

Experiência, narrativa
e práticas
informativas:

sobre o cuidado no
comportamento suicida

Mariana Bteshe

Primeiro Orientador: Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins

Segunda Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria
Martelete

Co-Orientadora Estrangeira: Profa. Dra. Viviane
Couzinet

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Informação, Comunicação e Saúde (Icict),
para obtenção do grau de Doutor em Ciência.

Rio de Janeiro

Julho 2013

Introdução

Pesquisa qualitativa que propõe a investigar as narrativas sobre a experiência do suicídio e suas diferentes manifestações (ideia, pensamento, plano e tentativa de morrer).

Interesse pelo diálogo e formas comunicação que se dão na rede social informal, ou seja, entre as pessoas que também foram atingidas por esta situação de sofrimento, seus familiares, amigos e pessoas próximas.

Pressuposto: conhecer as experiências de adoecimento e sofrimento, a partir dos significados e valores que lhe são socialmente conferidos, pode ser uma ferramenta útil na construção de um conhecimento compartilhado sobre o cuidado do comportamento suicida.

Situações em que mais do que provocar sofrimento e angústia, podem engendrar uma incerteza insuportável típica de um encontro traumático. Quando uma experiência não pode ser falada ou representada, os processos de pensamentos permanecem suspensos. Nada escora aquele momento. Nesse cenário em que a abolição simbólica se torna um ameaça, é fundamental criar condições favoráveis para a fala de afetos que são vividos como inomináveis.

Desdobramento da pesquisa “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através de um serviço de emergência psiquiátrica” (pesquisa-mãe), coordenada pelo Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, que foi realizada no Rio de Janeiro (RJ)”. Pesquisa que participamos ativamente.

Durante o campo da pesquisa e análise dos resultados algumas questões em relação aos transtornos de humor e ao comportamento suicida chamaram nossa atenção:

1. preconceito intradomiciliar era forte e acabava por se refletir nas relações com a rede social;
2. pedido de informação para os familiares;
3. facilidade de falar sobre a experiência de suicídio entre desconhecidos;
4. presença marcante nas consultas e nos relatos sobre busca de ajuda sobre a participação de acompanhantes que não eram familiares, ou seja, vizinhos e colegas de trabalho e relações mais casuais.
5. dificuldade dos profissionais de saúde, inclusive os que atuam na emergência psiquiátrica, de falar abertamente sobre o tema.

Encontro com o pesquisador australiano e artista plástico Mic Eales/ Congresso IASP (2009): narrativa em primeira pessoa em vídeo

Nesta oportunidade de troca, podemos pensar sobre o silenciamento desta questão nos diálogos entre familiares e pessoas próximas, que supostamente seriam a rede de apoio principal.

Por que a insistência de que a informação deveria ser voltada sobretudo para a família?

Seria este assunto invisível para a rede social primária?

Por que seria mais corriqueiro falar sobre ideias ou planos de suicídio com pessoas estranhas ou com as quais temos menos intimidade?

Se os grupos ativistas de sobreviventes são compostos por aqueles que fazem parte do grupo social de um suicida, onde estão os sobreviventes do suicídio como tentativa, pensamento ou plano? De onde falam, se é que falam?

Como fazer falar de um assunto que é silenciado? E por quê?

Os estudos das narrativas de adoecimento ou sofrimento como possíveis mediações, porosas, que podem informar conceitualmente e metodologicamente as pesquisas qualitativas em saúde (CAMPOS e FURTADO, 2008)

Objetivos:

Analisar as narrativas colhidas na pesquisa de campo, com o objetivo de compreender como se dá a construção de significados e interpretações, que se desenvolvem a partir de processos comunicativos e interativos (práticas infocomunicacionais), em torno do comportamento suicida.

Investigar como a trajetória ideação suicida - planejamento - tentativa - ato suicida foi vivida, visando compreender com se dá a interlocução e o diálogo entre os diferentes atores envolvidos da rede social.

Mapear quais as ações são realizadas pelo indivíduo e ou pela sua rede social para buscar ajuda, se é que procuram cuidado diante de um ato tão extremo e violento.

Cap. 2 - Suicídio como objeto de estudo interdisciplinar

Apresentação do suicídio como objeto de estudo, as políticas públicas de saúde existentes no Brasil sobre o tema, o campo da suicidologia e seus obstáculos teóricos e metodológicos.

Fenômeno do suicídio é multifacetado, ultrapassa os limites de um único campo do conhecimento, e estão implicados tanto fatores sociais (credos religiosos, família, política, grupos sociais), como disposições orgânico-psíquicas, características do ambiente físico e até processos cognitivos de imitação.

Aqui, compreendido como um desfecho de transtornos de saúde, especialmente mentais, porém permanece multicausal ou complexo admitindo inúmeras variáveis dependentes (OMS, 2002a; WHO, 2012).

Implicações para as práticas infocomunicacionais

Silenciamento do tema devido à culpa e à vergonha;

Isolamento social relacionado ao próprio transtorno mental que pode vir associado ao comportamento suicida;

Enorme dificuldade em falar e compartilhar pensamentos (*self-disclosure*), mesmo com pessoas próximas, por serem ideias aterrorizantes;

Tentativa de compreender *a posteriori* os sinais dados de que algo poderia acontecer;

Função comunicativa das despedidas e dos bilhetes suicidas; a mensagem que é passada e reinterpretada por familiares e membros da comunidade;

Tentativa de se matar e o suicídio podem ser entendidos como gestos de comunicação.

A comunicação entendida como um processo inerente à condição humana e que implica necessariamente na ideia de negociação constante com a alteridade (WOLTON, 2009).

Lévinas (1991): leitura da comunicação intersubjetiva como sendo sempre um diálogo ou encontro único e irreduzível com o outro, que não se reduz a nada determinável. O outro é sempre estranho a mim, mas que se coloca diante de mim em sua vulnerabilidade absoluta e me interpela. E é justamente nesse pedido, interpelação ou demanda, que pode se acontecer o laço com o outro.

O verdadeiro diálogo só ocorre quando há uma disponibilidade, uma responsabilidade, de se colocar a dispor do outro. Trata-se de uma abertura e troca intencional ao desconhecido. De uma relação de substituição: de um ao outro e do outro ao um, sem que as duas relações tenham o mesmo sentido.

A ideia de que comunicação implica em intersubjetividade e no reconhecimento da alteridade atravessa de ponta a ponta nossa tese.

Questões discutidas

- Tabu social e estigma: como criar estratégias de cuidado para um fenômeno que ainda é silenciado?
- Diálogo e silenciamento no interior da família e seus efeitos;
- Problemas de notificação do agravo;
- Apresentação diversa: diferentes nomenclaturas e modelos explicativos;

Pressupostos básicos adotados do campo da suicidologia

1. Definição de um modelo de compreensão do fenômeno e suas diferentes manifestações: comportamento suicida - o **suicídio** é uma das dimensões do comportamento suicida que inclui um *continuum* de comportamentos que podem ir desde **ideação suicida (pensamento, ideia e desejo de se matar)**, passando por **ameaça, plano, tentativa de suicídio** até o **desfecho, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo** desse ato.
2. **Associação com transtornos mentais** (especialmente as depressões e transtornos de humor)
3. Descrições fenomenológicas das vivências de sofrimento relacionadas ao comportamento suicida (**dor psíquica e desesperança**).

Cap 3: Redes sociais e sua associação com a saúde mental: ora proteção, ora risco

Especificidades do novo modelo de atenção psicossocial (Reforma Psiquiátrica Brasileira), apontando para a possibilidade de aproximá-lo do enfoque que preza pela participação da rede social nos cuidados cotidianos, e pelas intervenções de apoio social para melhorar a saúde mental.

Estudos de redes sociais compreendem a investigação de fenômenos sociais, de interações e trocas nas sociedades complexas a partir de um olhar para as relações sociais

(MARTELETO, 2007)

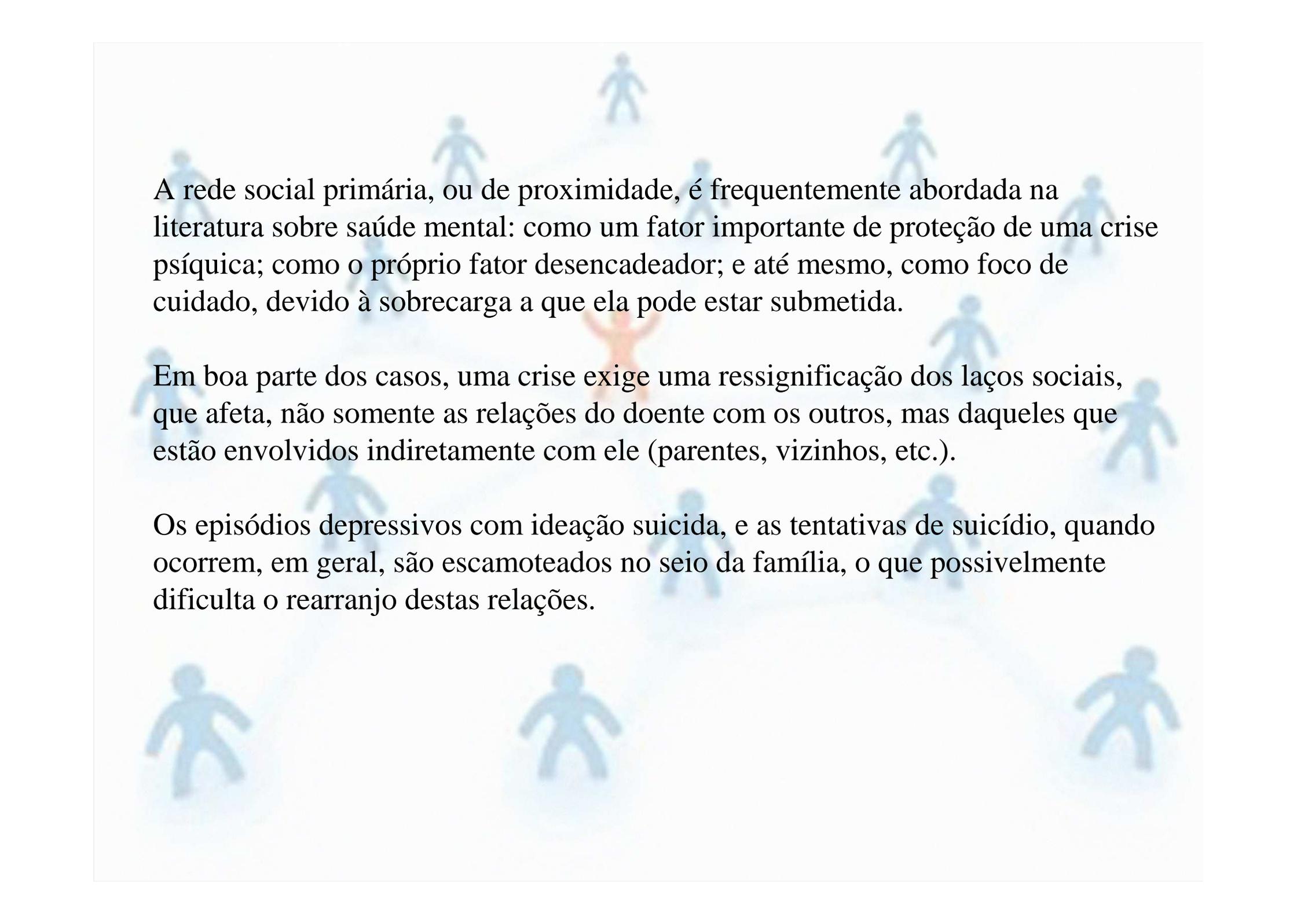
Visada qualitativa, compreensiva e relacional dos espaços de interlocução, ou “zonas de mediação” (MARTELETO, 2010) que configuram as trocas simbólicas e infocomunicacionais que ocorrem durante a experiência de adoecimento mental.

Apoio e suporte social: como propriedades da rede social

Suporte ou apoio social é um cuidado que a pessoa recebe de suas relações sociais, sendo, portanto uma função da rede social e não uma estrutura própria e específica. Dependendo da situação, o apoio pode ser instrumental, informacional, emocional, etc.

A definição de apoio não está relacionada somente com sua função afetiva (sentimento de pertencimento), mas também com o seu papel de prover, fazer circular e construir de forma coletiva conhecimento e informações.

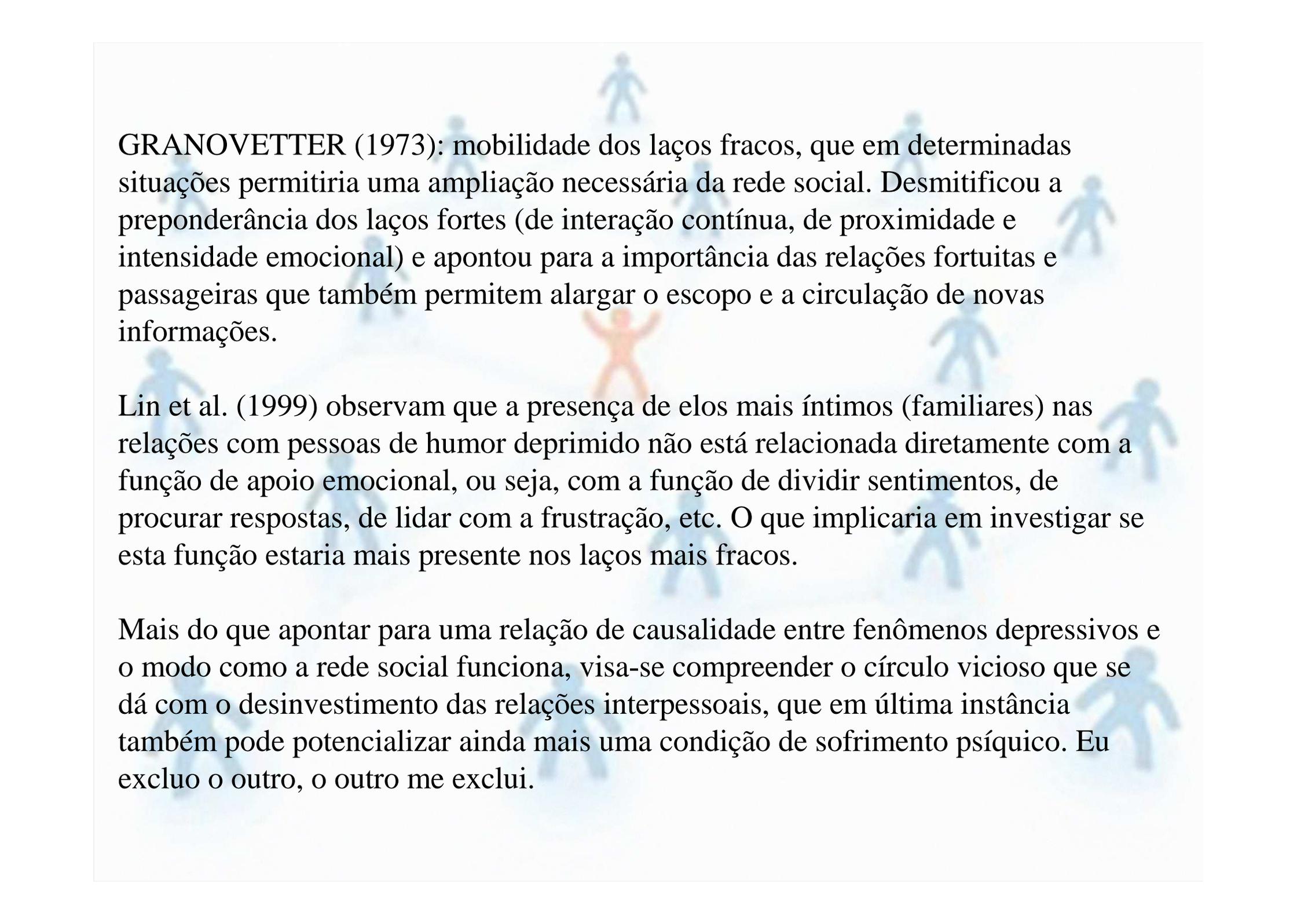
Solidariedade, dádiva e dom: definições bastante produtivas, quando nos questionamos como fica o processo recíproco de apoio social e de solidariedade, nos casos em que a pessoa coloca sua própria vida em risco. Episódios no qual a presença de “um outro”, por vezes, é descartada a priori, como também o leva a reconhecer, de maneira radical, a finitude da vida, e a total falta de controle sobre ela.

The background features a network of stylized human figures. Most are light blue, but one figure in the center is highlighted in orange. The figures are interconnected by faint, light-colored lines, suggesting a social network or community structure.

A rede social primária, ou de proximidade, é frequentemente abordada na literatura sobre saúde mental: como um fator importante de proteção de uma crise psíquica; como o próprio fator desencadeador; e até mesmo, como foco de cuidado, devido à sobrecarga a que ela pode estar submetida.

Em boa parte dos casos, uma crise exige uma resignificação dos laços sociais, que afeta, não somente as relações do doente com os outros, mas daqueles que estão envolvidos indiretamente com ele (parentes, vizinhos, etc.).

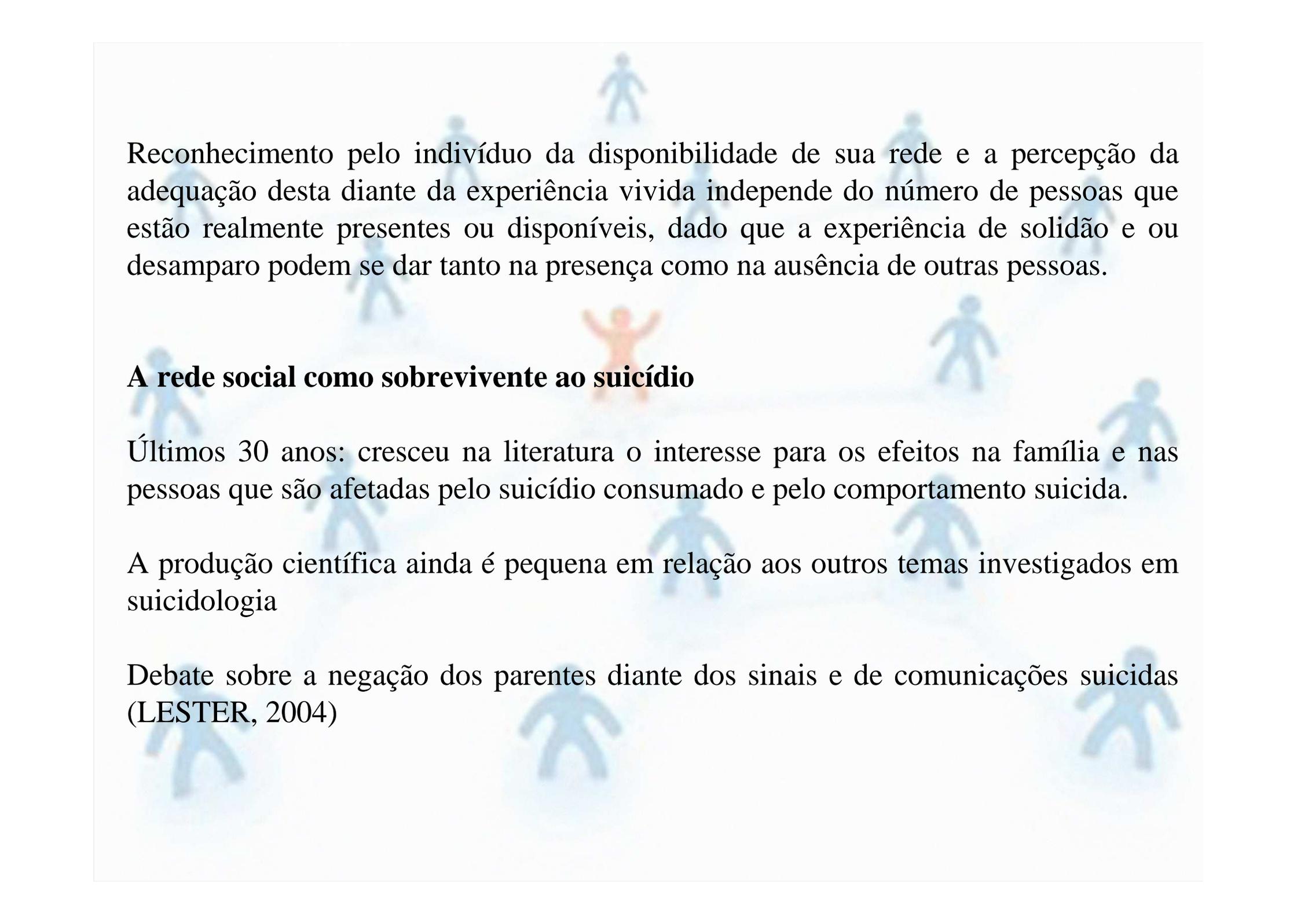
Os episódios depressivos com ideação suicida, e as tentativas de suicídio, quando ocorrem, em geral, são escamoteados no seio da família, o que possivelmente dificulta o rearranjo destas relações.

The background features a network of stylized human figures. Most are light blue, but one in the center is orange. They are arranged in a circular pattern, suggesting a social network or community structure.

GRANOVETTER (1973): mobilidade dos laços fracos, que em determinadas situações permitiria uma ampliação necessária da rede social. Desmitificou a preponderância dos laços fortes (de interação contínua, de proximidade e intensidade emocional) e apontou para a importância das relações fortuitas e passageiras que também permitem alargar o escopo e a circulação de novas informações.

Lin et al. (1999) observam que a presença de elos mais íntimos (familiares) nas relações com pessoas de humor deprimido não está relacionada diretamente com a função de apoio emocional, ou seja, com a função de dividir sentimentos, de procurar respostas, de lidar com a frustração, etc. O que implicaria em investigar se esta função estaria mais presente nos laços mais fracos.

Mais do que apontar para uma relação de causalidade entre fenômenos depressivos e o modo como a rede social funciona, visa-se compreender o círculo vicioso que se dá com o desinvestimento das relações interpessoais, que em última instância também pode potencializar ainda mais uma condição de sofrimento psíquico. Eu excluo o outro, o outro me exclui.



Reconhecimento pelo indivíduo da disponibilidade de sua rede e a percepção da adequação desta diante da experiência vivida independe do número de pessoas que estão realmente presentes ou disponíveis, dado que a experiência de solidão e ou desamparo podem se dar tanto na presença como na ausência de outras pessoas.

A rede social como sobrevivente ao suicídio

Últimos 30 anos: cresceu na literatura o interesse para os efeitos na família e nas pessoas que são afetadas pelo suicídio consumado e pelo comportamento suicida.

A produção científica ainda é pequena em relação aos outros temas investigados em suicidologia

Debate sobre a negação dos parentes diante dos sinais e de comunicações suicidas (LESTER, 2004)

O que nos interessa aprofundar nesta controvérsia, que se deu em um dos principais periódicos de suicidologia, *Crisis*, são dois aspectos:

1. O uso da palavra "sobrevivente" para se referir aquele indivíduo que é significativamente impactado pelo comportamento suicida;

Sobreviventes: pessoas que de alguma maneira foram atingidas diretamente por esta experiência, ou seja, que foram obrigados de maneira fortuita a passar por algum tipo de mudança drástica e de reorganização em suas vidas (ANDRIESSEN, 2005).

Adotaremos a definição que a **experiência de ser sobrevivente abarca todas as pessoas ou grupos que tem sua rotina ou vida impactada negativamente e de maneira significativa por um suicídio ou por alguma de suas manifestações (plano, ideação, tentativa), independente de laços afetivos ou de parentesco com a outra pessoa.**

Berman et al. (2006) numa revisão sobre as diferentes modalidades de atuação de posvenção destacam quatro grandes áreas: 1. grupos de suporte para enlutados, 2. intervenções clínicas, 3. programas de posvenção para grupos de sobreviventes (intervenções psicossociais), 4. treinamento da equipe local que intervém logo após um suicídio (bombeiros, médicos peritos, emergencistas, seguranças).

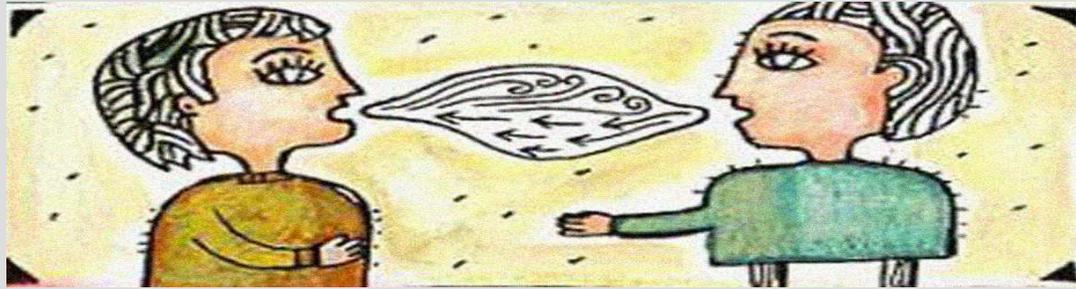
2. O ativismo e a participação social de familiares em pesquisas científicas e políticas públicas em saúde

A participação social tanto no que diz respeito às políticas públicas e a assistência e seu potencial de promover mobilização e mudanças, como também ao seu papel na própria produção científica do campo da suicidologia (CUTCLIFFE e BALL, 2009; BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

Movimento dos sobreviventes já surge no final dos anos 70 em diálogo com a produção acadêmica científica.

.

De um lado, encontramos os pesquisadores que reconhecem a importância de serem ouvidas as experiências pessoais, mas prezam por espaços reservados de discussão. De outro, os sobreviventes que não querem apenas ser testemunhas, mas querem também participar das pesquisas, dos workshops, sejam como pesquisadores ou consultores.

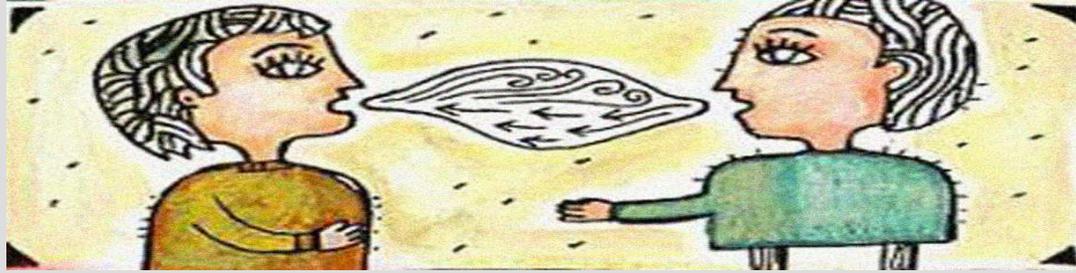


Cap 4. Narrativas e saúde

. O ato de contar ou escrever histórias faz parte da experiência humana. De fato, a narrativa é uma maneira de compartilhar experiências, sempre esteve viva na construção da história da humanidade

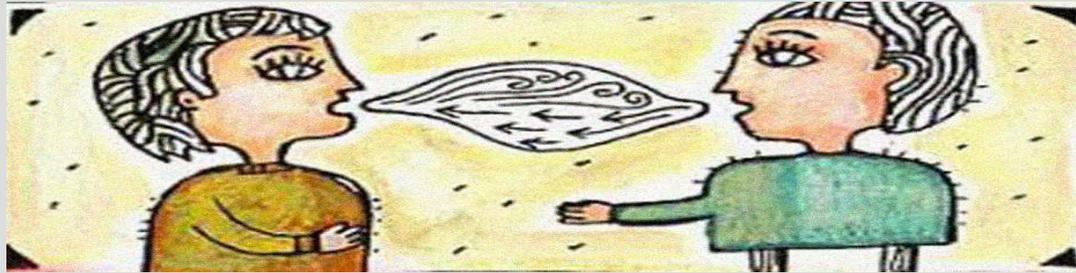
Virada Narrativa

Interesse crescente pela relato da experiência nas ciências sociais se iniciou no final do séc. XX e foi nomeado de virada narrativa (*narrative turn*). E abrangeu os mais diversos tópicos de investigação, que vão desde a análise da ficção a investigação dos modos narrativos para a compreensão da experiência humana (CZARNIAWSKA, 2004).



Bruner (2002): a construção de narrativas como um meio de expressão da experiência de adoecimento/sofrimento. Estamos todos inseridos em um mundo narrativo, que é dinâmico, e que se transforma na relação com os outros e na urgência de atender à necessidades imediatas. Logo, as produções de narrativas da experiência vivida do comportamento suicida, situação de urgência que geralmente deixa um vazio simbólico, poderia ser também entendida como um caminho para que a pessoa possa recriar uma identidade para si, recontar sua história de outra maneira.

Ricoeur (1983): O processo narrativo tem um caráter dinâmico. A temporalidade é um fator-chave na teoria da narrativa. O narrador e os fatos jamais coincidem no tempo, e por isso existe uma preocupação de construir uma temporalidade linear para que o acontecimento dos fatos possa ser entendido por si mesmo e por outros. A narração não é somente contar uma história para outras pessoas, mas leva a uma compreensão de nós mesmos numa dimensão temporal. No processo de construção da narrativa, tanto o narrador como o leitor, podem recriar a narrativa. Trata-se de um processo compartilhado.



Narrativa e saúde: entre a anamnese, a terapêutica e a produção de conhecimento

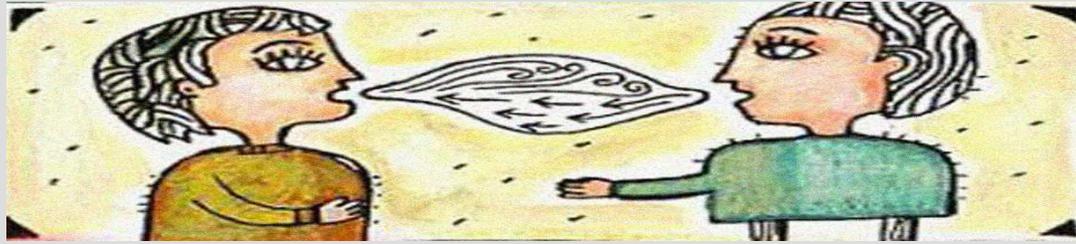
Mesmo como ponto de discordância entre as diferentes correntes de pensamento, referências ao ato de contar uma história da doença ou da cura são encontradas, por exemplo: na anamnese médica, parte constituinte do processo de diagnóstico na clínica médica; no reconhecimento do valor terapêutico das palavras e dos elementos contextuais implicados no aparecimento e remissão de uma doença; e mais atualmente no interesse pela trajetória de busca pelo cuidado e escolhas de tratamento.

1.A anamnese – parte da clínica médica

2.Terapêutica – Freud e a psicanálise

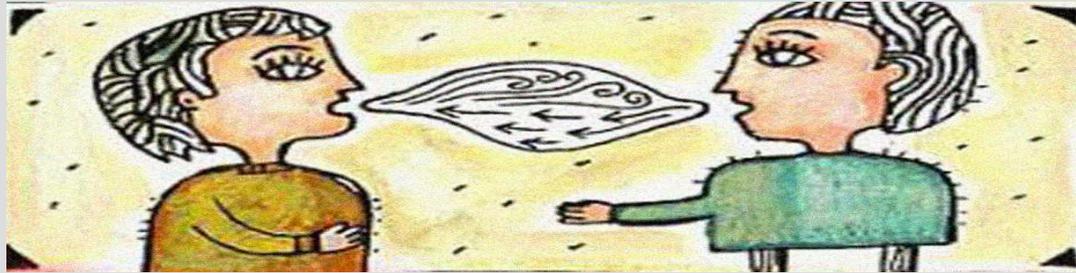
3.História da relação entre doença/narrativa na visão sociológica – HYDEN (1997)

4.Medicina Baseada em Narrativas (“Narrativas sobre doenças” - conhecimento)



Narrativa como expressão e transformação da experiência de sofrimento

- Modelo relacional de Canguilhem (1943[1978]) já adiantava as hipóteses de estratificação e multiplicidade de representações envolvidas na compreensão de saúde. O fato patológico só pode ser compreendido como uma alteração do fato normal. O processo de adoecimento implica numa experiência do vivente que depende da relação estabelecida entre o organismo e o meio em que ele se encontra. Sua teoria permite que o doente seja aquele que descreva a sua doença, uma vez que trata-se de sua experiência. Ele procura o médico quando se sente doente.
- Kleinman e Good (anos 80): modo pelo qual o indivíduo percebe e atribui significados, quanto o movimento pelo qual ele encontra meios e soluções para lidar cotidianamente com determinada condição. O interesse nas narrativas dos pacientes e familiares não se centra apenas no que é dito mas no como é dito, pois elas revelam os recursos que os indivíduos usam para elaborar e construir o seu conhecimento sobre o processo de saúde e doença.

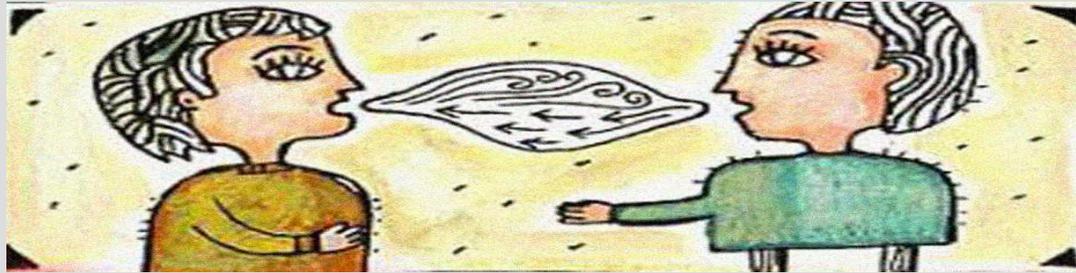


O conceito de “experiência de adoecimento” refere-se à forma como os indivíduos se colocam diante uma dada situação de doença, em um processo intersubjetivo de construção de significados.

Kleinman (1988) acaba por expandir esta noção para a dimensão do sofrimento.

Itinerário terapêutico: caminho percorrido na busca de ajuda (interesse desde a década de 70).

Kleinman (1980) todas as ações de cuidado em saúde são respostas organizadas pela interação de três diferentes setores (popular, *folk*, profissional) e que compõem um "sistema de cuidados em saúde" (KLEINMAN, 1980). Cada dimensão tem suas normas e crenças e legitimam diferentes alternativas terapêuticas.



Apontamentos para as narrativa na pesquisa qualitativa em saúde mental

a. Possibilidade de reconstrução identitária

a. Reconhecimento da alteridade e compartilhamento da experiência vivida

a. Sobre o ato dinâmico de narrar e a ilusão de reencontrar uma verdade

Cap 5 - Metodologia

Questões éticas

Aprovação do CEP da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (CAAE no.01176013.9.0000.5241).

TCLE, autorização de uso de voz, anonimato

Entendemos que a pesquisa qualitativa não deve desvincular-se da luta em saúde mental pela construção de narrativas, desestigmatizar, debater, compartilhar vivências, combater preconceitos religiosos e segregação.



Instrumento McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento (MINI)

Protocolo semi-estruturado de entrevista qualitativa desenhado para elicitare narrativas de adoecimento nas pesquisas em saúde

Instrumento já traduzido e adaptado para o Brasil pelo Grupo de Pesquisa do IPUB coordenado por Serpa Junior e Leal.

O uso da MINI permite acessar as narrativas complexas sobre adoecimento, que por vezes podem parecer contraditórias como é o caso do comportamento suicida, pois permite o exame dos múltiplos modos de atribuição de sentidos da experiência vivida.



A MINI é composta por 5 blocos com 46 perguntas e foi projetada para obter:

a) narrativa inicial e temporal da experiência de adoecimento, organizada em termos da sequência de eventos;

b) narrativa sobre outras experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de amigos, encontradas na mídia, e outras representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão e que aparecem como protótipos relacionados ao problema de saúde estudado;

c) narrativas sob forma de modelos explicativos do sintoma ou da doença, incluindo rótulos, atribuições causais, expectativas de tratamento, curso e resultado;

d) narrativas de busca e procura de ajuda, relatos sobre caminhos para chegar ao cuidado e relatos sobre a experiência de tratamento e adesão;

e) narrativas do impacto da doença sobre a identidade, a auto-percepção e as relações com os outros (GROLEAU *et al.*, 2006).

Vale destacar que a MINI foi construída a princípio para uma experiência de doença descrita em primeira pessoa por alguém. Utilizamos o instrumento em outra direção com o intuito de testar a hipótese do estudo. Alguns relatos que colhemos são sobre a experiência do outro, ou seja, de sofrimento de ter sido expectador ou sobrevivente do comportamento suicida. Nossa hipótese é que esta memória ou lembrança faz parte de experiência de sofrimento dos sobreviventes.

A MINI foi usada das mais diferentes maneiras e com grupos distintos. Os pesquisadores que propuseram esta escala valorizam seu uso diferenciado. Isto nos deu liberdade para utilizá-la de maneira inédita, para elicitare narrativas de experiências do comportamento suicida e dos sobreviventes. Isto implica em afirmar nossa hipótese de que o suicídio do outro, ou comportamento suicida pode se configurar como uma experiência de sofrimento.

Amostra

Amostragem não probabilística, uma vez que tratava-se de um grupo difícil de identificar e entrar em contato. Também por razões éticas, que impedem que se identifiquem todos os membros desse grupo, entrevistamos aqueles que se voluntariaram a participar da pesquisa.

Como técnica de recrutamento, utilizamos a amostragem por bola-de-neve, na qual um sujeito que foi previamente identificado como fazendo parte do grupo, nos colocou em contato com outros sujeitos em potencial.

Se o objetivo era conhecer as diferentes experiências e compreensões do comportamento suicida em uma comunidade, se ater a um recrutamento em um espaço hospitalar nos levaria a uma experiência que necessariamente já teria sido capturada pelo discurso médico. Optamos, assim, por entrevistar pessoas que se auto-identificaram, ou como sobreviventes (que tiveram suas vidas afetadas negativamente, ou por um suicídio consumado, ou por tentativas de alguém próximo), ou como tendo vivido alguma manifestação do *continuum* do comportamento suicida (ideia, plano, tentativa).



Amostra

Foram entrevistados 11 sujeitos em cinco meses dedicados somente as entrevistas e reuniões de campo.

Seis relataram ter vivido alguma manifestação do *continuum* do comportamento suicida e todos relataram sinais ou sintomas associados à algum transtorno de humor (depressão e transtorno bipolar).

Seis se identificaram como sobreviventes, ou seja, que tiveram suas vidas impactadas de alguma maneira ou por um suicídio consumado ou por tentativas de pessoas próximas

É importante destacar que duas pessoas se encaixaram nos dois grupos se identificaram como sobreviventes e também descreveram ideias de se matar, planos e tentativas.

Tamanho da amostra: saturação do tema: redundância e reiteração.

(Volume de dados colhidos: mais de 33 horas de gravação)



Análise dos dados

1. Transcrição das entrevistas por um profissional; conferência de todas as transcrições;

1. Repetidas leituras das transcrições, escuta das gravações e análise de notas do diário de campo;

2. Em reuniões semanais, com o grupo de pesquisa coordenado pelo orientador da tese, os dados qualitativos passaram pelas seguintes fases de análise: exposição ao conteúdo, análise de temas recorrentes, identificação de idiosincrasias e exceções, processo de codificação, negociação de códigos, criação de categorias e submissão das categorias ao material bruto empírico para refinamento;

3. O crivo analítico foi construído a partir do conjunto de códigos e categorias originais dos cinco blocos da entrevista original (MINI) assim como de um elenco de categorias relacionadas com o comportamento suicida.



Relato etnográfico pessoal em primeira pessoa – importância da reflexividade do lugar do pesquisador para a pesquisa qualitativa. Desde o primeiro dia que comecei a pesquisa de campo todos os meus passos e percepções foram anotados em um caderno.



Cap. 6 - Resultados

Baseadas na estrutura da MINI foram destacadas cinco grandes categorias de análise:

- 1. Sobre a experiência: o suicídio em cena:**
- 2. Sobre a infocomunicação na rede social**
- 3. Sobre causas, explicações e modelos**
- 4. Itinerários terapêuticos**
- 5. Impactos sobre a vida**

1. Sobre a experiência: o suicídio em cena

Cena de cinema: e o tempo parece parar

Compulsão à repetição, monotonia, detalhes

Histórias anedóticas e lacunares (não cristalinas, sem linearidade, transcrições confusas)

Self-disclosure causado pela estrutura da MINI

Juntando os fios da história

2. Sobre a infocomunicação na rede social

Laços fracos são mais presentes no momento da comunicação do intento suicida ou na busca de ajuda (namorado, porteira do prédio, chefe, amiga).

Rede social informal: entre o silêncio (trair a confiança e impactados) e a ajuda (falar com a família ou ajudar de outra maneira).

Comunicar o comportamento suicida: forma-se uma rede espontânea de apoio social que não incluía membros da família

Papel de cuidado alternativo: dão conselhos, ligam para saber como a pessoa está, se colocam a disposição para ajudar, ou simplesmente estão sempre por perto e aceitam escutá-los sem julgar suas intenções. São reconhecidos como pessoas-chave.

2. Sobre a infocomunicação na rede social

Ser estigmatizado = aceitação de sua solidão.

Diante do afastamento das pessoas, a ideia de matar persiste mas como segredo. Como buscar ajuda ou mesmo acreditar que existe uma solução, uma saída, se o comportamento social tende a negação?

Afastamento dos amigos = experiência de frustração

Omissão familiar = reforça o sentimento de solidão, desesperança, de estar sem saída.

Dificuldade de comunicação no interior da família: ambivalência, culpa, silêncio, negação; não saber o que fazer com aquilo.

A emergência é aquilo que berra. Os deprimidos geralmente passam despercebidos.

Profissionais de saúde evitaram falar sobre o tema durante a internação: não perguntaram o motivo daquele dano, não perguntaram claramente se havia sido uma tentativa de suicídio, atribuíram outras causas (abuso de álcool e drogas, por

2. Sobre a infocomunicação na rede social

Bilhetes ou recados deixados após um suicídio – forma de comunicação que transcende a vida. O falecido se faz presente.

Os bilhetes nem sempre são de despedida. O bilhete ou anúncio também possibilita que os sobreviventes tenham elementos para construir uma versão que explique racionalmente como aquilo que aconteceu. Talvez por isso a necessidade de guardá-lo para si.

Sobreviventes ou testemunhas não procuram informação e não consideram importante para ajudá-los ou ajudar aos outros.

Aqueles que vivenciaram o comportamento suicida: curiosidade e busca de informações. Interesse na maioria das vezes era mais mórbido do que visando algum esclarecimento. Filmes e livros são citados como modelos de suicídio a serem seguidos, o que nos traz de volta para a discussão acerca do processo imitativo.

Fontes de informação: grupos de internet, livros de ficções, filmes, filosofia, programa de tv.

Grupos de discussão na internet para aqueles que viveram o comportamento suicida: que incitavam o suicídio. Nenhum grupo citado era de autoajuda. Função de buscar pares. Não são descritos como fonte de apoio, mas de reafirmação do comportamento (homofilia – contágio de depressão - Rosenquist et al., 2010).

3. Sobre causas, explicações e modelos

Explicações eram relacionadas a perdas recentes concretas e mudanças drásticas

Inúmeros diagnósticos de transtornos mentais (quase todos relacionados a transtornos de humor e uso de drogas) – descrédito em relação ao diagnóstico médico.

Descrições fenomenológicas de dor psíquica e desesperança

"angústia muito grande"; "já não conseguia aguentar mais a barra"; "uma explosão de sofrimento"; "sempre, sempre sofri"; "completamente assim arrasado", "destroçado"; "assim de cara pro abismo"; "teve uma época em que eu não aguentava mais"; "eu não sentia nada"; "eu dava com a cabeça na parede, ficava batendo, porque eu sentia falta de uma coisa"; "e depois de algum tempo é, essa dor fica, fica intolerável, né?"; "o que que eu achava? Assim, eu to numa situação que não tem absolutamente saída nenhuma pra mim, não vai melhorar"; "parece que sou um lixo”

Sufrimento explicado em termos espirituais : karma, prova divina.

4. Itinerários terapêuticos

Optamos por descrever não só o caminho percorrido pelos sobreviventes, mas também das pessoas que ele acompanharam (narrativa de primeira e segunda pessoa)

Tentativas – apenas chegam ao hospital (público ou conveniado) quando necessitam de cuidados médicos físicos – após uma pessoa foi encaminhada para internação psiquiátrica. Nenhuma outra recebeu qualquer tipo de esclarecimento ou encaminhamento ou informação.

Os repetidores (aqueles que tentaram mais de uma vez passaram por várias especialidades médicas com diferentes queixas). Apenas um sujeito foi reconhecido pela ginecologista como estando em risco.

Procura de médicos antes da tentativa.

4. Itinerários terapêuticos

Posvenção – quase inexistente no Brasil

Importância dos grupos de auto-ajuda, AA, NA

CVV – não respondeu ao email de um sujeito

Relatos de maus-tratos (agressão física e esporro) ou de falta de treinamento no atendimento dos casos graves que chegaram aos hospitais (questionamento da família, espanto, sofrimento junto ao paciente e família)

Fuga do hospital geral com ajuda da enfermeira e de um deputado?!

Religião, fé e espiritualidade mais importantes do que os cuidados médicos: o espaço religioso e a figura de um Deus aparecem associados a uma força e proteção maior e não a cosmologia religiosa em si. A fé ocupa um lugar importante de proteção contra o sofrimento.

Psicanálise como religião

5. Impactos sobre a vida

Catástrofe “tsunami”

Mudanças concretas (casa, país, profissão)

Efeitos na saúde física e mental (depressão, dor de cabeça, não conseguir comer, não conseguir dormir) – apenas uma pessoa procurou ajuda!

Mudança positiva de estilo de vida: depois que sobreviveu a uma tentativa grave = resiliência?!

Medo do “contágio” ou da repetição = sobreviventes

Suicídio se faz obrigatoriamente visível

Estigma e discriminação em relação ao comportamento suicida: questionados ou xingados.

Considerações Finais

Nossa interrogação sobre como se dão as práticas infocomunicacionais nos diálogos entre a rede social e os suicidas ou as pessoas que viviam algum tipo de manifestação associada ao comportamento suicida surgiu no cotidiano do campo. Não por acaso partimos de uma perspectiva da antropologia da informação, ou seja, do estudo de como a informação é construída, divulgada e reapropriada nos diferentes espaços sociais (MARTELETO, 2007).

Diante de vários modelos de compreensão para este fenômeno: o do *continuum* do comportamento suicida. Que nos pareceu bastante útil para a compreensão dos estados depressivos associados à esta vivência, como também para alcançar as descrições mais fenomenológicas sobre a dor psíquica, desesperança e sensação de estar sem saída.

MINI: insights e possibilidade de reconstrução da história. Potencial terapêutico.

Considerações Finais

O comportamento suicida implica necessariamente numa relação intersubjetiva. É falado, informado, silenciado ou escamoteado por alguém, pode ser um gesto voltado para outro. Existe uma rede social necessariamente implicada nesta situação. É uma situação que geralmente implica em sentimentos de violência e de agressão, que levam a questionamentos existenciais.

Maior facilidade maior em falar sobre o intento suicida, e em muitos casos pedir ajuda, para pessoas com as quais se tem um vínculo mais ocasional, que Granovetter (1973) convencionou chamar de laços fracos. Estas pessoas pareceram ter um papel estratégico: podem mediar o diálogo com a família, que foi descrito como muito ambíguo; levar a pessoa a buscar ajuda; ou se fazer presente como escuta. Esta última função, de se fazer presente sem julgar, ou seja, estar junto, apareceu como sendo um recurso muito importante no que diz respeito aos momentos de crise.

E surpreendentemente os espaços religiosos, que muitas vezes são descritos na literatura como sendo responsáveis pela reafirmação do tabu do suicídio, foram apontados como locais de apoio e integração social que reafirmavam o sentimento nestas pessoas de fazer parte de algo maior.

O apoio social apareceu nas narrativas como um recurso de cuidado mais importante do que os cuidados médicos em si. O que está em questão é a possibilidade de falar sobre o assunto abertamente, de ser acolhido, de fazer parte de um processo de comunicação como entendido por Lévinas (1991).

A questão central é que para que haja um maior apoio social é necessário acabar com o estigma em relação ao suicídio, com o mito do contágio, com a culpabilização da família. E as práticas infocomunicacionais têm justamente este potencial de poder escutar estas vozes e contribuir com a construção de estratégias que possam promover um melhor cuidado para este grupo.