjar um tentativa de suicídio, as vezes ele bate ou faz alguma coisa. Chega lá e diga que foi você que se jogou da escada porque você ficou com ciúmes, se jogou da escada. E não ser. Ser uma tentativa de homicídio, na verdade. (TEC01).

A investigação, que se trata em primeira instância de afastar a possibilidade de violência por outrem, pode ser também um hábito investigativo desses hospitais, que são especializados em trauma. Uma vez que a tentativa de suicídio é confirmada, alguns profissionais marcaram a necessidade de vigília ou tutela, principalmente em função do risco de nova tentativa no ambiente hospitalar. “A gente tem drogas que podem ser utilizadas aqui e às vezes a coisa mais simples, que alguns não veem, o suicida vê potencialidade na execução de retirar a própria vida. Então as abordagens são diferentes? São. Os cuidados são diferentes porque são redobrados.” (TEC05).

O cuidado intensivo foi justificado ainda, pela proteção à equipe de saúde e outros pacientes, amparado ao estigma para com o paciente suicida, enodado ao estigma do paciente com transtorno mental, de periculosidade social:

Com certeza. 24 horas, 24 horas. Principalmente quando foi tentativa de suicídio, ele pode chegar aqui, a gente estar atendendo qualquer outro paciente, ver uma seringa, pegar e tentar... Agredir um profissional nosso. Às vezes por um surto que ele está no momento. Então a gente tem que ter uma visão ampla. O cuidado intensivo a

todo momento. [...] Geralmente todos os paciente que tentam suicídio, eles... Um que se encontra aqui internado mesmo, ele já é acompanhado pelo CAPS, ele teve tentativa de suicídio e usuário de drogas. Ele é um paciente que não tem uma abordagem ética íntegra, ele xinga todos os profissionais, tenta agredir, tenta cuspir todos os pacientes, enfim. A gente deixa ele isolado de uma certa forma, a forma como a unidade comporta esse paciente. (ENF01).

Como unidade de categoria singular, mas de suma importância bioética quando discutida as condutas dos profissionais de saúde, um médico pincela sobre a suspensão da autonomia decisória do paciente que tentou se matar:

A gente tem situações interessantes que às vezes os pacientes tentam cometer suicídio, às vezes necessitam de um procedimento, de um procedimento cirúrgico. Tentativa de suicídio por ferimento por arma branca no abdômen. Então ele precisa ir pra cirurgia, e muitos se recusam a ir. Tem a necessidade de uma conversa não só com o paciente, mas com a família e isso leva tempo. Naquele momento, o paciente nem sempre ele tá fora das suas condições de decidir. É diferente de um paciente que tá com um surto, que ele não pode definir. Mas tem paciente que você avalia e que ele queria morrer, porque queria morrer, mesmo. [...] Eventualmente é que precisa passar uma sonda nasogástrica num paciente que fez alguma intoxicação por algum produto e que precisa lavar o estômago. E se passa a sonda nasogástrica muitas vezes contra a vontade do indivíduo porque precisa fazer lavagem gástrica. (MED04).

A chegada dos pacientes com tentativa de suicídio no ambiente da emergência é caracterizada basicamente por duas condições: com ou sem consciência. Os pacientes conscientes, no percurso do atendimento podem declarar arrependimento, especialmente pelo sentimento de vergonha ou, ainda, reafirmarem a vontade de morrer. A existência destes ressalta a responsabilidade da equipe hospitalar que, responde, muitas vezes, negando a sua autonomia. A não autonomia desses indivíduos foi problematizada por Kovács (47), que demonstrou a (auto)proteção dos profissionais, por risco de morte e temor de processos judiciais. Muitas vezes os profissionais agem de forma defensiva, forçando e impondo procedimentos médicos sem consentimento e consideração pelo sofrimento da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio.

De modo geral, os profissionais da emergência se concentram em abordagens técnicas iniciais, sem preocupação e responsabilidade com: identificação do risco, trabalho interdisciplinar, notificação da tentativa de suicídio, encaminhamento com garantia aos serviços especializados ou outros pontos da rede de saúde; de forma a esboçar uma inconsistente abordagem preventiva de novas tentativas de suicídio. Como constatado pela literatura temática, particularmente pelo estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (52), as taxas de óbito podem aumentar ou diminuir de acordo com as atitudes dos profissionais envolvidos no atendimento, especialmente porque, se bem acolhidos nos

serviços de emergência, a intervenção se configura como um tipo de vínculo, aumentando as chances de continuidade do tratamento (38).

5.2.4 Categoria “Programas e/ou políticas”

Quando apurado o conhecimento da política ou articulações políticas a respeito do suicídio, as falas dos profissionais entrevistados se caracterizaram pela superficialidade e desconhecimento. Foram dezenove profissionais entrevistados, nenhum com qualquer tipo de acesso ou aplicação das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. “Não, não tenho conhecimento. Eu nunca nem ouvi falar. Você tá falando, agora que eu tô sabendo. Nunca ouvi falar.” (TEC02). Dois entrevistados disseram já ter escutado sobre as Diretrizes (os únicos que buscaram capacitação por iniciativa própria) mas admitiram nunca ter lido e outro que, numa colocação embaraçada, tentou não demonstrar dessaber:

Eu já li, mas tem um tempo. Eu tenho um certo conhecimento com referência a essas políticas. Do que ela pertence, o quê que o profissional precisa saber para que possa abordar uma tentativa de suicídio. Essa política tem os seus deveres e direitos perante o suicida. Não sei abrangente o que cada um quer dizer, mas tenho uma certa visão. (ENF01).

Apesar do desconhecimento generalizado, as respostas tiveram, positivamente, um tom de crítica. Um médico destacou como ponto fora da curva, mas nem por isso menos importante, a contradição da política na iniciativa privada, ao afirmar que na práxis os planos de saúde não cobrem as tentativas de suicídio:

A gente vê, inclusive, por exemplo, na iniciativa privada, os planos de saúde sequer cobrem o atendimento à tentativa de suicídio. Então, mostra como a... Como a gente tem Diretriz que é do... Federal para lidar com problema que ao mesmo tempo... quando a gente tem milhões de pessoas, em torno de 40 milhões de pessoas com cobertura de saúde suplementar e a saúde suplementar não é obrigada a dar cobertura pra isso, me parece um contrassenso, né?! Eu tenho uma orientação federal, mas ao mesmo tempo, eu tenho amparo legal pra parte da população não ser coberta nessa situação, caso ocorra. Então, veja que isso pra mim reflete exatamente isso: você tem uma Diretriz, mas que essa Diretriz não se multiplicou como ação, na minha opinião. (MED03).

Outro médico revalida a falta de interlocução entre a “legislação”, o papel, as políticas, o funcionamento institucional e a prática profissional:

Eu acho que a gente não é adequadamente preparado, embora exista há muito tempo [as Diretrizes], você falou que 2006, ou seja, tem 11 anos. Eu não vejo na prática isso saindo muito do campo, digamos, do teórico, do legal, do institucional, indo pra ponta, né?! Como um movimento, digamos, né?! (MED03).

A questão assinalada pelos médicos situa a não execução e/ou falta de força das Diretrizes Nacionais no trabalho dos profissionais de saúde. Por todos os dilemas, impasses e não funcionamento – desde a ausência de uma Política Nacional de Prevenção ao Suicídio ao não conhecimento/uso dos profissionais das Diretrizes existentes – podemos presumir que a política foi feita para fracassar? Ou é sabotada pelas malhas da necropolítica? Poderíamos pensar em uma contraresistência institucional (nos mesmos moldes do racismo ou do sexismo institucional)?

Apesar do cenário não favorável, houve interesse por parte dos profissionais de conhecer as Diretrizes, entre outros domínios da temática. Eles consideram que as instâncias oficiais, como o Ministério da Saúde, não dão conta das demandas e ações em saúde. Alguns dos entrevistados, inclusive, interpretaram a presente pesquisa como a possibilidade de mobilizar ou gerar um novo movimento institucional em prol da discussão sobre o suicídio.

Não, não conheço, não conheço. [...] é uma situação interessante pra que a gente possa conhecer e buscar aprimorar e ver o quê que a gente pode estar utilizando para a instituição nossa. [...] é interessante até a gente buscar via o núcleo de qualidade do hospital e serviço de psicologia, a gente possa trabalhar e dependendo até, ver o que a gente pode estar contribuindo para as Diretrizes. Eu acho que o Ministério da Saúde, mesmo tendo uma série de ações, são muito poucas para a realidade que a gente vive hoje. (MED04).

Apesar do roteiro de entrevistas não atender questões aprofundadas sobre a política de saúde mental de modo geral, os dados que surgiram se referiam única e exclusivamente aos CAPS e hospitais psiquiátricos, sobretudo quando relacionados ao encaminhamento; sem qualquer menção aos Manuais de Prevenção do Suicídio dirigido aos médicos e profissionais de saúde (9, 10, 26) e ao único serviço especializado em prevenção do suicídio na Bahia (com exceção de uma psicóloga não entrevistada). A maior parte dos entrevistados não o conhecia, não conhecia as atividades ofertadas e as possíveis articulações institucionais. “Na realidade eu nem sabia que existia. Eu não tenho conhecimento nenhum. Nunca preenchi nenhum tipo de formulário. Sempre que tem algum paciente pra avaliação toxicológica ou por qualquer motivo que seja, a gente nunca foi orientado em relação a esse núcleo” (MED06). No entanto, mencionaram o CIAVE – Centro Antiveneno da Bahia, referência em Toxicologia no Estado – como parceiros de trabalho (o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio é um setor do

CIAVE). Como justificar essa não interatividade? Desconhecimento, fragilidade da rede ou não comunicação entre as instituições?

Pelo contrário, a gente até desconhece [o NEPS]. A gente tem uma relação muito próxima, principalmente dia de hoje, a gente tem uma relação muito próxima com o CIAVE. Muitas vezes a gente tem orientação, na maior parte dos casos de suicídio relacionados a ingestão de substâncias, a gente liga pro CIAVE, aciona o CIAVE, ver as orientações, as informações e... eles muitas vezes orientam em relação ao cuidado que se tem que ter com a vítima, com o paciente. (MED05).

Os cuidados, mais uma vez, são circunscritos ao âmbito fisiológico. “Então, nossa relação com o CIAVE é muito a questão das intoxicações, da questão clínica... Na verdade tudo nosso é voltado à assistência, pro clínico. Se eu te disser que... Eu nunca vi ninguém engajado aqui. Nem nunca me engajei” (ENF07). Diferente dos outros profissionais, esta conhecia o serviço, mas declarou não acionar ou recorrer mesmo.

Não se trata aqui de deslocar a “culpabilização” da ocorrência do fenômeno centrada no indivíduo e seus transtornos para os profissionais de saúde, grupo que tem suas ações amparadas nos sistemas vigentes. Apesar da constatação da projeção de crenças morais e religiosas no regime de trabalho, é preciso questionar a corresponsabilidade dos serviços em que estes estão submetidos. As instituições proporcionam capacitação, momentos de reflexão e acesso às normativas como atividades pertencentes à rotina de trabalho? Alguém monitora os mecanismos da política ou alimenta a sua implementação? Há comunicação entre os serviços? Há comprometimento estatal e/ou institucional em prol do fortalecimento da rede?

Os entrevistados desconhecem as Diretrizes Nacionais e o único serviço especializado na Bahia. O obscurantismo em relação às bases políticas da temática parece ter relação direta com a fragilidade da formação em saúde, desde a graduação, até a não capacitação e ausência de compromisso institucional e estatal. Enquanto não houver vontade política, haverá a prevalência do juízo moral, reconhecido como fator de risco para novas tentativas de suicídio e como elemento subjetivo, que se traduz em muitas linguagens e por essa razão, difícil de ser combatido.

Todas as coordenações negaram qualquer tipo de programa de qualificação na temática do suicídio. Apenas um profissional anunciou que o hospital que trabalha tem um programa de educação permanente e que este setor segue fazendo capacitação perene dos seus trabalhadores. Quando questionado se os projetos contemplam a prevenção do suicídio, o enfermeiro que trabalha nessa organização há anos respondeu de modo confuso: “Nós

tivemos sim. Tivemos uma abordagem. Até o momento que visualizei, teve uma abordagem. Principalmente na época, não sei se é novembro agora...” (ENF01).

Outra entrevistada identificou uma intervenção pontual no “Setembro Amarelo”, campanha de prevenção de suicídio de maior alcance internacional, adotada pelo Ministério da Saúde nos últimos anos: “Esse mês foi o mês amarelo. Qual foi? [...] Setembro. Eu me lembro que botou um cartaz lá na sutura, com alguns tópicos assim falando sobre suicídio, mas tirando isso, não tive nenhum acesso não.” (TEC01). As declarações configuram uma dinâmica de trabalho afastada da temática e de toda a sua complexidade, cuja ignorância tem efeitos incomensuráveis na interação e qualidade do atendimento aos pacientes que tentaram suicídio.

As duas narrativas que destoam das demais, especialmente pela sensibilidade, estão ligadas ou à vivência pessoal ou capacitação. Uma enfermeira reconheceu que a perda de um familiar por suicídio teve impacto positivo sobre a sua atuação profissional:

Eu acho que ajudou bastante. Eu acho que quando você começa a se colocar um pouco no lugar do outro e colocar em prática o que você aprendeu. Você tá aqui pra salvar, mas é o que eu sempre digo, não é só salvar e devolver vida, é devolver bem. É você saber respeitar a individualidade de cada um, o tempo de cada um. [...] você tem que respeitar a vida do outro, o sofrimento do outro. (ENF08).

A experiência de perda por suicídio, aliás, não foi exposta por mais nenhum outro entrevistado. Ninguém mais passou por essa experiência, essa perda não tem influência sobre a atuação ou falamos mais uma vez sobre as interdições do discurso (42)?

Outro modo de sensibilização foi o treinamento, realizado por iniciativa própria, sem apoio institucional. “Tudo que eu busquei nessa área, foi por interesse, digamos, muito mais meu, por lidar e estar sensível ao problema, do que por uma coisa, digamos, de uma sensibilização maior vinda de uma instituição, do governo federal ou qualquer outra instância, entendeu?!” (MED03). Esse profissional marcou a abordagem clínica reducionista, eminentemente biológica, signo do despreparo e pobre instrumentalização dos médicos frente aos casos de tentativa de suicídio:

Eu acho que assim... No caso do médico, médico não especialista, eu acho que carece muito ainda de um treinamento para lidar com isso. Há dois meses atrás eu participei de uma palestra com [...] que é pesquisadora nessa área de suicídio. Justamente ela tava comentando da necessidade de disseminar esse conhecimento, que a tentativa de suicídio é uma emergência médica também, né?! Pra nós médicos, assim, falando da minha categoria, eu acho que a gente não tem as vezes essa percepção real. Eu acho que a gente tem ainda muita dificuldade de lidar no pós. Eu acho que a gente focou muito no aspecto meramente, digamos, médico da coisa assim, entubar, da intoxicação, dar o suporte de vida, essa coisa toda, mas depois a

gente tem ainda uma dificuldade pra lidar com o indivíduo, pra tentar entender... Acho que a gente não se sente muito instrumentalizado. [...] Eu acho que a gente não tem essa instrumentalização, essa qualificação [...] os pacientes se sentem muito constrangidos. Eu acho que a gente tem muita dificuldade pra lidar com isso por falta... talvez acho que de treinamento mesmo... específico pra lidar. (MED03).

A procura pessoal por qualificação relança uma pergunta: de quem é a responsabilidade pela capacitação? Apesar de, em âmbito federal haver um projeto – desde 2014 foram capacitados por volta de 2000 profissionais e ter uma próxima turma prevista pra 2018, para treinamento com outros 1500 profissionais da RAPS (10) – isso é insuficiente para pensar na dimensão do SUS, na demanda temática e, principalmente, no despreparo/inaptidão dos profissionais da emergência. Estes são responsáveis não apenas pelo primeiro atendimento após uma tentativa de suicídio como, frequentemente, se configuram como pontos de amarração e vinculação com a rede de saúde.

É um dado que, pra quem faz emergência hoje em qualquer unidade do país, você tem sempre esses casos que chocam e como eu falei inicialmente, são despercebidos pela sociedade como uma necessidade de uma ação mais efetiva por parte dos profissionais de saúde, por isso que a psicologia e a psiquiatria têm um papel importante. Tanto pelo próprio sistema de saúde. Hoje a gente tem um sistema de saúde que tem uma série de carências grandes pra quem quer viver, pra quem não quer viver... então, você fica realmente extremamente desapontado porque isso não é levado com a importância que tem para a sociedade. (MED04).

A crítica ao sistema de saúde veio atrelada à precariedade generalizada, notadamente agravada entre aqueles que rompem com a normatividade vital. O olhar político sobre a prevenção de suicídio engloba outras estratégias e medidas além das exploradas, como sugeriu um profissional:

Na época do chumbinho, todo mundo que queria se matar tomava chumbinho. Isso é um caso de saúde pública grave! A gente não pode tá deixando circular um veneno pra rato e vendo várias pessoas tentando se suicidar com o mesmo veneno, entendeu?! Então assim, realmente tem que tomar medidas de saúde pública e eu acho que tem que estar monitorado mais de perto cada pessoa. (MED05).

O não entendimento, preparo e qualificação dos profissionais indica, primeiramente, repercussões nocivas, quando não fatais, na atenção aos pacientes que tentaram suicídio. Secundaria e dialogicamente, esses aspectos denunciam o tabu em torno do tema.

O silêncio proposto sobre o tema é visto como meio de ocultar as fugas, ruptura de ritmo de vida muitas vezes imposto, que poderiam sugerir para uma sociedade medicalizada e ordenada a possibilidade da descontinuidade, da finitude e da fragilidade da vida, características abafadas da medicalização. (2, p.21).

Validado pelo discursivo preventivo, um médico replica a voz da biopolítica em sua face articulada com o desenvolvimento produtivista do capitalismo:

Às vezes você tem pessoas que querem se suicidar que é um período da vida que ele tá passando, que ele pensa em algum momento em se matar e muitas vezes ele tenta se matar de fato. Mas assim, se ele fosse acompanhado por um profissional, talvez a gente teria uma pessoa que tava tentando se matar, uma pessoa produzindo pra sociedade né?! (MED05).

Entendendo a saúde pública como um modo privilegiado do Estado na garantia de governo e gestão “produtiva” das populações (90), o silenciamento – otimizado pelos instrumentos e saberes psicofarmacológicos e das neurociências (5) – acompanhado pelo não funcionamento da pouca articulação política que existe, nos leva ao ditame “fazer viver e deixar morrer”. Ao mesmo tempo em que se trava uma luta contra o fenômeno (em micro e macro dimensões) que aparentemente foge do controle estatal, há uma incitação ao suicídio como estratégia do próprio Estado (43). “Foucault falará de um poder de morte ou de estratégias que se validam num processo de regularização por exclusão.” (90, p.90). Por indução e, principalmente por negligencia, não seria o fenômeno do suicídio alimentado como tática da biopolítica?

Afirmar que uma vida pode ser lesada, por exemplo, ou que pode ser perdida, destruída ou sistematicamente negligenciada até a morte é sublinhar não somente a finitude de uma vida (o fato de que a morte é certa), mas também sua precariedade (porque a vida requer que várias condições sociais e econômicas sejam atendidas para ser mantida como uma vida). (95, p.31)

Como modo de resistência e avanço, a capacitação dos profissionais se faz imperativa. Os treinamentos seriam formas de implicação do Estado e gestores na proteção (73) e realização de uma busca ativa de necessidades e demandas da população vulnerada (77). A estratégia de treinamento precisa ser pensada para além da transmissão de um conhecimento técnico, requer troca, escuta, diálogo, etc. O diálogo só existe, segundo Flor do Nascimento (120), quando há disposição e disponibilidade de se deixar desconstruir pelo outro. De forma distinta, será uma reprodução colonizável com negação da alteridade.

Como agentes de diálogo e não de práticas colonizáveis, os profissionais tendem a potencializar a ressignificação ou desconstrução de certezas morais, respondendo de modo mais ampliado aos conflitos existentes. A capacitação é, dialeticamente, uma possibilidade de criar novos conhecimentos, abordagens e afetos acerca do fenômeno do suicídio e uma forma micropolítica de enfrentamento das condições desfavoráveis em que os indivíduos com

risco/tentativa de suicídio se encontram, com fim de reverberar ações mais eticamente comprometidas e, conseqüentemente, ações mais protetivas, como preconiza a Bioética de Proteção.

De encontro ao tecnicismo, do saber fragmentado, da medicalização, da moralidade, do silenciamento, do estigma e discriminação, alguns profissionais clamam por uma nova forma de olhar, de mobilizar os afetos e equipe via conteúdos consistentes e saberes conectados:

Eu acho válido ser abordado, ser discutido, ser implementado nos hospitais. Porque não é só a psicologia, é a equipe toda que precisa tá diante daquele paciente pra poder abordar da maneira certa, correta. Não é só o tratamento clínico, fazer aquilo ali e pronto. Tem a parte psicológica do paciente. Eu acho que a equipe toda tem que estar envolvida com isso. (ENF03).

Uma entrevistada apontou os furos das sua formação em saúde, ao passo que trouxe sugestões de enfrentamento e aprimoramento na capacitação:

Eu acho que é muito fragilizado a questão da formação, sabe assim?! Primeiro do quê... A primeira coisa, da forma como abordar, depois de você identificar, até pra ter condutas imediatas. [...] acho que as formações agregassem, não só a formação de condutas clínicas, mas as aulas de psiquiatria, saúde mental, de ética, de tudo que a gente vivenciou. Eu acho que as pessoas precisam ter uma formação, trabalhar melhor, sabe?! Eu acho que a gente consegue prevenir também quando a gente trabalha bem nas escolas né?! E a gente não vê... A gente vê muito, por exemplo, nas escolas de ensino médio falando muito sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, mas pouco se fala sobre prevenção de suicídio. As pessoas parecem que tem pudor de falar, de divulgar [...] As pessoas tem tabu de falar, tem receio de falar com relação ao suicídio, né?! A gente vê quando a gente recebe paciente aqui. “Ah foi?” “Abafa!” Não gente, não é assim. A gente tem que falar. Tem que conversar. Foi, foi tentativa de suicídio, ingeriu tal coisa. Vamos chamar a equipe de psicologia, vamos chamar a equipe de psiquiatria. Essa pessoa precisa de acompanhamento e vamos respeitar. [...] As pessoas não respeitam e não entendem o que é saúde mental. Porque assim, se ele tentou é porque ele não está bem. (ENF08).

Essa fala resume métodos de prevenção como debates e discussões em torno da temática do suicídio desde a escola, atenta para abordagens técnicas aos pacientes que podem/devem ser trabalhadas na formação universitária através de disciplinas eticamente comprometidas, assinala a necessidade de conversas naturalizadas sobre o assunto no hospital, etc. Algumas sugestões trazidas por essa e outros profissionais convergem com as diretrizes apontadas pela OMS (58). Há reconhecimento da necessidade de mudanças, há referências de amparo técnico; por que não há transformação?

Contra o silêncio absoluto, essa enfermeira convoca esforços de sensibilização, novas formas de ser afetado pelo fenômeno e ressignificação de conceitos que alicerçam o suicídio,

especificamente, a saúde mental. Há, na sua fala, um descolamento da doença/transtornos mentais para o eixo da saúde mental. “A saúde exige uma experiência na qual a capacidade de ultrapassar normas vigentes, de afirmar o que aparece como anômalo, assim como o poder de instituir novas normatividades, sejam fenômenos internos às dinâmicas sociais e políticas.” (79, p.435).

Essa compreensão rompe com as grades da perspectiva medicalizante: aposta em outras saídas que não a medicalização ou institucionalização do cuidado – de serviços que inclusive, estão superlotados, que inserem os pacientes de acordo com a gravidade do caso, ou seja, a sua inclusão normalmente acontece depois da tentativa de suicídio, impedindo um trabalho de prevenção primária. Essa compreensão impulsiona ainda, a exploração da rede sócio afetiva dos indivíduos e da rede de saúde, ampliando os itinerários terapêuticos e modos de cuidado, respeitando a individualidade, abarcando, entre outras coisas, o Projeto Terapêutico Singular e a Clínica Ampliada, preconizadas pela Política Nacional de Humanização (137), etc.

Destarte, o julgamento clínico adequado passa por um conhecimento técnico e sensível, pela compreensão e contextualização do risco de suicídio – história de cada paciente, relação entre os elementos que compõem o risco, fatores de proteção e identificação dos sinais de alerta sobre o risco iminente (21) e ainda, pela aplicação prática e coerente desse conhecimento. “Para serem efetivos, os serviços de saúde devem ser percebidos como acessíveis, atrativos e não estigmatizantes” (65, p.24).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão dos profissionais da saúde acerca das motivações e causas que levam alguém ao suicídio aponta para a contradição discursiva existente na literatura. Apesar da relevância da multifatorialidade, os médicos foram mais taxativos na explicação psicopatológica e adesão biologicista. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem ressaltaram outras motivações, no entanto, ao longo das narrativas, imprimiram etiquetas nosográficas, singularmente a depressão, sob as vivências humanas de sofrimento.

Consensualmente, os entrevistados identificaram as tentativas de suicídio como modo de chamar atenção. A dimensão do apelo foi interpretada como manipulação, especialmente nos casos de reincidência. Estes sofrem mais descrédito: a equipe acumula a carga de rejeição, desacredita no comportamento e risco suicidas, reforçando condutas inadequadas. Esses pressupostos anunciam a reprodução de um grave mito sobre o comportamento suicida, o peso moral do ato, ao mesmo tempo em que denuncia desconhecimento ou negligência de dois importantes dados: a ambiguidade entre o desejo de viver e morrer e a tentativa de suicídio como principal fator de risco para o suicídio.

A percepção dos profissionais acerca do fenômeno projeta representações do tripé histórico do estigma do suicídio, alicerçado na loucura, no crime e no pecado. Paralelamente, as tentativas são apreendidas como eventos amparados na noção de intencionalidade, resultantes de uma escolha. Por essa razão, esses pacientes perdem a credibilidade, o sentimento de empatia por parte da equipe e, conseqüentemente, um atendimento sensível e adequado ao seu itinerário terapêutico clínico e político.

O paciente que tenta ou consuma o ato suicida retira do hospital e do Estado o agenciamento da vida, confrontando o poder e o saber dessas instituições. As reações são validadas pelo sentimento partilhado da equipe de inadequação profissional e sensação de afronta, desencadeando: comedimento do cuidado ao nível mínimo, brincadeiras jocosas, negligência, ofensa direta ou indireta, hostilidade, sanções, ou ainda, mensagens de ânimo e incentivo, entre outras formas de violência institucional. A missão de salvar vidas é, contraditoriamente, escoltada por situações que empurram o sujeito para um desamparo ainda maior. Por esse ângulo, não podemos avançar demasiadamente na discussão sobre a autonomia do sujeito face ao suicídio, se impomos vulnerabilidades, induzimos a morte e ofertamos inexpressivas possibilidades de saídas.

Houve um choque enunciativo a respeito da convocação e/ou diálogo com os profissionais, equipes e serviços especializados. O desencontro de informações e declarações aponta para um recurso existente, utilizado de forma autônoma por cada sujeito, notadamente em função do conhecimento/desconhecimento dos setores de psicologia e psiquiatria. O trabalho interdisciplinar não aparenta ser uma prática institucionalizada e/ou divulgada pela gestão hospitalar. A mesma lógica se aplica ao encaminhamento: enquanto uns profissionais tomam para si a responsabilidade desse procedimento, outros se referem a este sem garantia de atendimento, dão nomes de instituições aos usuários sem consulta marcada ou acolhimento assegurado. Por último, alguns sinalizam que o atendimento emergencial é pontual, sem trabalho de rede e controle sobre os passos subsequentes – oportunidades perdidas para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento.

Quando investigado o conhecimento da política ou articulações políticas a respeito do suicídio, as falas dos profissionais se caracterizam pela ignorância e desconhecimento. Nenhum entrevistado teve acesso às Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio; nenhum hospital tem/teve qualquer projeto de capacitação sobre suicídio. Esse cenário denuncia a falta de comunicação, do não monitoramento da gestão institucional e estatal, a falta de vontade política para o fortalecimento da rede, etc. A dinâmica do trabalho apartada da temática e toda a sua complexidade reflete uma pobreza instrumental técnica e ética na interação com os pacientes em questão – reflexo do tabu social em torno do assunto e sua ocorrência. Os trechos revelam a hegemonia da moralidade como orientadoras das condutas, simultaneamente ao estabelecimento da resignação e silêncio perante o tema e seus dilemas.

É possível afirmar que os objetivos foram cumpridos. Em relação ao objetivo geral, foi investigado a partir dos referenciais da Bioética de Proteção e da Biopolítica, como as moralidades correntes dos profissionais interferem em suas condutas no acolhimento, cuidado e tratamento aos pacientes que tentaram suicídio e, como isso impacta negativamente sobre as ações e articulações políticas da temática. A postura dos profissionais, a negligência da gestão, o desconhecimento da política, a perspectiva medicalizante, a ausência de programas de capacitação, a fragilidade e incomunicabilidade da rede, etc., corrobora com a hipótese desse trabalho: a partir da premissa de que há uma soberania que define quais vidas deverão ser investidas e quais deverão ser enfeitadas, as políticas públicas se colocam, ou melhor, são colocadas (também) a serviço da inviabilização de certas condições de existência. Temos um cenário político-social, em especial uma rede de saúde, que potencializa o risco de suicídio, ao invés de preveni-lo.

Os limites do presente trabalho são circunscritos por, pelo menos, quatro núcleos: 1) o território do campo ficou restrito aos hospitais gerais e estaduais na cidade de Salvador, que não, infalivelmente, projeta o funcionamento da rede de saúde e saúde mental no Brasil; 2) as categorias profissionais contempladas não representam, necessariamente, os outros especialistas em saúde, que podem ter formações discrepantes das apresentadas; 3) As entrevistas se restringiram ao campo da emergência e profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento após a tentativa de suicídio, excluindo outros domínios, conseqüentemente, informações acerca dos atendimentos secundários, terciários ou mesmo, anteriores à internação. Entrevistar trabalhadores de outros setores e serviços, como enfermarias, rede básica, saúde da família, ambulatorios, hospitais psiquiátricos, CAPS, etc., certamente traria uma perspectiva mais ampliada da concepção e funcionamento da rede. 4) Por fim, o curto tempo do mestrado, especialmente do campo, restringiu as possibilidades de aprofundamento e articulações teórico-políticas do trabalho.

Em contrapartida, a força dessa pesquisa diz respeito a uma leitura insólita acerca do suicídio. Usualmente este fenômeno é tomado pela perspectiva unívoca individual do transtorno mental, em raros casos, pelo seu oposto, como fato social. Ambas, sem integração do contexto cultural e narrativas particulares. A tentativa de despatologizar o suicídio, sem deixar de reconhecer as estatísticas e possíveis transtornos e diagnósticos envolvidos, é uma forma de: a) descolonizar processos iatrogênicos e violentos da medicalização; b) pensar como a subjetividade e política estão atravessadas e são indissociáveis; c) ampliar os modos de cuidado e prevenção, etc. Por entender que o suicídio se localiza entre os processos de subjetivação, sempre singulares e as condições sociopolíticas ofertadas ao sujeito, a contribuição desse trabalho diz respeito à necessidade de um olhar clínico político, ou ainda, a uma convocação à politização desde a nossa experiência.

A teoria, apesar de ter potencializado a decifração do campo, teve um entrave do ponto de vista bioético em função não apenas da escassez de trabalhos temáticos na área, sobretudo, na impossibilidade de uma única corrente bioética dar conta da magnitude dos conflitos éticos em torno do suicídio. A Bioética de Proteção foi central por contemplar conceitos baluartes da dissertação, como a medicalização, a proteção, autonomia, vulnerabilidade – cuja leitura conceitual via vulneração contribui formidavelmente para a pesquisa – o diálogo com a biopolítica, etc. No entanto, por insuficiência instrumental houve a necessidade de integrar e dialogar correntes e leituras bioéticas, superando o escopo da Bioética de Proteção; inclusive a partir de autores e argumentos que superaram pontos já estruturados do saber bioético, delineando o trabalho como interdisciplinar.

Destarte, a relevância de entrevistar os profissionais da saúde a partir das lentes da bioética e biopolítica diz respeito à ruptura do tabu que sustenta as práticas profissionais: retira e/ou relativiza as máscaras da moralidade, gera e autoriza meios de enfrentamento mais ampliados e humanizados, por fim, valida o fenômeno do suicídio como um problema de saúde pública mundial e, por essência, de sofrimento humano. Tornou-se evidente a necessidade do tecnicismo, reducionismo terapêutico e moralidade serem metamorfoseados em conhecimento, capacitação e sensibilização, oriundos não apenas de práticas clínicas mais ampliadas, mas de ofertas desde o período escolar, potencializado nas graduações em saúde, e por fim, em projetos de treinamento ofertados pelo SUS. É preciso ainda, apostar em uma Política Nacional de Prevenção do Suicídio, como modo de compromisso/garantia de fortalecimento da assistência, agenda de pesquisa, estrutura, avaliação, responsabilidade, provisão de cuidado via serviços e recursos humanos.

REFERÊNCIAS

1. Flor do Nascimento W. Diferença, poder e vida: perspectivas descoloniais para a bioética. In: Coordenação de Dora Porto, Volnei Garrafa, Gerson Zafalon Martins e Swenderberger do Nascimento Barbosa. *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. 1ª ed. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB; 2012. p.153-170.
2. Lopes FH. *Suicídio e Saber Médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.
3. Lopes FH. Reflexões históricas sobre os suicídios: saberes, biopolítica e subjetivação. *ArtCultura*, Uberlândia, 2012;14(24):185-203.
4. Barreira MM. Suicídio como autodeterminação da cidadania perante o Estado. *Ver. Bioét.* (Impr.). 2017;25(2):301-10.
5. Birman J. “Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade”, *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, 2014;(17):23-37. [Acesso em 15 de julho de 2016]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3765/376534592003.pdf>
6. Oliveira C. Luto, subjetivações e biopolítica contemporânea. In: Oliveira, C. & Müller, R. R. (orgs.). *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Contracapa, 2017. p.99-119.
7. Mbembe A. Necropolítica. *Arte & Ensaios | revista do ppgav/eba/ufRJ* | 2016;32:123-151.
8. World Health Organization, Preventing Suicide. A global imperative. 2014. [acessado em 15 de nov de 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
9. Organização Mundial de Saúde/SUPRE, *Prevenção do Suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Depart. de Saúde Mental, Genebra, 2000. [Acesso em 26 de maio de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/7/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Suicídio. saber agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 48, nº 30 – 2017. [acessado em 10 de out 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>
11. Bertolote JM. *O suicídio e sua prevenção*. 1ª ed. São Paulo: Editoria Unesp (Saúde e Cidadania), 2012.
12. Vidal CE, Gontijo E, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013;29(1):175-187.

13. Minayo MC. A auto-violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1988;2(14):421-428.
14. Minayo MC. Suicídio: violência auto-infligida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. [Acesso em 17 dez de 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf
15. Bessoni E. Suicídio: olhares sobre bioética, direitos humanos e políticas públicas. 19 de Setembro de 2017. Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes. Brasília: FIOCRUZ, 2017.
16. Botega NJ, Barros M, Oliveira HB, Dalgalarrodo P, Marinleón L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005;27(1):2-5.
17. Carvalho-Rigo S. Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. 1ª ed. Brasília: CFP, 2013. p.30-42.
18. Daolio E, Silva JV. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. *BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo*, 2009;3(1):68-76.
19. Marquetti F. *O Suicídio como Espetáculo da Metrópole: cenas, cenários e espectadores*. 1ª ed. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.
20. Minayo MC. *Minicurso de Pesquisa Qualitativa em Saúde – Jornada do Conhecimento*. Universidade de Brasília (FS/UnB). Março, 2016.
21. Montenegro B. *O julgamento clínico do risco de suicídio*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Brasília: Universidade de Brasília, 2012. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13486/1/2012_BeatrizMontenegroFrancodeSouzaParente.pdf
22. Netto NB. Curso “Suicídio, Saúde Mental, Trabalho e Educação: reflexões a partir do materialismo histórico dialético”. Universidade Federal da Bahia. Abril, 2017.
23. Seminotti EP, Paranhos ME, Thiers VO. Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados. *O portal dos psicólogos*, 2006. [Acesso em 03 de ago de 2017] Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0297.pdf>
24. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 2006;3(37):213-220.
25. Brasil. Ministério da Saúde, *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas, 2006. [acesso em 29 ago 2017]. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

26. Organização Mundial de Saúde/SUPRE, Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Depart. de Saúde Mental, Genebra, 2000. [acesso em 08 set 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf
27. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
28. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2010;(32):87-95.
29. Illich I. A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Editora Nova Fronteira, 4ª edição. Rio de Janeiro, 1981.
30. Benevides H. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Valdemar Augusto Angerami Camon, organizador. Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica. 2a Ed. Ver e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2011. p.145-241.
31. Ismael SMC. Apresentação. In: Silvia Maria Cury Ismael, organizadora. A Prática Psicológica e sua interface com as doenças. 2a.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.13-15.
32. Carvalho-Rigo S. Webpalestra: Aspectos técnicos e éticos na abordagem da pessoa em risco de suicídio. TelesaudeBA, 2017.
33. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaardnielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. Lancet, 2000;355(9197):9-12.
34. Arbex D. Holocausto Brasileiro. – 1.ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 3.088, de 23 dezembro de 2011. [acessado em 12 de dez 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
36. Buscioli S. Narrativas acerca da tentativa de suicídio: considerações sobre a prevenção no contexto da saúde pública. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2012. Disponível em: <http://www.ppp.uem.br/?p=596>
37. Mateus MD. (org). Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. [acesso em 13 de set de 2016]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf
38. Vidal CE, Gontijo E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2013;21(2):108-14.
- 39- Kutcher S. & Chehil, S. Manejo do risco de suicídio: Um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.

40. Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio. Ações de cuidado e tentativa de suicídio: é possível? Roda de conversa proposta pelos usuários do NEPS-CIAVE. Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, 2017.
41. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada/ Erving Goffman: [tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes]. – 4.ed [reimpr.]. – Rio de Janeiro: LTC, 2008.
42. Foucault M. A ordem do discurso. Edições Loyola Jesuítas. 21ª edição. São Paulo, 2011.
43. Guillon C, Le Bonniec Y. Suicídio – modo de usar. Tradução de Maria Ângela Villas. São Paulo: ENW editores Ltda, 1984.
44. Tavares M. Suicídio: O luto dos sobreviventes. In: Conselho Federal de Psicologia Suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília, 2013.
45. Albuquerque A. Direitos Humanos dos Pacientes. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 2016.
46. Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes. Relatório sobre Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio no Brasil. Setembro, 2017. [Acesso em set de 2017]. Disponível em:
<http://www.observatoriopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/09/Relatoria-Observat%C3%B3rio-Paciente-em-Risco-de-Suic%C3%ADdio.pdf>
47. Kovács MJ. Revisão Crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. Revista Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo, SP, 2013;15(3),69-82.
48. Carvalho-Rigo S. A morte pode esperar? Clínica Psicanalítica do Suicídio. 1ed.- Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.
49. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. Rev. bioét. (Impr.), 2015; 23(2):419-26.
50. Cavalcante F, Minayo MC, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DDM, Conte M, Figueiredo AEB, Grubtis S, Cavalcante ACS, Mangas RMN, Vieira L, Moreira G. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. Cien Saude Colet 2012;17(8):2039-2052.
51. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. Psychiatr Serv, 2010;61(12):1183-91.
52. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. Psychol Med. 2005;35(10):1457-65.
53. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidologi. 2002;7(2):6-8.

54. Teng CT, Pampanelli MB. O suicídio no contexto psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador-Bahia. 2015;02(01):41-51.
55. Werlang BG, Macedo MM, Krüger LL. Perspectiva Psicológica. In: Neury Botega, & Blanca Werlang (Org.). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.45-58.
56. Tavares M. Validade Clínica. *Psico-USF*, 2003;8(2):125-136.
57. Jucá V. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. *Ciências & Saúde Coletiva*, 2005;10(3):771-779.
58. Organização Mundial de Saúde. *Ação de Saúde Pública para a Prevenção de Suicídio: uma estrutura*. Genebra, 2012. [Acesso em 12 de abril de 2017]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>
59. Junges R. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2009;29(13):285-98.
60. Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira/ Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção de geral de Jayme Salomão*. – Rio de Janeiro: Imago, 1996.
61. Marx K. *Sobre o suicídio*. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2006.
62. Silva GW. *Existências Dissidentes e Apagamentos: fatores associados à ideação suicida em pessoas transgêneros*. Dissertação de Mestrado. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22608>
63. Mayer L, McHugh P. Sexuality and gender – finds from the biological, psychocological, and social sciences. *The New Atlantis – a journal of technology and society*, 2016. [acessado em 23 de Dezembro de 2017]. Disponível em: <https://www.thenewatlantis.com/publications/executive-summary-sexuality-and-gender>
64. Minayo MC, Cavalcante FG. Tentativa de suicídio entre idosos: revisão de literatura (2002-2013) *Cien Saude Colet* 2015;20(6):1751-1762.
65. Organização Mundial de Saúde/SUPRE, *Prevenção do Suicido: um manual para professores e educadores*. Transtornos mentais e comportamentais. Depart. de Saúde Mental, Genebra, 2000. [Acesso em 27 de março de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf
66. Organização Mundial de Saúde/SUPRE, *Prevenção do Suicido: um manual para profissionais da mídia*. Transtornos mentais e comportamentais. Depart. de Saúde Mental, Genebra, 2000. [Acesso em 26 de maio de 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf

67. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 1.876, de 14 de Agosto de 2006. [acesso em 29 ago 2017]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
68. Brasil. Ministério da Saúde, Protocolo samu 192 – Suporte básico de vida. Brasília/ DF, 2014. [acessado em 15 de dez 2017]. Disponível em:
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>
69. Coloma C. Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília: CFP, 2013.
70. Abrasco. Crise de suicídios indígenas no Brasil: o que nós sabemos sobre a psicologia indígena? 19 de janeiro de 2018. [acessado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/crise-de-suicidios-indigenas-no-brasil-o-que-nos-sabemos-sobre-psicologia-indigena/32846/>
71. Arreguy EE, Schramm F. Bioética do Sistema Único de Saúde: uma análise pela bioética de proteção. *Revista Brasileiro de Cancerologia*, 2005;51(2):117-123.
72. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017;22(5):1531-1538.
73. Schramm FR. Bioética de proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética* 2008.16 (1):11–23.
74. Schramm FR. Acerca da moralidade do suicídio. *Revista Lugar Comum*, 2012;31:193-203.
75. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. *Bioética, Riscos e Proteção*. Editora UFRJ/ Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.
76. Daolio E. Suicídio: tema de reflexão bioética. *Rev bioét (Impr.)* 2012;20(3):436-41.
77. Lorenzo C. A Modernidade e a Agonia da Clínica. *Revista Pré-Textos*, 2002;7:33-41.
78. Holanda M. Bioéticas e Dignidade Humana. III Jornada de Bioética do Distrito Federal: Dignidade Humana em Debate. Faculdade de Ciências da Saúde, UNB. Outubro, 2016.
79. Safatle V. *O circuito dos afetos*. 1ª ed. São Paulo: Cosac Naify, 2015.
80. Cabrera J. *A ética e suas negações – não nascer, suicídio e pequenos assassinatos/ Julio Cabrera*. – [2.ed.]. – Rio de Janeiro: Rocco, 2011.
81. Salas AA. La medicalización del suicídio: um dilema bioético. *Revista de Bioética y Derecho*, 2011;22:24-35.
82. Flor do Nascimento W. Pensando a escola: entre a formação e a liberdade. *Revista Sulamericana de Filosofia e Educação RESAFE*, 2007;6/7:76-100.

83. Foucault M. Direito de morte e poder sobre a vida. In: História da Sexualidade I – a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 17ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988. p.145-174.
84. Foucault M. Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. 8ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
85. Foucault M. Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
86. Junges R. Bio poder/biopolítica. [acessado em 23 de dez 2017]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/262829971/Biopoder-Biopolitica-Junges>
87. Santos AV. Curso Suicídio e Medicalização: efeitos do reducionismo biológico e da vida mercantilizada. In: I Simpósio Norte Nordeste de Prevenção e Pósvenção de Suicídio, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.
88. Flor do Nascimento W, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. Saúde Soc. São Paulo, 2011;2(20):287-299.
89. Flor do Nascimento W. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade. Tese (Doutorado em Bioética). Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7898>
90. Caponi S. Biopolítica: entre as ciências da vida e a gestão das populações. In: Coordenação de Dora Porto, Volnei Garrafa, Gerson Zafalon Martins e Swenderberger do Nascimento Barbosa. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB; 2012. p.87–108.
91. Caponi S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: organização Sandra Caponi ... [et al.]. A medicalização da vida como estratégia biopolítica. São Paulo, SP: LiberArs, 2013. p.103-122.
92. CPI Relatório Final: Assassinato de Jovens. Relator Senador Lindbergh Farias. 2016. [acessado em 02 de nov 2017]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2016/06/08/veja-a-integra-do-relatorio-da-cpi-do-assassinato-de-jovens>
93. IPA & Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas de Violência. Rio de Janeiro, 2017. [acessado em 10 de nv 2017]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf
94. Anistia Internacional. Você matou meu filho – Homicídios cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015. [acessado em 12 de dez de 2017]. Disponível em: https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Voce-matou-meu-filho_Anistia-Internacional-2015.pdf

95. Butler J. Quadros de guerra – Quando a vida é passível de luto? Tradução Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha; revisão de tradução de Marina Vargas; revisão técnica de Carla Rodrigues. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
96. Agamben G. Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I. Tradução de Henrique Burigo. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
97. Nascimento GS. Nas sombras da contemporaneidade: da biopolítica à tanatopolítica. Dissertação de Mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2012. Disponível em:
https://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/10660/Germana_dissert.pdf?sequence=1&isAllowed=y
98. Lima L. Bases Clínicas e Discursivas do Normal e do Patológico nos Regimes de Vida e Morte. In: VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental/ XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2016 – João Pessoa. Anais: A questão da Qualidade do Método Clínico – Mesa 85, 2016. [Acesso em dez de 2016]. Disponível em:
<http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/VII%20CONGRESSO/ANAIS/Mesas%20redondas/85.3.pdf>
99. Birman J. Arquivo da biopolítica. In: Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea./ Maria Andrea Loyola (Org.) – Rio de Janeiro: Associação brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Brasília: Letras Livres, 2005.
100. Freitas F, Amarante PA. Medicalização em Psiquiatria. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
101. Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. 2.ed.. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
102. Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.
103. Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. 1ª ed. São Paulo: Boitempo (Estado de Sítio), 2015.
104. Burkle T. Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM. Dissertação de mestrado – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<https://pt.scribd.com/document/315062456/UMA-REFLEXAO-CRITICA-SOBRE-AS-EDICOES-DO-MANUAL-DE-DIAGNOSTICO-E-ESTATISTICA-DAS-PERTURBACOES-MENTAIS-DSM>
105. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª ed. Washington: APA, 2013.
106. Canguilhem G. O normal e o patológico. Tradução dos posfácio de Carvalho Barrocas; revisão técnica de Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Pierre Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

107. Berlinguer G. A Doença. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.
108. Durkheim E. O suicídio: estudo de sociologia. Tradução: Mônica Stahel. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
109. Jornalistas Livres. Médica notifica suicídio de Cancellier como acidente do trabalho, provocado por assédio moral insuportável. 02 de dezembro de 2017. [acessado em 04 de dez de 2017] Disponível em:
<https://jornalistaslivres.org/2017/12/exclusivo-suicidio-do-reitor-cancellier-foi-notificado-como-acidente-do-trabalho-provocado-por-constrangimento-moral-insuportavel/>
110. Moretto L, Svartman B, Freller C, Massola G, Crochik JL, Silva PF. O suicídio e a morte do narrador. *Psicologia USP*, 2017;2(28):159-164.
111. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>
112. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014. [Acessado em 15 de julho de 2017]. Disponível em:
https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf
113. Macedo MM, Werlang BS. Trauma, Dor e Ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Àgora (Rio de Janeiro)*, 2007;1(10):89-106.
114. Fukumitsu KO. UOL. Editora Daniela Carasco. 15 de Novembro de 2017. [Acessado em 03 de dez de 2017. Disponível em:
<https://estilo.uol.com.br/comportamento/noticias/redacao/2017/11/15/viver-sem-sofrer-e-uma-utopia-diz-especialista-em-suicidio.htm>
115. Netto NB. Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Brasília: CFP, 2013. p.15-24.
116. Birman J. O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
117. Birman J. Tatuando o Desamparo: a juventude na atualidade. In: Cardoso, MC. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo: Escuta, 2006, p. 25-43. [Acesso em 26 nov de 2017]. Disponível em: <https://chasqueweb.ufrgs.br/~slomp/edu01011/birman-tatuando-o-desamparo.pdf>
118. Mbembe A. Crítica da razão negra. Tradução Marta Lança. Lisboa, Portugal: Antígona Editores Refractários, 2014.

119. Hilário LC. Da Biopolítica à Necropolítica: Variações Foucaultianas na Periferia do Capitalismo. *Sapere aude – Belo Horizonte*, 2016;12(7):194-210.
120. Flor do Nascimento W. Conferência: A colonialidade da vida e suas implicações para a bioética. Faculdade de Ciências da Saúde, UNB. Maio, 2016.
121. Han B. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. 1ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
122. Ventura D. Direito Global à Saúde. In: VII Congresso Ibero-Americano de Direito Sanitário e XIII Seminário Internacional de Direito Sanitário – Direito à Saúde em Estados Democráticos: Desafios Contemporâneos. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP, Outubro/2017.
123. Eliacheff C, Larivière DS. *Le temps des victimes*. Éditions Albin Michel. Paris, 2006.
124. Carvalho-Rigo S. Por que o suicídio não provoca compaixão? Simpósio Latino-americano de Prevenção ao Suicídio. Belo Horizonte, 2015.
125. Dunker CIL. *Reinvenção da intimidade – Políticas dos sofrimento cotidiano*. 1ª ed. São Paulo: Ubu Editora, 2017.
126. Artaud A. *Van Gogh o suicidado pela sociedade*. 1ª edição. Assirio & Alvim, Rio de Janeiro, 2004.
127. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.
128. Lima AC, Magalhaes CS, Assis SM, Costa E, Silva SH. O desafio do conhecimento. *Revista Eletrônica Inter- Legere*, 2014;14:1-8.
129. Minayo MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6.
130. Nietzsche, F. *Além do bem e do mal ou Prelúdio de uma filosofia do futuro*. [livro online] Tradução: Márcio Pugliesi. Curitiba: Hemus S.A., 2001. [acesso em 02 de jan 2018]. Disponível em: https://neppec.fe.ufg.br/up/4/o/Al__m_do__Bem_e_do_Mal.pdf
131. Kehl MR. *Sobre ética e psicanálise*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
132. Ranjan R, Kumar S, Pattanayak RD, Dhawan A, Sagar R. (De-) criminalization of attempted suicide in India: A review. *Ind Psychiatry J*, 2014;23(1):4–9.
133. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia do mercado. *Revista Bioética*, 2005;1(13):111-123. [Acesso em 15 de abr de 2016]. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/96/91
134. Maria de Paula C, Capitão C. O campo da relação médico-paciente: quando a violência é revelada na prática médica. In: *As faces da Violência: aproximações, pesquisas e*

reflexões./ Rita Aparecida Romaro, Claudio Garcia Capitão (organizadores) – 1ª edição – São Paulo: Vetor, 2007.

135. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012. [acessado em 15 de dez 2017]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

136. Lima L, Carvalho-Rigo S, Tavares C, Bastos F. A clínica do suicídio no contexto hospitalar: relato de experiência. VI Jornada Baiana de Psico-Oncologia e IX Fórum Baiano de Psicologia Hospitalar. Salvador, 2014.

137. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Qual a sua impressão geral sobre as condições e/ou motivações que levam pessoas a tentar suicídio?
2. O(A) Senhor (a) já atendeu algum caso de tentativa de suicídio? Como foi a abordagem?
3. Tendo a condição física de ameaça à vida controlada, quais as condutas importantes no atendimento após a tentativa de suicídio? O(A) Senhor(a) já presenciou alguma conduta inadequada?
4. Considerando que o valor maior da ordem médica é lutar pela vida, o fato de alguém atentar contra ela pode levar a uma espécie de condenação moral por parte dos profissionais de saúde? Gostaria que O(A) Senhor (a) justificasse porque sim, ou porque não.
5. O(A) Senhor (a) vê diferenças entre o paciente que é atendido em sua primeira tentativa e aquele que retorna à emergência com frequência por tentativas múltiplas? O encaminhamento e a abordagem devem ser diferentes nesses dois casos? Poderia explicar?
6. Dadas as diferenças que podem existir entre as diversas formas de tentativas de suicídio e perfis de pacientes, o senhor distinguiria fragilidades e necessidades específicas na abordagem a esses sujeitos?
7. No ano de 2006 foram publicadas as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, O(A) Senhor (a) tem conhecimento se elas vem sendo utilizadas por alguma equipe de emergência? Conhece algo do seu conteúdo?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Bioética

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Moralidades Correntes sobre Suicídio em Unidades de Saúde e seu Impacto na Assistência: Uma análise na perspectiva da Bioética de Proteção” sob a responsabilidade dos pesquisadores Luana Lima Santos Cardoso e Wanderson Flor do Nascimento (orientador do mestrado). O valor desse estudo diz respeito à reflexão ética, moral e discursiva subjacente às condutas dos profissionais de saúde no acolhimento aos pacientes que tentaram suicídio. Por entender que estes são responsáveis pelo funcionamento da rede e operacionalização das políticas públicas de saúde é de suma importância alcançar um entendimento bioético acerca das suas crenças e comportamentos perante os usuários, que têm impacto na formação (ou não) de vínculos, no itinerário terapêutico de cada paciente, na efetivação de cuidado, adesão ao tratamento, etc. Essa investigação ganha relevância nos âmbitos científico, social e clínico pelo alcance das bases teóricas e práticas de saúde e seus efeitos no desenvolvimento de medidas de prevenção do suicídio. Desse modo, o objetivo desse trabalho é investigar, tendo como referencial a Bioética de Proteção, como as moralidades correntes dos profissionais de saúde interferem em suas condutas no acolhimento, cuidado e tratamento aos pacientes que tentaram suicídio e o impacto dessa conjuntura na Política de Prevenção do Suicídio no Brasil.

Para o cumprimento do objetivo supracitado, pretende-se realizar um estudo qualitativo, apoiado em entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuem em unidades de pronto-atendimento e que sejam responsáveis pelo primeiro atendimento após tentativas de suicídio na cidade de Salvador-BA. Nesse sentido, a sua participação se dará por meio de entrevista no local e horário da sua escolha, na data combinada, com tempo estimado de vinte minutos a uma hora de duração. A previsão é de visita única, com possibilidade de ser acionado pela segunda vez, em caso de necessidade. A entrevista será gravada e transcrita, se devidamente autorizada, com a segurança de que o seu nome não será aparecerá, será mantido no mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. O risco decorrente de sua participação é algum tipo de desconforto de partilhar informações confidenciais pessoais e/ou mobilizadoras. Dessa forma, pode se recusar a

(Rubrica)

Página 1 de 3

responder qualquer questão que lhe traga incômodo ou constrangimento. Caso o desconforto se apresente, a pesquisadora, no sentido de minimizar os riscos, poderá suspender a entrevista e/ou ofertar suporte psicológico/escuta - tendo em vista a sua formação de psicóloga. O senhor(a) poderá ainda, desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Se você aceitar participar, não haverá nenhum benefício direto, mas estará contribuindo, com o conhecimento gerado, para melhorias na implementação e avaliação de políticas de prevenção, promoção e tratamento do suicídio, superação de desafios, bem como avanços e medidas futuras na área.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser amplamente compartilhados em publicações e conferências posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Luana Lima Santos Cardoso, no telefone 71 99966-9419 (incluindo chamada à cobrar) ou por e-mail, no seguinte endereço: luanalima.sc@outlook.com ou com Professor Doutor Wanderson Flor do Nascimento pelo telefone 67 3107-6623 ou por e-mail: wandersonn@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Os CEPs são compostos por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte; bem como pelo telefone 71 3116-5319 ou e-mail sesab.eesp@saude.ba.gov.br. O CEP/SESAB se localiza na Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), na Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 – Rio Vermelho, Salvador-BA.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

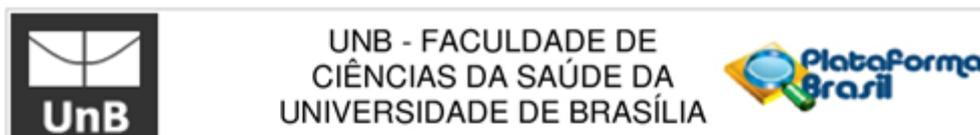
Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Salvador, ____ de _____ de _____.

ANEXO A – APROVAÇÃO CEP 1 (FS/UNB)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORALIDADES CORRENTES SOBRE SUICÍDIO EM UNIDADES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

Pesquisador: LUANA LIMA SANTOS CARDOSO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69503117.0.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.250.766

Página 01 de 09

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

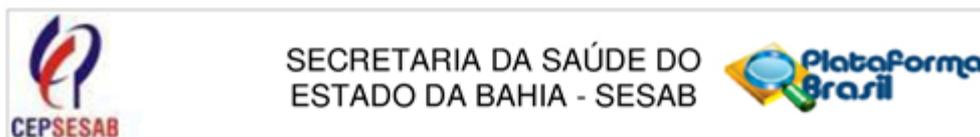
BRASILIA, 31 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

Página 09 de 09

ANEXO B – APROVAÇÃO CEP 2 (EESP/SESAB)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORALIDADES CORRENTES SOBRE SUICÍDIO EM UNIDADES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

Pesquisador: LUANA LIMA SANTOS CARDOSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69503117.0.3001.0052

Instituição Proponente: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.346.921

Página 01 de 05

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 2.346.921

SALVADOR, 24 de Outubro de 2017

Assinado por:
CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
 (Coordenador)

Endereço: Rua Conselheiro Pedro Luiz, nº 171

Bairro: Rio Vermelho

CEP: 41.950-610

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3334-3520

E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br

Página 05 de 05